Antônio César Ribeiro

O TRABALHO DO ENFERMEIRO: a relação entre o regulamentado, o dito e o feito, no cotidiano do hospital

Tese apresentada à Universidade Federal de São Paulo, para obtenção do título de Doutor em Ciências pelo Programa de pós-graduação do Departamento de Enfermagem.

São Paulo
Dezembro – 2009

Antônio César Ribeiro

O TRABALHO DO ENFERMEIRO: a relação entre o regulamentado, o dito e o feito, no cotidiano do hospital

Tese apresentada à Universidade Federal de São Paulo, para obtenção do título de Doutor em Ciências pelo Programa de pós-graduação do Departamento de Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Laís Helena Ramos
Co-Oreintadora: Profa. Dra. Edir Nei Teixeira Mandú

São Paulo
Dezembro – 2009

Ribeiro, Antônio César

O trabalho do enfermeiro: a relação entre o regulamento, o dito e o feito, no cotidiano do hospital. / Antônio César Ribeiro. -- São Paulo, 2010.
xii, 219f.

Tese (Doutorado) - Universidade Federal de São Paulo. Departamento de Enfermagem. Programa de Pós-graduação em Ciências.

Título em inglês: The work of nurses: the relationship between the regulated, what is said and done, the daily hospital.

1.Enfermagem; 2. Trabalho; 3. Legislação de Enfermagem; 4. Prática Profissional /legislação e jurisprudência; 5. Hospitais.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

Chefe do Departamento: Profa. Dra. Alba Lucia Bottura Leite de Barros

Coordenadora do Curso de Pós-Graduação: Profa. Dra. Janine Schirmer

Antônio César Ribeiro

O TRABALHO DO ENFERMEIRO: a relação entre o regulamentado, o dito e o feito, no cotidiano do hospital

Presidente da Banca
Profa. Dra. Laís Helena Ramos

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra.
Laís Helena Ramos

_____

Profa. Dra.
Marina Peduzzi

_____

Profa. Dra.
Maria Aparecida Munhoz Gaíva

_____

Profa. Dra.
Áurea Christina de Paula Corrêa

_____

Profa. Dra.
Ana Cristina Passarella Brêtas

_____

Dedicatória:

Aos meus pais, Valter (*in memorian*) e Celina,
exemplos balizadores da minha trajetória.

Agradecimentos

A **CAPES** – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, pelo apoio financeiro.

Agradecimentos

A **FAPEMAT** – Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Mato Grosso, pelo apoio financeiro ao programa de Pós-Graduação.

Agradecimentos

À Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso, pela iniciativa na realização do Doutorado Interinstitucional, possibilitando nosso acesso a este nível de formação.

Ao Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo, pela sensibilidade e disponibilidade em atender à proposta do Doutorado Interinstitucional com a Universidade Federal de Mato Grosso.

Agradecimentos Especiais

- À Profa. Dra. Laís Helena Ramos, por ter aceitado o desafio de ser minha orientadora em situação tão adversa, possibilitando meu acesso ao Programa de Pós-Graduação.

- À Profa. Dra. Edir Nei Teixeira Mandú, pelo brilhantismo a frente da gestão da Faculdade de Enfermagem / UFMT, gestão 2000 – 2008, o que proporcionou a realização do Doutorado Interinstitucional e por ter atendido tão prontamente a minha solicitação de co-orientação.

- À Profa. Dra. Áurea Christina de Paula Corrêa, por compartilhar das angústias e dos prazeres na realização deste estudo.

- À Profa. Ms. Mara Regina Rosa Ribeiro, pela compreensão e colaboração nas minhas ausências aos meus encargos no ensino, junto ao Departamento de Enfermagem da Faculdade de Enfermagem/UFMT.

- À minha família, pelo apoio e respaldo em tudo que eu propus realizar em minha trajetória profissional e vida pessoal.

- Aos trabalhadores de enfermagem do hospital onde foi realizado o trabalho de campo, pela disponibilidade e humildade em me permitir adentrar aos aspectos mais privados do cotidiano do seu trabalho.

Sumário

Dedicatória v
Agradecimentos vi
Listas xii
Resumo xvi
1. INTRODUÇÃO – construindo o objeto 1
1.1 Definindo o objeto do estudo 1
1.2 Objetivos do estudo 5
2. REFERENCIAL TEÓRICO 6
2.1 a demarcação do campo teórico de referência 6
2.2 O processo de trabalho em saúde 12
2.3 A divisão do trabalho em saúde 18
2.4 O trabalho da enfermagem e sua organização 22
2.5 O Saber de Enfermagem e a organização das suas práticas 27
2.6 A enfermagem como profissão ou prática social institucionalizada 31
3. O HISTÓRICO DA INSTITUCIONALIZAÇÃO DA ENFERMAGEM BRASILERIA 37
3.1 Introdução 37
3.2 A enfermagem brasileira – aspectos históricos da formação e do trabalho..... 37
3.3 Constituição histórica da legislação que regulamenta o exercício da enfermagem no Brasil 51
4. PERCURSO METODOLÓGICO 70
4.1 Localizando a pesquisa no campo do conhecimento e seus instrumentos 70
4.2 Desenho da pesquisa 72
4.3 Caracterização do hospital estudado 73
4.4 O trabalho de campo 79
4.5 Tratamento do material e análise 83
4.6 Considerações éticas 86
5. O PERFIL SÓCIO-DEMOGRÁFICO E PROFISSIONAL DOS ENFERMEIROS DO HOSPITAL 87
5.1 A importância do delineamento do perfil dos enfermeiros 87
5.2 Caracterização geral do grupo dos enfermeiros 88
5.3 Participação social, política e cultural dos enfermeiros do hospital em estudo 95
5.4 Perfil de vínculo e condições de trabalho 95
5.5 Perfil sócio-demográfico dos enfermeiros 99
6. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS 101
6.1 A organização e o funcionamento do trabalho de enfermagem na área médica-cirúrgica 102

6.1.2 A gerência da área de enfermagem médica-cirúrgica 104
6.2 Como o enfermeiro realiza o seu trabalho – o feito 107
6.2.1 A externalidade do cuidado e do gerenciamento no cuidado ao trabalho do enfermeiro 107
6.2.2 A relação do enfermeiro com o paciente/acompanhante 125
6.2.3 O trabalho do enfermeiro-assistente expresso como ação gerencial-burocrática 129
6.2.4 O trabalho do enfermeiro e as relações que este estabelece no seu encaminhamento 131
6.2.4.1 A relação do enfermeiro com a equipe de enfermagem 132
6.2.4.2 O enfermeiro e o trabalho em equipe multiprofissional 136
6.3 Percepções do enfermeiro acerca do seu trabalho – o dito 141
6.3.1 As concepções dos enfermeiros acerca do seu trabalho 141
6.3.2 O modelo de assistência de enfermagem empregado na área médica-cirúrgica, pelo enfermeiro 156
6.3.4 O registro da assistência de enfermagem a partir da concepção dos Enfermeiros 162
6.3.5 Concepções dos enfermeiros acerca da articulação do trabalho entre os componentes da equipe de enfermagem 165
6.3.6 Concepções dos enfermeiros acerca da articulação do trabalho de enfermagem com a equipe multiprofissional 169
6.4 A relação do trabalho do enfermeiro com o conteúdo das normas legais que o regulamentam 172
6.4.1 A concepção do enfermeiro acerca das normas legais que regulamentam o seu trabalho 173
6.4.2 Percepções do Enfermeiro acerca da adequação do seu trabalho ao conteúdo das normas legais da Enfermagem brasileira 177
6.4.3 Percepções do Enfermeiro acerca do seu preparo técnico para a assunção das suas funções na unidade 183
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS 189
7.1 - O trabalho do enfermeiro: a relação entre o regulamentado, o dito e o feito no cotidiano do hospital 189
Anexo 1 196
Referências Bibliográficas 198
Apêndice 1
Apêndice 2
Apêndice 3
Apêndice 4
Apêndice 5
Bibliografia consultada

Lista de figuras

Figura 1 - Série histórica da produção do Hospital e Pronto Socorro Municipal de Cuiabá, no período de 2003 – 2008, por natureza do atendimento 92

Figura 2 - Estrutura organizacional do Hospital e Pronto Socorro Municipal de Cuiabá – 2007..... 92

Figura 3 - Esquema gráfico do processo de análise dos dados empíricos – triangulação de dados..... 103

Figura 4 - Gráfico cronológico do tempo de experiência profissional dos enfermeiros após a formação em nível de graduação ... 106

Figura 5 - Gráfico circular da proporção dos enfermeiros, segundo Unidade Federada, da natureza da instituição formadora em nível de graduação em enfermagem 107

Figura 6 - Distribuição dos enfermeiros, segundo declaração de exercício de atividade remunerada durante a graduação em enfermagem 107

Figura 7 - Proporção dos enfermeiros, segundo experiência profissional na área da saúde antes da graduação 108

Figura 8 - Gráfico circular da porcentagem dos enfermeiros, segundo continuidade dos estudos em nível de pós-graduação *lato sensu* 109

Figura 9 - Gráfico cronológico do total de enfermeiros em relação ao ano de Pós-Graduação do *Lato Sensu* 110

Figura 10 - Proporção dos enfermeiros que declararam iniciativa individual para a educação continuada: A – Assinatura de algum periódico de natureza técnica, científica e cultural na área de enfermagem; B – Participação em eventos científicos na área de enfermagem nos último cinco anos 111

Figura 11 - Proporção dos enfermeiros, segundo filiação a algum partido político (A) ou a alguma entidade sindical (B) que congrega profissionais de enfermagem 112

Figura 12 - Proporção dos enfermeiros, segundo natureza do vínculo

com o serviço público municipal 113
Figura 13 - Proporção dos enfermeiros, segundo cargo ocupado no hospital de estudo 113
Figura 14 - Proporção dos enfermeiros, segundo função que exerce no hospital do estudo 114
Figura 15 - Proporção dos enfermeiros segundo carga horária semanal de trabalho praticada no ambiente do hospital do estudo 115
Figura 16 - Proporção dos enfermeiros que declararam possuir segundo (A) ou terceiro (B) vínculo profissional 115
Figura 17 - Proporção dos enfermeiros, segundo posição como chefe da família (A) e classe econômica (B) 117

Lista de tabelas

Tabela 1 - Número e porcentagem de enfermeiros do hospital segundo o sexo 106
Tabela 2 - Número e porcentagem dos enfermeiros, segundo a declaração de experiência profissional em enfermagem antes da graduação 108
Tabela 3 - Número e porcentagem dos enfermeiros, segundo capacitação em área de pós-graduação em nível *lato sensu* .. 110
Tabela 4 - Número e porcentagem dos enfermeiros, segundo participação em cursos de capacitação realizados nos últimos cinco anos com carga horária superior a 40 horas 111
Tabela 5 - Distribuição dos enfermeiros segundo a faixa etária 116

Lista de abreviaturas

ABEn	- Associação Brasileira de Enfermagem
ABEP	- Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa
ANMTE	- Agente de Nível Médio do Trabalho da Enfermagem
CAP´s	- Caixas de Aposentadorias e Pensões
CEPE	- Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem
CFE	- Conselho Federal de Educação
COFEN	- Conselho Federal de Enfermagem
CONASEMS	- Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASS	- Conselho Nacional de Secretários de Saúde
COREN	- Conselho Regional de Enfermagem
DNSP	- Departamento Nacional de Saúde Pública
ENF	- Enfermeiro
IAP´s	- Institutos de Aposentadorias e Pensões
LEPE	- Lei do Exercício Profissional da Enfermagem
MEC	- Ministério da Educação e Cultura
SAE	- Sistematização da Assistência de Enfermagem
SUS	- Sistema Único de Saúde
UTI	- Unidade de Terapia Intensiva

Resumo

Objetivo: o presente estudo teve como objetivo caracterizar o trabalho do enfermeiro no espaço do hospital e compreender a relação entre as características que este trabalho assume e o conteúdo das normas legais que conferem institucionalidade à enfermagem brasileira. **Metodologia**: utilizou-se a abordagem qualitativa e o método do estudo de caso. O estudo foi realizado na área médica-cirúrgica de um hospital público no município de Cuiabá – MT e teve como sujeitos os seus enfermeiros-assistentes. Para a coleta de dados foram utilizadas as seguintes técnicas: 1) questionário fechado, com questões objetivas; 2) análise documental; 3) observação não-participante do tipo livre; e 3) entrevista semi-estruturada. Os dados objetivos foram analisados e descritos estatisticamente; os demais dados foram analisados por meio da técnica de análise de conteúdo, do tipo temática. O projeto foi submetido ao Comitê de Ética da Universidade Federal de São Paulo e autorizado por meio do Processo de número 1.398/09. **Resultados**: encontrou-se que o trabalho do enfermeiro é distanciado do seu objeto, sendo desenvolvido de forma isolada e vinculado aos aspectos administrativo-burocráticos das unidades. As ações desenvolvidas pelos enfermeiros naquele espaço não privilegiam o cuidado ou o seu gerenciamento, sendo que cada enfermeiro assumia uma forma peculiar de trabalho, prescindido dos instrumentos próprios, ainda que relacionados apenas a administração do espaço do cuidado. Apreendeu-se ainda que a forma como os enfermeiros desenvolviam o seu trabalho não favorecia a interação, na perspectiva do trabalho em equipe no interior da própria enfermagem e, pouco menos, junto aos demais profissionais que atuam na área médica-cirúrgica. Os resultados do estudo sugerem que o limitado saber do enfermeiro pode ser um dos fatores determinantes para seu modo de ser e estar no trabalho. **Conclusões**: de todo o feito, o dito e, considerando o conteúdo das normas legais que conferem a institucionalidade ao trabalho da enfermagem brasileira, conclui-se que o modo como o enfermeiro atua naquele espaço, expresso pelo seu modo de ser e estar no trabalho, não correspondia ao conteúdo da legislação que o regulamenta. Recomendando-se ainda que outros estudos busquem identificar os fatores que têm determinado a forma de trabalho do enfermeiro no espaço do hospital.

Palavras-chave: 1.Enfermeiros; 2. Trabalho; 3. Legislação de Enfermagem; 4. Prática Profissional; 5. Hospitais.

CAPÍTULO 1 – INTRODUÇÃO

"Somente o questionável pode ser científico".

Habermas (1994)

1.1 – Definindo o objeto do estudo

A Enfermagem, como prática social e inserida no conjunto das práticas que constituem o processo de trabalho em saúde, tem suas ações identificadas pelo cuidado (Melo, 1986; Almeida, Yazlle Rocha, 1989; Silva, 1989; Pires, 1989).

No hospital, local assumido para este estudo, o cuidado de Enfermagem modificou-se ao longo da história, assim como a estrutura organizacional e de gestão do primeiro, em função do advento da clínica e a sua evolução, que deu identidade peculiar ao processo de trabalho em saúde neste espaço (Silva, 1989; Lopes, 2001).

Tais mudanças alteraram o sentido e conteúdo do cuidado de enfermagem, em meio a um processo de concentração tecnológica e de fragmentação da produção do próprio cuidado em saúde e, especificamente, em enfermagem que se desenvolveu com certas especificidades no âmbito da sociedade capitalista e de suas diferentes fases. No processo de cuidar, diversas práticas foram, historicamente, incorporadas pela enfermagem assumindo dimensões diferenciadas nesse contexto e a depender da perspectiva assumida na sua execução e do espaço onde ele é executado (Silva, 1989; Pires, 1989 e 2008).

Considerando que, neste trabalho, assumimos que cuidar significa prestar o cuidado em si e prover as condições para a sua realização, pela enfermagem e pelas demais profissões que atuam na área da saúde, aqui vamos tratar do cuidado enquanto ato assistencial e realizado no espaço do hospital, considerando que esta ação conferiu objetividade ao trabalho da enfermagem permitindo sua institucionalização em meados do Século XIX, na Inglaterra Vitoriana.

A enfermagem hospitalar deve assistir ao indivíduo com necessidades[1] reduzindo-as, suprindo-as e a elas se antecipando, dentro dos limites das

[1] Essas necessidades abrangem carecimentos básicos e os criados em nossa sociedade capitalista e necessidades intrínsecas à essência humana na existência concreta que se expressam no transcurso do processo de vida e saúde-doença.

competências profissionais determinadas pela divisão social do trabalho e pela organização tecnológica do sistema e trabalho, concretizando, assim, a finalidade do seu trabalho.

Conforme advertem Peduzzi e Hausmann (2004), tomar a enfermagem como objeto de estudo, a partir da sua concepção enquanto trabalho, requer que a consideremos articuladamente com os elementos que constituem e dão características ao tipo de trabalho especializado, a saber, o seu objeto; sua finalidade e os instrumentos que operam na sua concretização.

Tendo seu trabalho dirigido ao indivíduo com necessidades biológicas, psicológicas, espirituais e sociais, ao concretizar suas ações pelo cuidado clínico e ações educativas, a enfermagem assume, socialmente, como seu objeto de trabalho, no espaço do hospital, o corpo humano individual.

No espaço do hospital, toda a ação de enfermagem, incluindo aquelas relativas à organização do espaço da assistência, deve convergir para o atendimento das necessidades do seu objeto, o que torna o cuidado, direta ou indiretamente, o núcleo central do trabalho do enfermeiro/enfermagem.

Para a apropriação do seu objeto, a enfermagem tem estruturado o seu saber. Saber este expresso como uma organização de conceitos e idéias das diversas áreas do saber humano, o saber de enfermagem tem sido estruturado e corporificado em um conjunto de proposições e práticas que dão direcionalidade à sua ação de cuidar, na perspectiva do atendimento das necessidades humanas. Assim, o saber reunido, que dá sustentação e orientação às práticas da enfermagem, se constitui em meio ou instrumento do seu trabalho.

Inserida no mundo do trabalho, a enfermagem obedece às regras gerais da organização de qualquer processo produtivo, ou não-produtivo, na sociedade capitalista (Pires, 1989; Silva, 1989; Almeida, Yazlle Rocha, 1989). Assim, a Enfermagem está organizada e inserida num processo de trabalho coletivizado, profundamente marcado pela divisão social (entre outras profissões) e técnica (entre seus pares de nível médio) no ato de produzir suas ações e serviços (Melo, 1986; Pires, 1989 e 2008).

No Brasil, a divisão do trabalho da enfermagem é estabelecida e normatizada por meio de normas legais próprias – a Lei do Exercício Profissional da Enfermagem – LEPE e sua regulamentação (Brasil, 1986 e 1987).

Segundo consta na LEPE (Lei N.º 7.498/86) pode exercer a enfermagem no Brasil o enfermeiro, o técnico de enfermagem, o auxiliar de enfermagem e a parteira (Brasil, 1986). Além destas cinco subcategorias de enfermagem (por assim dizer), temos ainda o atendente de enfermagem, cuja permanência nos quadros da enfermagem foi redefinida[2] com a alteração do artigo 23 da LEPE, por meio da Lei N.º 8.967/94 (Brasil, 1986 e 1994).

Segundo a LEPE, ao enfermeiro, detentor hegemônico do saber de enfermagem, cabe as ações que requerem tomadas de decisão imediatas e de alta complexidade. A ele compete, privativamente, a organização, o planejamento e a avaliação da assistência de enfermagem, além da assunção dos cuidados mais complexos. A partir da definição do plano individual de cuidado, o enfermeiro deve delegar tarefas aos seus pares de nível médio – respeitados os níveis de formação e competência – e controlar a sua eficiência, por meio da supervisão direta (Brasil, 1986 e 1987).

Atendendo ao sentido da divisão técnica e pormenorizada do trabalho, estão a cargo dos agentes de nível médio, o auxiliar de enfermagem e o técnico de enfermagem, os procedimentos ditos mais simples e de natureza repetitiva, que não implicam em tomadas de decisões acerca das condutas a serem aplicadas em cada caso específico. Ao técnico de enfermagem cabe ainda atividades de orientação e acompanhamento do trabalho da enfermagem em grau auxiliar e de participação no planejamento da assistência de enfermagem, sob a supervisão do enfermeiro.

Além da LEPE e do Decreto N.º 94.406/87, que regulamenta os artigos da primeira, o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) estabeleceu, por meio da Resolução COFEN-272/2002, a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) (Brasil, 2002), como um meio do trabalho da enfermagem, incumbindo aos Conselhos Regionais de Enfermagem – COREN´s a promoção de encontros, seminários, eventos, para subsidiar técnica e cientificamente os profissionais de enfermagem na implementação da referida resolução (Brasil, 2002).

Segundo a regulamentação do COFEN, a SAE é uma atividade privativa do enfermeiro que em sua aplicação utiliza método e estratégia de trabalho científico para a identificação e enfretamento das situações de saúde-doença, subsidiando

[2] A Lei N.º 8.967/94, nos últimos estertores do Governo Itamar Franco e a revelia da própria Enfermagem, modificou o Artigo 23 da Lei N.º 7.498/86 que estabeleceu o prazo de 10 anos para a qualificação profissional dos Atendentes de Enfermagem, sob pena da perda do direito do exercício e permanência no quadros da Enfermagem brasileira.

ações de assistência de enfermagem que possam contribuir, no espaço do hospital, para a recuperação e reabilitação da saúde do indivíduo (Brasil, 2002).

Considerando que aqui vamos tratar da enfermagem no modelo clínico, no espaço do hospital, evidenciamos que, neste, o enfermeiro, tomando a SAE como referência, deve planejar a assistência de enfermagem por meio do histórico de enfermagem; exame físico; diagnóstico de enfermagem; da prescrição da assistência de enfermagem; evolução da assistência de enfermagem; e do relatório de enfermagem (Brasil, 2002).

No hospital, o enfermeiro, orientado pelo planejamento da assistência de enfermagem, também deve assumir os cuidados mais complexos e a assistência direta aos pacientes graves e em risco de vida (Brasil, 1986 e 1987).

Ainda no sentido das competências gerais do enfermeiro, destacamos aqui que nenhuma ação ou procedimento de enfermagem, independente do agente que os realiza, deve ser desenvolvido ou executado a revelia do conhecimento, planejamento e supervisão do enfermeiro (Brasil, 1986 e 1987). Desta forma, por imperativos legais, nenhum serviço de saúde que requeira a assistência de enfermagem pode prescindir da presença ou ação específica do enfermeiro, sendo este detentor do saber de enfermagem e possuidor das prerrogativas universais do seu trabalho. Nesta premissa funda-se todo o aspecto legal do trabalho da enfermagem no Brasil.

Em estudo realizado no ano de 2001, em um hospital público do município de Cuiabá-MT, que teve como objetivo a análise da relação entre o saber e o conteúdo do fazer do agente de nível médio do trabalho da enfermagem, evidenciamos, secundariamente, a despeito dos aspectos apontados anteriormente sobre as competências, responsabilidades e prerrogativas legais do trabalho da enfermagem, que o enfermeiro esteve ausente do processo de cuidar ou do seu gerenciamento, estabelecendo uma relação de distanciamento com o seu objeto de trabalho e com seus pares de nível médio (Ribeiro, 2001).

Diante das constatações que nos permitiram evidenciar a forma como o enfermeiro encaminha o seu trabalho ficou a inquietação sobre uma suposta oposição entre o seu modo de trabalho e o que estabelece o conjunto das normas legais que conferem a institucionalidade ao trabalho da enfermagem no Brasil.

Não obstante a estrutura do serviço de enfermagem do hospital estudado possuir uma administração central e gerências por área, que respondiam pelas

ações de caráter administrativo-burocrático, os enfermeiros que deveriam responder mais imediatamente pelo cuidado encontravam-se ausentes ou distanciados desta prática. Evidenciamos ainda que toda a assistência – procedimentos e técnicas rotinizados – eram executadas pelo técnico e auxiliar de enfermagem, via prescrição e orientação do médico. Assim, o apoio e a referência acerca da condução das ações executadas pelos agentes de nível médio encontravam-se, especialmente, na figura do médico, e não na do enfermeiro.

Assim, a revelia do que está colocado no discurso da categoria em relação ao seu objeto de trabalho (Silva, 1989) e na própria legislação que regula o exercício profissional no Brasil, suas ações – de cuidado direto e de viabilização de condições para efetivação desse cuidado junto aos demais agentes de enfermagem – encontravam-se distanciadas do seu objeto, o corpo humano e suas necessidades individuais.

Neste estudo, a partir de novos dados empíricos, buscamos fazer uma discussão acerca das características atuais do trabalho do enfermeiro no modelo clínico, no contexto de um hospital público no município de Cuiabá-MT.

Assim, o nosso objeto de estudo foi construído tomando como referência a LEPE e, subsidiariamente, a regulamentação específica do COFEN que trata da SAE, à luz da literatura que trata do processo de trabalho em saúde, do saber e do trabalho da enfermagem e sua organização.

1.2 – Objetivos do estudo

Desta forma o nosso estudo teve como **objetivos**:

1) Caracterizar o trabalho do enfermeiro, no espaço do hospital, tomando por referência as normas legais que regulamentam o exercício da enfermagem no Brasil; e
2) Compreender a relação entre a forma de trabalho do enfermeiro no espaço do hospital e o conteúdo das normas legais que conferem institucionalidade ao seu trabalho.

CAPÍTULO 2 – REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 – a demarcação do campo teórico de referência

Considerando a enfermagem como uma prática resultante de determinantes econômicos, sociais, políticos e ideológicos, na perspectiva da divisão social e técnica do trabalho em saúde, e ainda, orientados pelo conteúdo do seu estatuto social[3], que define os recortes da sua competência e autonomia, neste estudo colocamos em destaque o trabalho do enfermeiro na condição de protagonista na organização e produção do cuidado em saúde/enfermagem.

Ao assumirmos a enfermagem como uma prática social e tomada na dimensão do processo de trabalho em saúde, os estudos acerca do trabalho em saúde e, mais especificamente, os estudos acerca da organização e estrutura do trabalho da enfermagem e suas práticas, se constituem como referenciais teóricos privilegiados para este estudo.

Os estudos que tratam das práticas de saúde no Brasil, com ênfase na categoria trabalho, numa perspectiva histórico-dialética, têm em Donnângelo (1975) o marco inaugural da discussão enfocando a prática médica e em saúde no Brasil. A partir de uma análise estrutural do Sistema de Saúde do país, suas formas de financiamento e a tendência de medicalização das ações de saúde, a autora traz à discussão as novas relações e condições de trabalho no campo da saúde, com a institucionalização da medicina e o assalariamento do trabalho médico, por meio da Previdência Social Brasileira. Posteriormente, Donnâgelo e Pereira (1976) analisam a prática médica como prática técnica e social que se articula com outras práticas na produção dos serviços de saúde.

[3] Estatuto Social aqui é tomado como o conjunto de normas legais e infra-legais que regulamentam o exercício profissional da categoria enfermagem no Brasil. No primeiro casa temos a Lei N.º 7.498/86 e o Decreto que a regulamenta, no segundo caso temos as Resoluções do Conselho Federal de Enfermagem o que inclui o Código de Ética da Enfermagem..

Estes estudos constituir-se-ão, enquanto referência teórico-metodológica e epistemológica, em ponto de partida para a definição de uma nova vertente nos estudos do trabalho em saúde, que permitirá o redimensionamento das análises processadas até então, abarcando uma perspectiva histórico-dialética na abordagem dos aspectos da organização e estrutura do trabalho em saúde.

Nesta vertente, Mendes-Gonçalves (1979), ancorado na teoria marxista, vai investigar teórica e conceitualmente a prática médica e sua natureza. Posteriormente, a partir desse mesmo referencial e de um quadro conceitual apoiado na epidemiologia social, traz à discussão a conformação dos elementos constituintes do processo de trabalho em saúde, com ênfase na aplicação do conceito de tecnologia na organização das práticas de saúde, que extrapolam suam abordagens enquanto instrumentos meramente materiais do trabalho (Mendes-Gonçalves, 1992).

A relevância dos estudos de Mendes-Gonçalves (1992), (1994) está na apresentação da nova conceituação de *instrumento de trabalho*, tomado como um dos elementos do processo de trabalho, conforme proposto por Marx (1998), traduzindo a categoria *saber operante* como tecnologia que se aplica na produção das ações e serviços de saúde.

Schraiber (1996), refletindo sobre a obra de Mendes-Gonçalves (1994), considera que, ao introduzir a categoria *saber operante* para o trabalho em saúde o autor apontou para a possibilidade de redimensionar o próprio fazer em saúde por meio dos seus projetos, considerando que “o projeto” é a dimensão em que todas as exigências, os constrangimentos e determinantes do trabalho, são colocados para a ação.

A perspectiva apontada por Schraiber (1996) permite-nos a compreensão do trabalho em saúde como liberto da condição de alienação, quando comparado ao trabalho no geral. Lembrando a crítica estabelecida por Marx à noção de trabalho manual, de que nenhum trabalho é absolutamente destituído do pensar, sendo o trabalhador capaz de recusar e subverter a disciplina a que está submetido, a autora adverte-nos de que, para tanto, o agente só será alguém que domine sua ação se detiver seu *saber operante*.

Na área de enfermagem esta vertente teórico-metodológica é inaugurada nos aos 1980, a partir do advento dos programas *stricto sensu* – mestrado na década de

1970 e doutorado na década de 1980, o que impulsionou a produção científica em enfermagem.

A partir da necessidade de definir princípios teórico-metodológicos e epistemológicos que dessem sustentação a produção de conhecimento em enfermagem, segundo Almeida *et. al.* (1999), instala-se um debate e um processo de construção teórica num contexto de múltiplas dimensões que as autoras classificam como sendo uma mais externa à enfermagem abraçando o cenário político da sociedade brasileira à época, em especial no campo da saúde; e uma mais interna que tratou dos questionamentos acerca da identidade profissional do enfermeiro e demais agentes da enfermagem na perspectiva da construção de um espaço socialmente reconhecido e valorizado pelo valor de uso contido na sua ação – trabalho e na delimitação de um espaço privativo do seu grupo profissional.

Na consideração de Almeida *et. al.* (1999),

> "tanto os aspectos contextuais (...) quanto as especificidades da enfermagem, ou seja, sua conformação histórica e as ações que a caracterizam como área peculiar de atenção à saúde, demandavam o interlocução, na construção do conhecimento, com outras áreas externas ao campo da saúde, sobretudo as ciências sociais e humanas" (Almeida et. al., 1999: 266).

Assim, a década dos anos de 1980 foi profícua para a produção de estudos na enfermagem a partir da vertente do materialismo histórico, em especial, com a abordagem da sua gênese histórica e sua conformação enquanto prática social vinculada ao campo da saúde.

> "O *materialismo histórico* enfatiza as relações sociais de produção, desdobra-se em estudos do processo de produção em saúde e em enfermagem, numa análise macro-estrutural das determinações sociais. Esta produção possibilitou macro-análises da enfermagem na formação social capitalista, em especial sua gênese e evolução histórica na sociedade brasileira, traçando um pano de fundo para a compreensão dessa prática na sua dimensão histórica e social" (Almeida et. al., 1999: 267).

A partir das primeiras formulações do pensamento social no campo da saúde, sobretudo a partir da categoria trabalho, na perspectiva do materialismo histórico, emergem no cenário da enfermagem brasileira autores que buscaram refletir a sua prática, tomando por referência os elementos constituintes do processo de trabalho. Esse movimento tem buscado compreender a enfermagem no contexto mais amplo

do campo da saúde, possibilitando uma postura mais crítica frente sua prática e as contradições aí presentes.

Entre os estudos pioneiros temos as reflexões de Melo (1986) que vão buscar na historicidade da organização da enfermagem enquanto prática, vinculada ao trabalho da mulher e institucionalizada na Inglaterra em meados do século XIX e no Brasil no início do século XX, os determinantes históricos da sua atual estrutura parcelar. Assim, a autora aponta os determinantes econômicos, políticos e ideológicos da organização da enfermagem enquanto trabalho / prática social, possibilitando a compreensão do seu processo de trabalho a partir da interpretação da forma como se dá a organização das práticas da enfermagem no interior dos serviços de saúde e as relações aí estabelecidas, analisando-as como longe de serem relações naturais.

Os estudos de Pires (1989), igualmente, enfocam a questão da divisão do trabalho que se processa, num recorte mais amplo, no ato da produção dos serviços de saúde. Neste sentido, a autora busca compreender, por meio da reconstituição histórica da organização do trabalho em saúde e partindo do questionamento acerca do modo de produção destes serviços e seus agentes, a gênese de sua estrutura parcelar e a competitividade que permeia as relações entre as distintas categorias profissionais que integram a equipe de saúde.

Situando seu trabalho no campo da sociologia das profissões, a autora contribui para a compreensão histórica da origem das profissões médica e de enfermagem, por meio da análise dos elementos de ordem econômica, social, política, ideológica e cultural, facilitando nossa compreensão de que o processo de trabalho assume as características da organização social no qual se situa.

Rezende (1989), discutindo o processo de formação acadêmica na perspectiva do pensar e do fazer, por meio de uma análise histórica da gênese da divisão do trabalho manual e intelectual, também nos permite a compreensão da determinação histórica na organização do trabalho, em especial o da saúde.

Silva (1989), a partir do discurso produzido e reproduzido no interior da enfermagem, que, segundo a autora, tem o predomínio de uma visão heróico idealista, faz uma análise da sua constituição histórica enquanto campo específico de conhecimento e enquanto prática profissional na formação e desenvolvimento das sociedades capitalistas, estabelecendo a relação histórica entre a prática social

da medicina e a prática social da enfermagem, evidenciando os paradoxos que marcaram o desenvolvimento da enfermagem brasileira.

Para esta autora, *a*

> *"*existência da 'enfermagem tradicional' coincide com o pré-capitalismo, e a 'enfermagem moderna', fundamentada no conhecimento científico e no ensino sistematizado, caracterizada pelo assalariamento e reproduzindo em seu interior a divisão entre trabalho intelectual e trabalho manual, é produto do capitalismo" (Silva, 1989: 135)

Naquilo que Silva (1989) denominou de *fetichismo da enfermagem*, seu estudo evidencia o caráter ideológico do discurso acerca do saber da enfermagem e as contradições deste último na realidade concreta do trabalho – prática da enfermagem. Em evidência é colocada a heterogeneidade de classe e de funções entre *ocupacionais* e *profissionais* de enfermagem que confundem o objeto de trabalho fragmentando-o em práticas distintas, representadas pelo cuidar e administrar, estando o enfermeiro distanciado daquilo que identifica a enfermagem como prática social, o cuidado.

Nesta direção, porém, numa perspectiva construída no interior da própria enfermagem, encontramos em Almeida, Melo Rocha (1997) que

> "além da ação de 'cuidar' no modelo clínico, outro tipo de atividade, também resultado histórico e social, é o 'administrar', e que não é realizado por todas as categorias de enfermagem, mas sim pela enfermeira. Os instrumentos utilizados, entre outros, são: os próprios modelos e métodos de administração, normas e rotinas, a força de trabalho em enfermagem (os auxiliares), os equipamentos e materiais permanentes e aqueles para a manipulação e administração de drogas e soluções. A finalidade imediata é organizar e controlar o processo de trabalho, e a mediata é favorecer a ação de 'cuidar' para possibilitar a cura" (Almeida, Melo Rocha, 1997: 21).

Tem destaque o estudo de Almeida e Rocha (1989) e de Almeida, Melo Rocha, (1997) que, situando criticamente a enfermagem no processo de trabalho em saúde, desenvolveram uma reflexão teórica sobre a enfermagem enquanto prática social, suas relações com a estrutura social, visando apreender a sua definição e significado, adotando como matriz conceitual o trabalho e seus elementos constitutivos, segundo a vertente marxiana.

Em Almeida, Melo Rocha (1997), encontramos, à guisa de definição da prática da enfermagem, como sendo

> "uma ação, ou uma atividade realizada predominantemente por mulheres que precisam dela para reproduzir a sua própria existência e utilizam de um saber advindo de outras ciências e de uma síntese produzida por ela própria para apreender o objeto da saúde naquilo que diz respeito ao seu campo específico (cuidado de enfermagem?) visualizando o produto final, atender às necessidades sociais, ou seja, a promoção da saúde, prevenção de doenças e a recuperação do indivíduo, ou o controle da saúde da população (Almeida, Melo Rocha, 1997: 18).

Segundo Almeida e Rocha (1989: 69), *"*o que comanda a modalidade funcional e o trabalho em equipe da Enfermagem, (...), e que têm como saber as técnicas e os princípios científicos, mediados pelos aspectos do saber administrativo, é a divisão técnica do trabalho de Enfermagem".

Assim, enfatizam as relações internas e externas estabelecidas na sua inserção no processo de trabalho em saúde, em especial, o saber de enfermagem como mediador da sua prática específica. Neste sentido, Almeida e Rocha (1989) e, posteriormente, Almeida, Melo Rocha (1997) tomam o conceito de organização tecnológica do trabalho que teve sua origem na concepção de processo de trabalho em saúde, com destaque na dimensão do saber, conforme proposto por Mendes-Gonçalves (1994), introduzindo a categoria *saber* na pesquisa em enfermagem.

Já no que se refere ao processo de formação dos profissionais de enfermagem, aqui entendido como o primeiro momento de apreensão do saber de enfermagem e onde se coloca e se legitima a estrutura parcelar do processo de trabalho da categoria, encontramos nos estudos de Germano (1993) nossa principal referência. A autora busca na historiografia da enfermagem brasileira as contradições no seu processo de evolução, trazendo detalhada relação entre o desenvolvimento do ensino de enfermagem com as mudanças no campo da saúde brasileira, que foram determinadas pela lógica econômica e social. Observa como a enfermagem absorveu para si a lógica da organização do sistema de saúde brasileiro e suas transformações ao longo do século XX.

Retomando as contribuições teóricas até aqui pontuadas, o que percebemos em comum entre esses vários estudiosos é o entendimento da enfermagem com prática social, tomada historicamente, com base nos pressupostos do materialismo histórico.

Segundo Lopes (2001: 32), ainda que reconhecidas as potencialidades de análise contidas neste referencial teórico-metodológico na compreensão do "quadro formal que organiza o trabalho da enfermagem", alguns limites têm sido apontados

por outras perspectivas teóricas, fazendo referência à sociologia das profissões, no que diz respeito à interpretação da realidade concreta das práticas da enfermagem no interior dos serviços de saúde.

Neste sentido, concordamos que a busca da compreensão da relação que as práticas da enfermagem atualmente guardam com o conteúdo do seu estatuto social; o discurso dos agentes detentores das prerrogativas universais do seu trabalho – o enfermeiro; e a realidade concreta, observável no interior dos serviços de saúde, requerem para além da organização estrutural do seu trabalho, outras reflexões que, concordando com Lopes (2001) estão ancoradas na sociologia das profissões, cuja referência no campo da saúde acreditamos situar-se na perspectiva teórica de Freidson (1998).

A partir das questões centrais que orientaram a presente investigação, aqui colocamos também em destaque o conteúdo do Estatuto Social que orienta as práticas da enfermagem brasileira, sobretudo a Lei do Exercício Profissional da Enfermagem – LEPE e o Decreto que a regulamentou (Brasil, 1986 e 1987) e, subsidiariamente, a Resolução COFEN 272-02, que trata da Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE (Brasil, 2002).

Aqui, em que pese às diversas posições de que há na atualidade um quase esgotamento do ponto de vista das discussões desta dimensão mais interna à enfermagem, conforme apontado por Almeida *et. al.* (1999), ainda nesta perspectiva procuramos situar nosso objeto de estudo na tentativa de compreendermos como o conteúdo do trabalho do enfermeiro, no espaço do hospital, tem se articulado com o conteúdo das normas legais que definem e orientam as competências e atribuições da enfermagem no Brasil, buscando identificar aí as contradições que permeiam o cotidiano do trabalho.

2.2 – Processo de trabalho em saúde

Dada a natureza do trabalho em saúde com a sua organização em função da prestação de um serviço específico, para a compreensão dos aspectos estruturais e particulares do processo de trabalho em saúde, utilizamos a vertente marxista apenas como matriz de significado, considerando que trabalho neste setor não foi privilegiado por Marx (1998), o que acabou tornando mais conhecida sua simples caracterização como trabalho não-produtivo, ou seja, não produtor de mercadoria,

destituído do valor de troca e, por isso, não passível de acumulação e produção da mais-valia.

Na busca pela conceituação de *serviço* optamos pela proposição de Offe (1991: 15) que define o setor de serviços como aquele necessário à "manutenção de algo", compreendendo-o como "meta-trabalho", com a finalidade de "proteção e resguardo", desenvolvendo-se na perspectiva de zelar e promover condições para que os membros da sociedade possam desenvolver suas potencialidades, colocando-se no mercado de trabalho em condições de atender às expectativas do mesmo. A guisa de exemplificação podemos citar os serviços de saúde e educacionais, públicos ou privados.

Estudos como os de Braverman (1987), ao discutir a degradação do trabalho no século XX, buscaram atualizar a contribuição marxista, incorporando processos complexos de transformação do mundo do trabalho onde o setor de serviços assume crescente importância. Cabe ainda reconhecer que, mesmo para estudiosos dedicados ao aprofundamento deste tema, o trabalho no setor de serviços ainda apresenta teorização insuficiente e dificuldades de aplicação à diversa e dinâmica realidade.

Para Marx (1998) o trabalho é um processo no qual participam o homem de um lado com suas necessidades e a natureza de outro com seus recursos. O homem busca suprir suas necessidades transformando os recursos naturais em objetos úteis à sua sobrevivência. Esta transformação longe de ser um ato impensado e instintivo é produto de uma concepção ou intencionalidade anterior, cujo resultado já estava configurado na mente do agente da sua transformação. Em que pese às evidências de que a utilização dos recursos da natureza não é uma prerrogativa da espécie humana, a forma como o homem o faz vai distingui-lo dos demais animais e o coloca na condição de humano. Assim, pressupõem-se "(...) o trabalho sob forma exclusivamente humana" (Marx, 1998: 60).

Igualmente, Braverman (1987), considera que

> "(...) o trabalho como atividade proposital, orientado pela inteligência, é produto especial da espécie humana. Mas esta, por sua vez é produto especial desta forma de trabalho. (...) O trabalho que ultrapassa a mera atividade instintiva é assim a força que criou a espécie humana e a força pela qual a humanidade criou o mundo como o conhecemos" (Braverman, 1987: 52-3).

Na atualidade, dado o padrão de desenvolvimento das sociedades humanas, as transformações nem sempre se dão de uma forma direta com o arsenal de recursos naturais de que o homem dispõe. O homem também opera sobre materiais pré-elaborados e já processados por outros trabalhos que o antecederam. A cada transformação, com seu trabalho, o homem desenvolve as potencialidades adormecidas na natureza imprimindo formas úteis aos recursos naturais que vão se tornando objeto de outros trabalhos, num processo de complexificação crescente, até a sua forma final – um bem de consumo/uso.

Compreendendo o trabalho como um processo, Marx (1998: 212) apresenta os seus elementos, a saber: "a atividade adequada a um fim, isto é, o próprio trabalho; a matéria a que se aplica o trabalho, o objeto de trabalho; e os meios de trabalho, o instrumental de trabalho".

> (...) No processo de trabalho, a atividade do homem opera uma transformação, subordinada a um determinado fim, no objeto sobre que atua por meio do instrumental de trabalho. O processo extingue-se ao concluir-se o produto. O produto é um valor-de-uso, um material da natureza adaptado às necessidades humanas através da mudança de forma. O trabalho está incorporado ao objeto sobre que atuou. Concretizou-se, e a matéria está trabalhada. O que manifestava em movimento, ao lado do trabalhador, se revela agora qualidade fixa, na forma de ser, do lado do produto. Ele teceu, e o produto é um tecido (Marx, 1998: 214-15).

Transpondo a categoria trabalho a partir da perspectiva marxiana para a atualidade e, considerando o processo de trabalho em saúde, é imperativo que consideremos as necessidades as quais deverão ser satisfeitas pela via do trabalho humano e a sua natureza. Não se trata aqui da transformação do objeto em um bem material, mas uma ação que vai interferir numa dada condição buscando a sua transformação – a condição de doença para uma condição de saúde, ou a prevenção da primeira e/ou a promoção/manutenção desta última.

Assim, o trabalho em saúde torna-se essencial à vida humana e é parte integrante da produção não-material, completando-se no ato da sua produção numa relação direta entre seu agente e objeto, ou seu consumidor, sendo o produto – o cuidado a saúde – indissociável do processo que o produziu, sendo ele "a própria realização da atividade" (Pires, 1999: 29).

Retomando os elementos constitutivos do processo de trabalho, considerando especificamente o processo de trabalho em saúde, tem-se como finalidade ações de manutenção da saúde ou de prevenção da doença e sua terapêutica. Como objeto,

os indivíduos ou grupos com suas necessidades, expressas como necessidades sociais; e os instrumentos o ambiente e os instrumentais necessários a realização da assistência, assim como as condutas que representam o nível técnico do conhecimento e que são mediatizadas pelo saber em saúde (Pires, 1999).

No que se refere à finalidade do trabalho em saúde concordamos com Merhy (2007), quando propõe a noção do "ato de cuidar" como sendo a "alma dos serviços de saúde". Completando o pensamento do autor, temos que "(...) a finalidade última de qualquer trabalho em saúde, em qualquer tipo de serviço, é a responsabilidade em operar com saberes tecnológicos, de expressão material e não-material, a produção do cuidado individual e/ou coletivo, que promete a cura e a saúde" Merhy (2007: 22-23).

Tratando ainda da finalidade do trabalho em saúde no contexto da sociedade capitalista, Leopardi *et. al.* (1999) consideram que

> "(...) a transformação que imprime ao objeto é aparentemente apenas no sentido de suprir necessidades específicas do objeto (o indivíduo em sua natureza biológica), mas, na essência, além de cumprir esta tarefa específica, realiza as finalidades do capital, ou seja, a manutenção do potencial de trabalho contido neste objeto" (Leopardi *et. al.* 1999: 102).

O produto do trabalho em saúde será sempre a própria prestação da assistência, produzida coletivamente e consumida no ato da sua produção. Daí podemos pontuar duas grandes características que singularizam o trabalho em saúde. A primeira está no sentido coletivo da realização do trabalho, dado que qualquer intervenção em saúde sempre demandará a participação de um coletivo de saberes e práticas que se organizam no sentido de reconstituir o que a lógica do trabalho pós-capitalista separou/parcelou pela racionalidade que lhe é inerente. A segunda está na forma de interação entre o sujeito e o objeto do trabalho, onde o ato ou produto do trabalho é consumido no momento em que é produzido, conformando uma relação de intersubjetividade.

Em Pires (1999: 32), encontramos a consideração de que "(...) os trabalhos profissionais em saúde, apesar de suas especificidades de conhecimentos e de prática, são parte do conjunto que resulta na assistência a seres humanos que são totalidades complexas".

Aqui valem também, à guisa de caracterização da singularidade do processo de trabalho em saúde, as reflexões de Mendes-Gonçalves (1994), compartilhada por

Peduzzi (1998), de que o objeto do trabalho em saúde – os seres humanos – não é um objeto natural, já que não pode ser tomado como objeto por si só, mas à medida que manifesta sua necessidade ou que esta é percebida por meio de um 'olhar' que contém em si um projeto, uma finalidade.

Neste sentido, Mendes-Gonçalves (1994: 61) considera que "a apreensão do objeto consiste na identificação de suas características que permitem a visualização do produto final, antevisto nas finalidades do trabalho, (...) não havendo objetos do trabalho senão no trabalho".

Assim, a apreensão do objeto do trabalho em saúde se dará no concurso dos seus instrumentos e na relação com o objeto – trabalho vivo (Merhy, 2007). É também em Mendes-Gonçalves (1994) que encontramos a melhor definição de instrumentos, tomada a partir da teoria marxiana. Para este autor,

> (...) para proceder a apreensão do objeto de trabalho, o agente do trabalho (...) opera com um saber. Um saber que, se não se quiser conceber como entidade fantasmagórica, consiste em generalizações conscientes e estruturadas obtidas a partir da prática, e que se expressam tanto nos instrumentos como nos discursos a sua materialidade, sob formas diversas. (...) Aquela apreensão não se identifica a um processo meramente intelectual, especulativo ou científico, mas que se desdobra em técnicas materiais e não-materiais que se encontram no saber o fio condutor. Assim, devem ser compreendidos os instrumentos de trabalho, como um momento da operação do saber, só em seu contexto compreensíveis e operantes (Mendes-Gonçalves, 1994: 65).

Daí a conceituação do "saber operante" como instrumento do trabalho, que media a relação entre o agente e seu objeto, sem o qual o corpo humano, doente ou sadio, não poderá ser apreendido nesta dimensão, conforme a perspectiva de Peduzzi, (1998).

São os diversos saberes, caracterizados por Mendes-Gonçalves (1994) como "saber operante" que vão dar o contorno às diversas práticas constituintes do processo de trabalho em saúde. Esses contornos são definidos historicamente e legitimados pela prática e por diversos estatutos que cumprem o papel de proteger os diversos lócus de trabalho.

Campos (1997) tratando das especialidades inerentes à prática médica traz a idéia de "campo de competência" e "núcleo de competência" como espaços de produção nos serviços de saúde, que são organizados e instituídos a partir de cada saber específico e o seu potencial de responder satisfatoriamente às demandas colocadas pelo universo das necessidades de saúde.

Aqui consideramos que tal concepção de organização de competências também pode ser aplicada, a partir da perspectiva da divisão social do trabalho, aos diversos saberes e práticas que compõem o multifacético trabalho em saúde. Assim, por *campo de competência* podemos entender o espaço comum onde transitam as diversas práticas que mantêm interfaces e sobreposições por meio de saberes e ações compartilhadas entre os vários agentes do trabalho em saúde. Já, no que se refere aos *núcleos de competência*, os limites são mais precisos e circunscritos às práticas específicas, tendo suas ações reguladas por um conjunto de normas legais que conferem institucionalidade e identidades as diversas práticas e agentes, respectivamente. Estes que vão assumir papéis, posições e relações distintas no contexto do trabalho em saúde e na própria sociedade e são produtos de construções históricas.

A convivência de agentes pertencentes aos diversos núcleos de competência é tensionada por imperativos legais, pela lógica da divisão do trabalho na sociedade capitalista, pela cultura estabelecida no interior dos serviços de saúde e pela própria sociedade. Nesta perspectiva, temos o médico e sua prática, ou o núcleo de competência do médico, que, historicamente, constituiu-se como o núcleo hegemônico do diagnóstico e da terapêutica, ao mesmo tempo em que subordinou as demais práticas/núcleos de competência que compõem o trabalho em saúde à sua autoridade técnica.

Lopes (2001) considera que, no caso da enfermagem,

> "(...) apesar da estrutura de cuidados surgir como campo por excelência da enfermagem, este não irá constituir um campo de exercício profissional efectivamente autônomo, na medida em que, desde a sua gênese, surge condicionado pela estrutura de cura enquanto campo exclusivo da autoridade médica" (Lopes, 2001: 28).

A forma como o trabalho médico se organizou e foi socialmente legitimado, de forma crescente estabeleceu-se como saber central, em referência aos demais saberes e práticas que se colocam periféricos ao saber e à autoridade técnica do trabalho médico.

Merhy e Franco (2003: 276) consideram que "todo trabalhador carrega consigo uma caixa de ferramentas, para fazer o seu trabalho, que, na saúde, traduzimos pela imagem das valises tecnológicas". Porém, o conteúdo de tais *valises tecnológicas* constituiu-se, historicamente, subordinados à forma como o trabalho foi organizado e

sua utilização, enquanto tecnologia específica de cada prática deve obedecer aos contornos dos núcleos de competências estabelecidos e legitimados desde a escola, considerada aqui como o primeiro momento de apreensão dos saberes que se constituirão nos instrumentos do trabalho (Almeida, Yazlle Rocha, 1989).

Ainda em Merhy e Franco (2003), na perspectiva do trabalho em saúde e sua forma de organização e realização, encontramos o conceito de trabalho “vivo em ato” e de “trabalho morto”. O primeiro em referência a atividade em si, que coloca o agente em relação com seu objeto “no exato momento em que é executado e que determina a produção do cuidado” (p. 280). O segundo faz referência ao trabalho pregresso que está contido no aparato tecnológico material, como recurso que se coloca entre o agente o seu objeto ampliando as potencialidades do trabalho vivo.

Segundo a perspectiva assumida por Merhy e Franco (2003: 276), o trabalho em saúde é centrado no “trabalho vivo em ato”, que se dá em duas dimensões, a de prática social e a de prática técnica.

A partir do conceito de tecnologia, fazendo uso figurado das valises tecnológicas, Merhy (1997) identifica três valises tecnológicas. A primeira constituída pelo conteúdo das “tecnologias duras” representadas pelos instrumentos e equipamentos; a segunda pelo conteúdo das tecnologias leve-duras, que representam os saberes técnicos estruturados; e a terceira pelo conteúdo das tecnologias leves, constituídas pela ação que coloca o agente do trabalho em relação com o seu objeto na concretização da finalidade do seu trabalho. Desta forma, o arranjo do conteúdo das três valises vai ser determinado pela forma como se dará a produção do cuidado.

Merhy e Franco (2003: 281), ao reafirmar o sentido coletivo do trabalho em saúde e a interdependência entre seus agentes como “operadores da produção do cuidado”, defendem que, independente do nível de formação, todos têm a pertença das respectivas valises tecnológicas e utilização em comum do conteúdo daquela que contém a tecnologia leve, produtora das relações entre o agente e objeto do trabalho.

Neste sentido, sem ignorar as tensões que permeiam as relações de trabalho, quer do ponto de vista administrativo ou da própria produção do cuidado, o momento da utilização da tecnologia leve, produtora das relações, deve ser visto como potencializador das várias práticas em torno de um projeto terapêutico comum e ressignificado pela perspectiva da integralidade das ações em saúde.

2.3 – A divisão do trabalho em saúde

São as referências contidas em Marx (1998) e Braverman (1987), que trazem a compreensão da categoria *divisão do trabalho*, que permitem a reconstrução do processo de organização do trabalho em saúde/enfermagem.

A prestação do serviço de saúde ou "(...) ato assistencial, quando realizado no espaço institucional, envolve: o diagnóstico ou a identificação dos problemas; a avaliação dos resultados e a decisão da alta hospitalar ou de conclusão da assistência" (Pires, 1999: 30). Neste sentido, o ato de cuidar nunca será uma ação que se esgota numa única abordagem e com a participação de um único agente ou prática. O trabalho em saúde requer a participação de um conjunto de saberes e práticas, caracterizando-o como um fazer coletivo.

Marx (1998) reconhece a importância da divisão do trabalho enquanto forma de partilhar as diversas especialidades e suas respectivas potencialidades, onde cada uma produz e converte o produto da sua produção em bens úteis colocados à disposição da sociedade. Assim, faz referência à cooperação como forma de trabalho em que muitos trabalham juntos, de acordo com um plano, no mesmo processo de produção ou em processos de produção diferentes, porém conexos. Reconhecendo a cooperação como fundada na divisão do trabalho, apresenta esta divisão sob duas formas distintas: a divisão do trabalho geral e a manufatureira.

Braverman (1987) considera que a divisão social do trabalho, ou a divisão do trabalho geral é, conforme encontrado em Marx (1998), inerente à forma de estruturação do trabalho humano, organizado e executado por e através da sociedade. Relativo à divisão manufatureira do trabalho Braverman (1987) adverte que

> "(...) na indústria capitalista [fazendo referência à divisão do trabalho manufatureira] não é de modo algum idêntica ao fenômeno da distribuição de tarefas, ofícios ou especialidades da produção através da sociedade, porquanto, embora todas as sociedades conhecidas tenham dividido seu trabalho em especialidades produtivas, nenhuma sociedade antes do capitalismo subdividiu sistematicamente o trabalho de cada especialidade produtiva em operações limitadas. Esta forma de divisão do trabalho torna-se generalizada apenas com o capitalismo" (Braverman, 1987: 70).

A organização do trabalho pós-capitalismo, guiada pela administração científica, passa a assumir uma arquitetura singular. O trabalho diversificado e em forma de ofício, onde o artesão dominava todo o processo de produção e a propriedade do produto, quando submetido à gerência passa, progressivamente, pela constituição de um processo de produção restrito a operações parciais e pela desapropriação da totalidade do processo e dos resultados do trabalho.

A gerência surge então como forma de racionalizar o processo de produção, tão logo o trabalho na indústria torna-se complexo, envolvendo diferentes tipos de ações. É a gerência quem vai proporcionar e levar às últimas consequências a divisão manufatureira do trabalho, tornando cada trabalhador inapto e vinculado apenas a uma parcela do processo de produção.

Ainda tratando da organização do trabalho pós-capitalismo, Braverman (1987) considera que

> "(...) enquanto a divisão social do trabalho subdivide a sociedade, a divisão parcelada do trabalho [manufatureira] subdivide o homem, e enquanto a subdivisão da sociedade pode fortalecer o indivíduo e a espécie, a subdivisão do indivíduo, quando efetuada com menosprezo das capacidades e necessidades humanas, é um crime contra a pessoa e a humanidade" (Braverman, 1987: 72).

A organização do trabalho humano coincide com a sua organização social. Nesta organização, através da história dos homens, o trabalho foi dividido, passando pelo critério de gênero no âmbito familiar, pelo uso dos instrumentos do trabalho (manual – ferramentas) e pelas formas de utilização ou negociação dos produtos do próprio trabalho. Porém, (...) "A divisão do trabalho alcança um patamar superior quando se separam o trabalho manual do trabalho intelectual" (MARX e ENGELS, 1998: 28).

Na perspectiva de Marx e Engels (1998), está na deterioração do sistema feudal e no nascimento do capitalismo, no final do século XVIII e início do XIX, a gênese da divisão do trabalho. É na redefinição do paradigma econômico que se construirá a nova lógica do trabalho humano e, consequentemente, distintos espaços na sociedade.

> "A limitação dos indivíduos às profissões distintas é inerente às mais diversas formações econômicas, sendo que, são as formas específicas da divisão do trabalho que pertencem a este ou aquele modo de produção determinado, sendo todos no entanto, fonte de desigualdade social, reproduzindo no seu interior as relações políticas

> e ideológicas referentes aos lugares das classes sociais" (Melo, 1986: 19)

A lógica capitalista da utilização da força de trabalho, a partir da acumulação de capital de uns poucos, como forma de reprodução dos valores empregados na produção, redefine a inserção do homem no mundo do trabalho e suas primitivas formas de produzir, o que, a partir de então, ganha o nome de mercadoria, adquirindo um valor de uso e valor de troca.

O trabalho na produção do bem "mercadoria" deve ser estruturado de forma que o resultado da sua troca em um mercado, enquanto *valor de uso* e *valor de troca*, supere os valores nela embutidos, incluindo o valor da força de trabalho – mais valia. Assim, o trabalho deve ser parcelado e organizado em etapas. Cada um participa limitado a apenas uma parte da produção de um único bem de consumo. O trabalhador caminha cada vez mais alienado no processo produtivo, pois, se antes ele era autônomo em todo o processo da produção na sua oficina, agora ele participa de etapas, perdendo o controle do processo como um todo.

Com as teorias da administração surge o papel da gerência, que passa a controlar as parcelas do trabalho no sentido da sua reintegração que deve estar contida na forma do produto.

> "A divisão social do trabalho divide a sociedade entre ocupações, cada qual apropriada a certo ramo de produção, destruindo a autonomia e transformando o trabalhador em um agente inapto, no que se refere à totalidade do processo de produção. A lógica capitalista destituiu o trabalhador da total autonomia do ofício e o subordinou como um elemento constituinte de um novo processo de trabalho, podendo a partir daí contar seus ganhos em duplo sentido: o controle gerencial e a conseqüente produtividade. Consolida-se assim a diferença entre trabalho manual e trabalho intelectual" (Braverman, 1987: 72).

Assim, a divisão do trabalho é levada ao mais alto grau sob o jugo do capitalismo. Nesse modo de produção, "as vocações são negadas, na prática, pela divisão do trabalho e seu crescimento, bem como a organização centralizada do trabalho não tem como função social a eficácia técnica, mas a acumulação do capital" (Rezende, 1986: 25).

Contemporaneamente às mudanças que se processavam no mundo do trabalho pelo desenvolvimento do modo de produção capitalista, numa perspectiva utilitarista e racionalizadora, o Estado começa a olhar os serviços de saúde como forma de garantir melhores resultados nos seus investimentos, principalmente

àqueles relativos à força de trabalho, investindo no desenvolvimento dos hospitais, que ganham espaço e prosperam na sua organização e forma de trabalho.

Entre as práticas que compunham o cenário dos hospitais em meados do século XIX encontramos a enfermagem ainda num estágio de pré-desenvolvimento. À medida que a enfermagem se desenvolve e se legitima como uma prática vinculada ao cuidado e necessária ao reordenamento do papel do hospital, o faz organizando internamente o seu trabalho seguindo os mesmos moldes das outras formas de produção – a separação do trabalho nos momentos de concepção e execução.

> "É no século XIX, na Inglaterra, (...) para tomar o corpo doente enquanto objeto do trabalho médico, higienizar e disciplinar o espaço do hospital - que surge a enfermagem enquanto uma prática para possibilitar este projeto de recuperação individual. Portanto, a enfermagem se institucionaliza neste movimento do nascimento da clínica juntamente com a transformação do hospital enquanto instrumento de cura" (Almeida, Melo Rocha, 1997: 19).

No conjunto das práticas de saúde da época, a medicina, já institucionalizada, assume o trabalho intelectual – a clínica, e a enfermagem, o cuidado e a organização do espaço da assistência. A mulher, que comanda o lar, assume o trabalho manual – enfermagem, sem romper a dicotomia entre o pensar do homem e o fazer da mulher, que ganha forças e se legitima dentro da lógica da nova ordem econômica capitalista. Consolida-se assim, a divisão social (sexual) do trabalho no processo de trabalho em saúde.

Neste espaço de controle da saúde individual da força de trabalho, o corpo doente é tomado como objeto do trabalho médico que, "através dos meios de trabalho, do saber da clínica, permite manipular, conhecer e restaurar" o seu objeto (Almeida, Melo Rocha, 1997: 19). Assim, ao médico pertence todo o campo esotérico do saber da saúde. A ele estão submetidos a investigação, o diagnóstico e a terapêutica, desempenhando, sozinho, todos os momentos do processo de trabalho.

À medida que o modelo clínico se desenvolve por meio da incorporação de novos conhecimentos e a expansão da sua infra-estrutura, outros agentes do trabalho vão sendo incorporados, conformando um trabalho coletivo e associado. A partir daí, começa a divisão entre o pensar e o fazer nas práticas de saúde.

2.4 – O trabalho da enfermagem e sua organização

O cuidado, como núcleo tecnológico do trabalho da enfermagem, naquilo em que ela está livre dos constrangimentos impostos pela forma de organização da sua prática (Schraiber, 1996), se dará sempre na relação direta com seu objeto, ou seja, será sempre na dimensão do trabalho vivo (Merhy e Franco, 2003).

Historicamente está presente, no discurso da enfermagem, a perspectiva da realização do cuidado centrado nas necessidades humanas expressas como necessidades biopsicossociais e espirituais. Ao assumir tal perspectiva a enfermagem compromete-se a centrar sua ação a partir de um estreito relacionamento com seu objeto no desenvolvimento de um processo de trabalho tecnologicamente centrado nas tecnologias leve-dura e leve (Merhy e Franco, 2003).

> "A enfermagem é uma ação, ou uma atividade realizada predominantemente por mulheres que precisam dela pra reproduzir a sua própria existência [então é um trabalho] e utilizam de um saber advindo de outras ciências e de uma síntese produzida por ela própria para apreender o objeto da saúde naquilo que diz respeito ao seu campo específico (...) visualizando o produto final, atender às necessidades sociais, ou seja, a promoção da saúde, prevenção de doenças e a recuperação do indivíduo, ou o controle da saúde da população" (Almeida, Melo Rocha, 1997: 18)

Os autores ao definir a enfermagem a consideram como um trabalho na perspectiva da teoria marxiana, cujo objeto não se dá de forma natural, mas construído a partir de um olhar orientado por um saber específico, ainda que considerado como um saber que não lhe é próprio. Outro aspecto está na designação do trabalho da enfermagem como uma prática social, já que este busca atender necessidades que são manifestadas pelo conjunto da sociedade, portanto são carecimentos sociais. Assim, tais carecimentos quando tomados a partir do saber organizado pela enfermagem, seu atendimento converte-se na finalidade última do seu trabalho.

> Desta forma, "os agentes do trabalho da enfermagem, assim como aqueles portadores de necessidades de saúde, se relacionam com outros homens, através dos seus produtos, na divisão social do trabalho. Não é portanto um processo natural, bom ou mau, é necessariamente social e histórico" (Almeida, Melo Rocha, 1997: 18).

Já segundo Silva (1989, p. 96) quando discute a enfermagem como uma prática social considera que “as definições de enfermagem existentes são fetiches que encobrem as características sociais e históricas do trabalho na área, as contradições engendradas no processo de sua institucionalização no capitalismo”.

No sentido colocado pela autora, as relações que a enfermagem estabelece no interior da sua equipe, com os demais agentes do trabalho e saúde e com o seu suposto objeto “assumem a forma fantasmagórica de relações ideais, abstratas, desarticuladas da sociedade inclusiva” (Silva, 1989: 96).

Na saúde, para além dos aspectos relativos à divisão social do trabalho, o processo de trabalho no geral traz para algumas categorias a profunda marca da divisão pormenorizada no ato de produzir seus serviços. A enfermagem, por excelência, como primeira prática a ser institucionalizada na área da saúde a partir desta forma de organização e divisão do trabalho, tem suas ações divididas entre agentes de diferentes níveis de preparo, tornando evidentes os distintos momentos de concepção e de execução do trabalho, estando o primeiro a cargo do enfermeiro que assume o papel de gerente no sentido colocado por Braverman (1987) no controle do fazer dos demais agentes.

As práticas de saúde são organizadas e institucionalizadas contemporaneamente à organização do trabalho geral a partir de meados do século XIX. Conforme referido anteriormente, é com a organização do hospital como espaço de cura e como forma de manutenção da força de trabalho que os exercentes das práticas de saúde, antes individuais, tornam-se trabalhadores coletivos (Almeida, Melo Rocha, 1997).

A gênese da enfermagem como prática institucionalizada esteve então indissociavelmente ligada à história da reorganização e expansão do hospital e, por conseguinte, a arquitetura do seu trabalho estabeleceu-se, irremediavelmente, relacionada ao então emergente modo de produção capitalista contemporâneo à época, sob as orientações das teorias da administração científica.

Os registros historiográficos mostram que o trabalho ou atividade de cuidar remontam séculos. A enfermagem reconhece e assume para si, como sendo sua ação original, atividades desenvolvidas por pajens, feiticeiros, parteiras, curandeiros e outros agentes individuais, que foram socialmente aceitos, ou até negados e perseguidos, por se ocuparem da arte da cura ou do cuidado (Melo, 1986).

Na organização do trabalho da enfermagem, o *novo hospital* permanece com a mesma estrutura hierárquica das organizações religiosas que ainda o mantinham. Com Florence Nightingale a nova enfermagem reproduz esta hierarquia, que, inspirada na organização militar, define os papéis e o lugar de cada agente do trabalho. Temos assim a divisão técnica do trabalho da enfermagem, pois não se trata aí de uma divisão do cuidar – finalidade última da organização da enfermagem enquanto prática social –, já que o trabalho da enfermagem estará fragmentado nas ações de cuidar propriamente ditas e nas ações de gerenciamento do espaço da assistência e no controle dos seus agentes.

> "É preciso destacar também a existência, no caráter da organização dos serviços de enfermagem, mesmo dominado pelas instituições religiosas, de duas categorias de serviçais: o coordenador e o executor do cuidado. (...) A divisão social do trabalho é inerente às diversas formações econômicas da sociedade, refletindo na prática da enfermagem, ainda que não tão explicitamente como na prática médica de então, a divisão entre o trabalho manual e intelectual, que não pode ser compreendida sem considerarmos suas relações políticas e ideológicas ao mesmo tempo" (Melo, 1986: 37)

É no sentido colocado por Melo (1986) que vamos encontrar a enfermagem durante todo o seu processo histórico de organização e desenvolvimento. Independente da forma como esta se organiza e se institucionaliza entre as demais profissões da área da saúde, na sua organização interna, ela vai reproduzir a própria sociedade no que diz respeito à sua organização em classes e, conseqüentemente, a suas formas de divisão do trabalho entre os seus agentes. Desta maneira, em todo o tempo e lugar, o trabalho da enfermagem estará parcelado e refletirá a condição social de cada indivíduo-agente, que terá suas atribuições determinadas pela posição social que ocupa e, em razão disso, pelas diferentes formas de saber (Germano, 1993).

A crescente perda da autonomia a que esteve submetido todo trabalhador individual, a partir da organização do modo de produção capitalista, passa a estabelecer, igualmente para a área da saúde, os recortes de autonomia, que, mediados por um tipo de saber específico, vai conformar um trabalho fragmentado, através do estabelecimento da divisão técnica deste.

A enfermagem no contexto da sua institucionalização assume para si as características do espaço social onde é organizada. Assim, reproduzindo a rígida hierarquia religiosa e militar, fica estabelecida na enfermagem, a divisão do trabalho,

legitimando para si as diferenças entre o trabalho manual e o intelectual; o primeiro, destinado àquelas mulheres que se ocupavam do cuidado direto aos doentes no interior das enfermarias, cuja atividade é comparada ao trabalho doméstico, sendo recrutadas nas classes sociais mais subalternas; o segundo, estruturado sob os primeiros indícios da aplicação científica no trabalho da enfermagem, destinava-se àquela outra categoria de mulheres que administravam o espaço do hospital e comandavam o trabalho das primeiras, e tinham origem social entre as classes mais privilegiadas da sociedade (Pires, 1989).

O processo de trabalho da enfermagem apresenta essa característica, que é a divisão técnica do trabalho. A prática é parcelada em tarefas, procedimentos e responsabilidades diferentes, cabendo também esta execução parcelada a diferentes agentes (Almeida, Yazlle Rocha, 1989).

A compreensão dos aspectos relativos à divisão técnica do trabalho passa, necessariamente, pela compreensão da divisão social do mesmo. A segunda serve à sociedade como forma de estabelecer e fortalecer as aptidões, distribuindo-as entre as suas várias necessidades individuais e coletivas, cada qual apropriada a certo ramo de produção, o que, no pensamento de Braverman (1987: 74), "(...) serve ao fortalecimento do indivíduo e da espécie; a primeira, ao contrário, promove a segmentação de cada atividade ou ocupação, fragmentando o seu agente-sujeito, tornando-o inapto à compreensão de qualquer processo de produção na sua totalidade".

Foi este modo de organização do trabalho da enfermagem que possibilitou o seu reconhecimento como uma prática que, ao tempo que proporcionava as condições de organização do espaço do hospital para o desenvolvimento da clínica, não demandava grandes recursos para sua manutenção, sendo assim tecnicamente eficaz e ao mesmo tempo economicamente viável. Como atividade equivalente ao trabalho doméstico e vinculado ao trabalho feminino, bastava a formação de bons gerentes – *ladies nurses*, para que pudesse controlar o trabalho de outras mulheres que se diferenciavam destas pelo seu saber e, principalmente, pela sua origem social.

> "A organização dos serviços de saúde, em cujo espaço se desenvolve a prática da enfermagem, vem refletindo o modo de produção dominante, abarcando as categorias sociais e profissionais, criadas pelo capitalismo. Inicialmente, é o hospital o campo por excelência onde a Enfermagem começa a demarcar a divisão social e técnica do seu trabalho.

> (...) Esta divisão técnica é precedida pela própria divisão social do trabalho, historicamente. Ela se inicia na Enfermagem na seleção de pessoal de classes sociais diferentes para o trabalho como Enfermeiro ou como auxiliar" (Melo, 1986: 87 – 8).

O estatuto social da enfermagem brasileira reafirma e legitima o momento de concepção do cuidado e o momento do cuidar em si. O primeiro é privativo do enfermeiro, que deve planejar o cuidado, delegando tarefas e subordinando a execução ao seu controle, assumindo ainda aquelas ações consideradas mais complexas. O agente de nível médio do trabalho da enfermagem, por sua vez, participa do momento de execução do trabalho. Desde os requisitos básicos para sua formação e a própria escola, este último é visto apenas como mero cumpridor de tarefas. Neste sentido, tanto sua formação como seu trabalho é considerado como alienado do saber da enfermagem, espaço de domínio do enfermeiro.

Entre os poucos estudos relacionados ao trabalho da enfermagem a partir dos seus mandamentos legais, concordamos com Lorenzetti (1987) que analisou criticamente a Lei que Regulamenta o Exercício Profissional da Enfermagem no Brasil – LEPE, um ano após o início da sua vigência. Segundo o autor já na própria LEPE podemos identificar os aspectos do trabalho da enfermagem caracterizados como uma ação estratificada, hierarquizada e autoritária, expressos na definição de competências e do papel funcional dos seus agentes.

Assim, conforme propõem Almeida, Yazlle Rocha (1989: 69), "O que comanda a modalidade funcional [institucional] e o trabalho em enfermagem (...) e que têm como saber as técnicas e os princípios científicos, mediados pelos aspectos do saber administrativo, é a divisão técnica do trabalho de enfermagem".

Aqui recuperamos a idéia de *instrumentos de trabalho,* que, conforme Mendes-Gonçalves (1994), referindo-se à prática médica, se dividem em três: o instrumental teórico; o instrumental prático e o local de trabalho, o que certamente pode ser aplicado à prática de enfermagem.

Ao enfermeiro cabe a posse do instrumental teórico e o controle do espaço onde se realiza o trabalho da enfermagem. Aos demais agentes do trabalho da enfermagem, por delegação do enfermeiro, cabe o instrumental prático que será aplicado de forma controlada e limitada pelo não domínio do instrumental teórico e pela imposição da norma.

A questão dos distintos momentos do processo de trabalho *(concepção - execução)*, demarcados e aperfeiçoados a partir da definição da arquitetura do trabalho no modo de produção capitalista, tem-se igualmente a configuração de distintos meios ou instrumentos de trabalho, que se aplicam em um dado espaço ou local de trabalho: no primeiro, *o saber*, ou instrumental teórico, como condição necessária à concepção prévia daquilo que idealmente se tem em mente; no segundo, *o fazer*, ou instrumental prático, através do uso de meios concretos, que se colocam materialmente entre o homem e o seu objeto de trabalho. Daí a distinção entre trabalho *intelectual* e trabalho *manual*, sendo que, para Mendes-Gonçalves (1994), a divisão destes dois momentos no processo de trabalho não ocorre de maneira absoluta, pois, conforme nos adverte não se pode considerar o momento da execução do trabalho como ato exclusivamente físico e absolutamente destituído do pensar. "É preciso considerar a utilização conjunta dos dois grupos de instrumentos, pois em qualquer trabalho não se dá uma divisão entre trabalho manual e intelectual, apesar da instância ideológica, no capitalismo, favorecer esta dicotomia" (Mendes-Gonçalves, 1994: 26).

2.5 – O Saber de Enfermagem e a organização das suas práticas

O saber da enfermagem passa a ser organizado a partir da introdução do ensino como requisito para a sua prática, na Inglaterra no século XIX, e desenvolve-se de maneira crescente, na busca de significar a enfermagem como uma prática científica.

Segundo Almeida, Yazlle Rocha (1989), a organização das técnicas de enfermagem está entre as primeiras expressões do saber estruturado da enfermagem, nas primeiras décadas do século XX nos Estados Unidos da América, que deram ao trabalho da enfermagem o status de *arte do cuidado*.

> "As técnicas recobrem assim grande parte do trabalho de enfermagem e, através do tempo, elas passam por transformações, vão da simples descrição de passos até a busca em outras áreas do conhecimento, das razões de tais procedimentos. (...) As técnicas são uma resposta imediata e significativa ao trabalho hospitalar, principalmente quando de sua organização (...). Neste período, o trabalho de enfermagem é todo subdividido e realizado por tarefas e procedimentos, sem centrar-se no paciente, ou seja, um mesmo paciente é assistido por vários elementos da

> enfermagem, um auxilia na higiene pessoal, o outro lhe dá medicação, um outro faz curativo, etc" (Almeida, Yazlle Rocha, 1989: 31 – 2).

A partir da década de 1950 a enfermagem passa a preocupar-se em buscar nas diversas ciências as justificativas contidas na racionalidade das técnicas, no sentido de recobrir a sua prática de cientificidade, elevando-a do conceito de arte do cuidado para uma prática científica.

> "(...) O saber de enfermagem na década de 50 procura delinear-se buscando uma fundamentação para as técnicas de enfermagem, e esta fundamentação é chamada cientifica e tem suas bases principalmente nas ciências naturais (...) e também nas ciências sociais" (Almeida, Yazlle Rocha, 1989: 61).

Os mesmos autores chamam a atenção para o fato de que a enfermagem na busca de tornar-se uma prática científica procurou fazê-lo aproximando ao que eles consideram como o *saber da medicina* e, conseqüentemente, da sua autoridade técnica. A parte a reconhecida autoridade técnica de que é revestida a prática médica, resta-nos aqui o questionamento da propriedade científica, por parte da medicina, das ciências naturais.

O próximo passo da enfermagem foi a busca em outras áreas do conhecimento de teorização da sua prática de cuidar, como forma de apreender o seu objeto, possibilitando a ampliação da dimensão intelectual do seu trabalho (Almeida, Yazlle Rocha, 1989).

Ao longo da história da organização da enfermagem, com a instituição da escola e, conseqüentemente, do ensino formal das suas práticas, se configura a dicotomia do ensino *versus* a prática de enfermagem e esse ensino estará cada vez mais distanciado da realidade do trabalho quanto mais complexa for a sua estrutura, já que, com o desenvolvimento das práticas de enfermagem, inclusive impulsionadas pelo próprio desenvolvimento da prática médica/clínica, houve a tendência da complexificação do ensino voltado para a formação dos gerentes da assistência de enfermagem – o enfermeiro –, o que não ocorreu com o ensino destinado à formação daqueles outros agentes destinados ao cuidado direto com o cliente/paciente – os agentes de nível médio do trabalho da enfermagem.

Assim, com a formação em enfermagem organizada em *graus de ensino,* a escola assumirá o papel de reprodutora do saber e da ideologia dominante na enfermagem, que divide as suas práticas entre trabalho intelectual do enfermeiro e trabalho manual dos seus agentes de nível médio (Germano, 1993).

Nesta perspectiva, fazendo uma discussão acerca da divisão do trabalho no contexto da realidade concreta e sobre o conteúdo da formação dos diversos agentes da enfermagem, Almeida e Yazlle Rocha (1989) consideram que

> "(...) o ensino é caracterizado como paradigma do saber, esquecendo-se que é no trabalho que se devem buscar os elementos do saber. É no desenrolar do cuidado de Enfermagem, em que se opera diretamente com o objeto, o doente, onde se dão as relações técnicas e sociais, que está a essência do saber. (...) O trabalho dito "mais simples" (...) é uma questão falsa, pois este mais simples é o cuidado do paciente, que é o objeto (**objetivo último**) do trabalho de Enfermagem. Então quem pratica a Enfermagem de fato são os atendentes (**acrescentaria hoje... os auxiliares e técnicos de Enfermagem**). Esta questão é contraditória, pois, se estes estão prestando o cuidado, seu trabalho na realidade não é um trabalho desqualificado" (Almeida, Yazlle Rocha , 1989: 81).

Almeida, Yazlle Rocha (1989: 81) consideram que "há uma barreira separando os que ensinam a prática e os que praticam a prática" e, citando Poulantzas (1978: 288)[4], concluem que "o papel da escola capitalista é 'qualificar' diferentemente o trabalho manual e o trabalho intelectual" e é bem mais: é também "desqualificar o trabalho manual (sujeitá-lo), qualificando apenas o trabalho intelectual".

A intelectualização do trabalho do enfermeiro, que teoricamente abarca todo o saber acerca do cuidado e da organização do seu espaço, não o tornou o único exercente das práticas de enfermagem. Assim, o movimento de conquista de espaço, principalmente, por parte do enfermeiro, esteve na busca de legitimar sua hegemonia, a partir do domínio do saber e da prerrogativa do controle do processo de trabalho na enfermagem.

Segundo Ribeiro (2001), o enfermeiro, mantendo o cuidado sob o seu controle, subordina seus executores, ao tempo em que legitima a organização do espaço da assistência como recorte de autonomia do seu trabalho. Afastado do cuidar, mantendo o saber de enfermagem sob o seu domínio, delega partes das ações aos agentes de nível médio que, de posse de um saber apenas operatório e suficiente para ações pontuais centradas na prescrição médica, e alienados do saber de enfermagem que os colocaria autônomos frente ao processo de trabalho de

[4] Poulantzas, N. As classes sociais no capitalismo de hoje. 2ª ed., Rio de Janeiro: Zahar, (1978) p. 288 apud Almeida, MCP, Yazlle Rocha, JS. O saber da enfermagem e sua dimensão prática. 2ª ed. São Paulo: Cortez, 1989. P. 81.

enfermagem como um todo, conduzem a assistência em todos os seus níveis nos serviços de saúde.

Ainda segundo Almeida, Yazlle Rocha (1989: 80) “Na divisão técnica do trabalho da Enfermagem, os agentes que executam este trabalho não são homogêneos quanto à formação escolar e passam a dominar parcelas do processo de trabalho da Enfermagem”**,** porém, deve-se acrescentar que, no cotidiano das práticas dos profissionais de enfermagem, não parece ser a modalidade formação escolar que determina o recorte de atribuições e de autonomias no ato de cuidar.

Finalizando, resta ainda, a consideração do trabalho em equipe de enfermagem como característica da sua organização interna.

Segundo Almeida, Yazlle Rocha (1989) é nos Estados Unidos, no Pós-Guerra, década de 1940, que nasce e vigora o discurso da enfermagem contra a modalidade da organização do trabalho por tarefas (modalidade funcional) passando a assumir a perspectiva do trabalho em equipe. Peduzzi e Ciampone (2005) consideram que a noção do trabalho em equipe na enfermagem surge na década de 1950, nos Estados Unidos, “através de experiências realizadas no *Teacher´s College* da Universidade de *Columbia*, sob a coordenação de Eleonor Lambertsen” (p. 108). Ainda segundo as mesmas autoras, no Brasil a idéia é introduzida em 1966 pela Associação Brasileira de Enfermagem - ABEn, por meio da tradução e publicação do livro “Equipe de Enfermagem Organização em Funcionamento”.

A idéia do trabalho em equipe para a enfermagem tinha como justificativa a otimização do cuidado ao paciente que deve ocupar lugar central nas ações de enfermagem, porém subjacente a esta justificativa está a racionalidade da divisão do trabalho e dos custos com a produção da assistência.

Segundo Peduzzi e Ciampone (2005),

> “da perspectiva da gerência e da organização do trabalho, o modelo do trabalho em equipe de enfermagem está pautado na Escola de Relações Humanas, liderada por Elton Mayo, nos Estados Unidos, a partir dos anos 30, e consolidado nos anos 40, como crítica à vertente anterior da Administração Científica de Taylor, Fayol e Ford” (Peduzzi e Ciampone, 2005: 109).

Entre os diversos autores que se dedicaram ao estudo da organização do trabalho da enfermagem (Almeida, Yazlle Rocha, 1989; Silva, 1989; Almeida, Melo Rocha, 1997; Pires, 1989, 2008; Peduzzi, 1998; Lima e Almeida, 1999) entre outros,

o que encontramos em comum está na posição de que o trabalho em equipe de enfermagem está configurado mais ao nível do discurso da categoria que como uma modalidade de trabalho real. No cotidiano dos serviços a prática da enfermagem permanece organizada por meio da distribuição de tarefas relacionadas ao cuidado com ações centradas na prescrição médica.

Assim, o trabalho direto com o cuidado está a cargo dos agentes de nível médio e o enfermeiro, distanciado do suposto objeto do trabalho da enfermagem no modelo clínico – o corpo doente e com necessidades, tem suas ações vinculadas à dimensão do trabalho administrativo de controle de recursos humanos e das condições logísticas e ambientais da assistência.

2.6 – A Enfermagem como profissão ou prática social institucionalizada

Historicamente, desde a reorganização do hospital como espaço de cura e de cuidado, onde passaram a atuar lado a lado os agentes do trabalho médico e da enfermagem, a decisão sobre o diagnóstico e a terapêutica constituiram o núcleo de competência e de autoridade técnica do médico. Em que pese o compartilhamento do mesmo objeto – o corpo humano doente – no modelo clínico o trabalho da enfermagem subordinou-se estruturalmente ao trabalho médico.

A enfermagem por sua vez desenvolveu-se em torno da organização do núcleo técnico do cuidado, como parte do processo de trabalho hospitalar onde, além do cumprimento da terapêutica médica, deve promover o cuidado ao doente nos aspectos biopsicossocial e espiritual, atendendo ou até mesmo antecipando-se às suas necessidades durante o curso da doença, além de responder pela organização e controle do ambiente da cura e do cuidado, onde vão atuar, além do médico, os demais profissionais que integram o processo de trabalho em saúde no modelo clínico.

A tentativa de compreender a enfermagem a partir do seu trabalho ou prática nos remete, necessariamente, à questão da sua caracterização ou conceituação como profissão, conforme é denominada genericamente.

É na sociologia das profissões que o conceito de profissão tem sua legitimidade enquanto área do conhecimento, constituindo-se como categoria central no campo da sociologia acadêmica (Barbosa, 1999; Perrusi, 2000).

De início, à guisa de caracterização ou de conceituação das profissões temos que “o princípio fundamental e distintivo dos agrupamentos profissionais é a autonomia ou o controle que esses grupos têm sobre o seu próprio trabalho (Barbosa, 1999: 2).

Conforme Barbosa (1999) adverte, a depender da institucionalidade de que são revestidas as “profissões” nas diferentes sociedades, a análise do conceito deve variar a depender dos aspectos jurídico-legais que normatizam este campo. Com a consideração da autora, aspecto compartilhado por Freidson (1998), no Brasil o controle profissional é parte integrante das corporações que, por delegação do Estado Brasileiro, são organizadas em forma de Conselhos de Classe, instituídos por leis específicas, constituindo-se em autarquias federais.

Na análise de Freidson (1998) este sugere que as instituições do profissionalismo podem ser estabelecidas de forma variada, o que vai depender do modo de organização e da política de cada Estado. Desta forma o quesito *controle profissional* é comum às diversas profissões no Brasil, a exceção faz para alguns grupos profissionais tais como o dos professores.

Ancorada na perspectiva da Sociologia das Profissões Machado (1991), que tem representado a referência acerca dos estudos no campo da saúde sobre as profissões e o profissionalismo no Brasil, contribui com o debate trazendo a discussão das diferenças que definem as profissões e as diferenciam das semi-profissões. Do ponto de vista da sociologia das profissões, “*una profesión está definida como tal, cuando existe um cuerpo específico de conocimiento para actuar em uma reralidad social y organizada*” (p. 28). Nesta condição a autora cita a medicina, a advocacia e a odontologia. Já a enfermagem “*dada la ausência de um cuerpo específico de conocimiento, así como por la inexistencia de um mercado de trabajo inviolable”* (Machado, 1991: 28), enquadra-se na caracterização das semi-profissões.

No que diz respeito ao mercado de trabalho inviolável temos a considerar que, no Brasil, apenas os profissionais formalmente preparados em escolas oficiais e com seus respectivos diplomas registrados no Conselho de Classe da categoria possuem as credenciais que permitem o acesso ao trabalho da enfermagem. Sendo que, a possibilidade da existência da prática ilegal em uma profissão não é uma condição de uma, mas de todas as profissões regulamentadas no Brasil, inclusive a medicina.

À medida que as profissões no Brasil estão organizadas por meio dos seus respectivos Conselhos de Classe e que a estes são delegadas, entre outras funções, a de fiscalização do exercício profissional e de controle do mercado de trabalho, temos a considerar que o quesito *controle profissional* é comum às profissões formalmente instituídas no território brasileiro, inclusive a enfermagem.

Quanto ao "corpo de conhecimento específico" a autora não faz referência ao o que identifica de fato tal especificidade. Se a sua produção ou sua forma de utilização, que nas profissões são reguladas por leis específicas.

Aqui retomamos a perspectiva assumida por Almeida, Yazlle Rocha (1989), quando consideram que a enfermagem desenvolveu sua prática ancorada no saber médico. Ao assumir tal perspectiva, os autores não consideram o fato de que na organização de uma prática profissional seus agentes vão valer-se dos saberes produzido pelas diversas ciências, à medida que são as necessidades sociais, que justificam tal organização, que demandarão a natureza do saber como tecnologia a ser empreendida no atendimento destas necessidades. Tal consideração não somente serve à enfermagem como a todas as demais práticas sociais que compõem o campo da saúde no que diz respeito à prestação de serviços.

Ainda no estudo realizado por Machado (1991: 29) encontramos que "*una profesión se define por um conjunto de dimensiones estructurales e actitudinales*" e citando Moore (1970) a autora apresenta seis destas dimensões: 1) a ocupação deve ser em tempo integral e o profissional deve servir-se dela para sua sobrevivência; 2) o grupo deve ser constituído de profissionais que aceitam as normas e modelos apropriados e se identificam com seus pares; 3) os profissionais devem estar organizados em torno de uma identificação comum de interesses, levando-se em conta a questão do controle do acesso e a seleção, assim como deve haver formalizado um código de ética que regule as ações e condutas dos pares; 4) o grupo deve possuir um corpo de conhecimento teórico formal, reproduzido por meio do ensino universitário moderno; 5) o grupo deve ter orientação para o serviço no sentido de atender aos interesses dos clientes e da sociedade – devem constituir-se em uma prática social; e 6) devem possuir autonomia e forte poder corporativo.

Fazendo referência ao "processo de profissionalização", Machado (1991) apresenta as cinco etapas defendidas por Wilensky (1970). Segundo este autor, para uma atividade ser considera uma profissão ela deve superar cinco etapas, quais sejam: 1) o trabalho deve ser exercido em tempo integral demandado pela

necessidade social da sua ação e/ou pela ampliação de um mercado de trabalho específico; 2) devem ser criadas escolas específicas para a formação com a estrutura de um corpo de conhecimento próprio; 3) que seja constituída uma associação profissional, com a definição do perfil profissional que concede identidade ao grupo; 4) a profissão deve ser regulamentada, onde deve ser definido o "território" profissional onde se assegura o monopólio do saber e da prática profissional; e 5) deve ser adotado um código de ética, com a definição de normas e regras de conduta profissional.

A partir das considerações de Moore (1970) e Wilensky (1970) a enfermagem no Brasil constitui uma profissão se considerarmos que o saber de enfermagem, assim como das demais "profissões" da saúde é organizado em torno do núcleo técnico do cuidado a partir das ciências naturais e sociais, não podendo ser desconsiderado seu potencial criador e re-criador da sua própria prática por meio da investigação científica.

A questão da propriedade ou não de um saber específico da enfermagem é tema polêmico e não encontra defesa entre os próprios teóricos da área. Do nosso ponto de vista a questão não está na propriedade ou não de um saber específico, já que as demais profissões, inclusive a medicina, lançam mão das mesmas fontes de conhecimento; o que pesa está mais na autoridade técnica da prática e no domínio do objeto.

Ainda na perspectiva da delimitação conceitual entre profissão e as demais "ocupações" Freidson (1995) considera que,

> (...) o profissionalismo é definido por meio das circunstâncias típico-ideais que fornecem aos trabalhadores munidos de conhecimento os recursos através dos quais eles podem controlar seu próprio trabalho, tornando-se aptos a criar e a aplicar aos assuntos humanos o discurso, a disciplina ou o campo particular sobre os quais têm jurisdição[5].

Neste sentido o autor esboça o que ele denomina de "quadro de referência completo de uma teoria" especificando os "tópicos e questões teóricas que uma análise sistemática das profissões deve enfrentar". Assim, ao que ele trata como "tipo ideal" consiste dos seguintes componentes:

[5] Versão revista de trabalho apresentado no 19º Encontro Anual da ANPOCS em Caxambu, MG, em 19 de outubro de 1995.

> (...) a) uma ocupação que empregue um corpo especializado de conhecimentos e qualificações, e que seja desempenhada para a subsistência em um mercado de trabalho formal, gozando de status oficial e público relativamente alto e considerada não só de caráter criterioso, como fundamentada em conceitos e teorias abstratos; b) jurisdição sobre um corpo especializado de conhecimentos e qualificações em uma divisão do trabalho específica, organizada e controlada pelas ocupações participantes; c) controle ocupacional da prática desse corpo de conhecimentos e qualificações no mercado de trabalho (seja uma universidade ou uma empresa), por meio de uma reserva que exija que apenas os membros adequadamente credenciados possam executar as tarefas sobre as quais têm jurisdição e também supervisionar e avaliar o seu desempenho. Estes últimos servem como 'classe administrativa' da profissão; d) a credencial utilizada para amparar sua reserva de mercado de trabalho é criada por programa de treinamento que se desenrola fora do mercado de trabalho, em escolas associadas a universidades. O currículo de ensino é estabelecido, controlado e transmitido por membros da profissão que agem como corpo docente em tempo integral, atuando pouco ou nada no mercado de trabalho cotidiano. O corpo docente serve como 'classe cognitiva' da profissão[6].

A partir do quadro de referência proposto, o autor ainda considera os graus em que a plena conformidade de cada elemento descrito vai variar na sua forma empiricamente possível, levando-se em consideração:

> (...) o tipo de Estado e o conteúdo das suas políticas; a composição e a organização da profissão; as ideologias esposadas e definidas por Estado, profissão, público, capital privado e outras partes interessadas; e o corpo particular de conhecimento e a qualificação de uma disciplina, sua autoridade científica, moral ou cultural e as instituições em que é praticada[7].

Aqui, assumimos as determinações históricas econômicas, culturais e sociais, como os fatores que definiram, em cada tempo e lugar, não só a estrutura interna do trabalho da Enfermagem, mas sua localização num espaço mais amplo do trabalho em saúde.

Almeida, Melo Rocha (1997: 18) assim a consideram como profissão, observando que, nesta condição, deve "(...) constituir-se dos critérios de universalidade, racionalidade, autoridade e competência no seu campo específico". Além de compreendermos a enfermagem como trabalho e, consequentemente, como prática social, a interpretamos como possuidora de um estatuto socialmente reconhecido e formalmente legalizado.

Ainda na perspectiva da sua institucionalidade enquanto prática socialmente reconhecida e vinculada ao campo da saúde, a enfermagem brasileira apóia-se e está subordinada a um conjunto de normas legais e infra-legais, aqui tratado como o

---

[6] *Ibidem.*
[7] Ibden

seu estatuto social. As normas legais da enfermagem brasileira são compostas pela Lei que Regulamenta o Exercício Profissional da Enfermagem – LEPE, a Lei N.º 7.498/86 e pelo Decreto N.º 94.406/87 que regulamenta os dispositivos constantes na LEPE. Caracterizado como conjunto de normas infra-legais, tem ainda o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem - CEPE, instituído por meio de Resolução do Conselho Federal de Enfermagem – COFEN e as demais Resoluções baixadas por este órgão que dão conformidade as práticas de enfermagem, sempre em sintonia com os dispositivos constantes na LEPE e sua regulamentação.

No sentido colocado por Freitas (2007),

> a norma legal tem um caráter coercitivo, ou seja, obriga o sujeito a cumpri-la, sob o risco de sofrer sanção ou pena, desde a punição pecuniária até a restrição de direitos ou mesmo a privação da liberdade ou constrição patrimonial. (...) Assim, entende-se que o Direito é a ordenação coercitiva da conduta humana e as normas legais valem objetivamente, ou seja, independem da opinião ou da boa vontade dos obrigados (p. 199 – 200).

Assim, para uma profissão regulamentada por normas legais o cumprimento dos dispositivos constantes nos respectivos códigos independe de vontades individuais ou institucionais, na medida em que o não cumprimento enseja penalidades que podem ser impostas pela própria corporação ou pelo Estado.

Assumindo a posição de que o cuidado é o que confere identidade ao trabalho da enfermagem no espaço do hospital e que neste espaço ele deve ocupar o lugar central no trabalho do enfermeiro, nesta pesquisa buscamos compreender as características que este trabalho assume e o que determina tais características. Desta forma prendemos perceber em que medida o trabalho do enfermeiro corresponde ao conteúdo das normas legais que regulamentam o exercício da enfermagem no Brasil.

No próximo capítulo buscamos na historiografia da enfermagem brasileira a sua conformação enquanto profissão institucionalizada na área da saúde, por meio da evolução dos aspectos jurídico-legais da sua prática.

CAPÍTULO 3 – O HISTÓRICO DA INSTITUCIONALIZAÇÃO DA ENFERMAGEM BRASILERIA

3.1 – Introdução

Propusemo-nos nesta investigação analisar a relação entre o conteúdo das Normas Legais[8] que regulamentam e orientam a prática profissional do enfermeiro e as características que este trabalho assume no cotidiano dos serviços, tomando como referência o modelo clínico, no espaço do hospital.

A pesquisa buscou nos estudos acerca do processo de trabalho em saúde/enfermagem suas principais referências teóricas, assumindo o materialismo histórico-dialético como matriz conceitual de análise.

Neste sentido, buscamos na historiografia da enfermagem brasileira a reflexão histórica acerca da sua organização como profissão institucionalizada e a constituição do conjunto de normas que define seu espaço de atuação e modo de intervenção, enquanto prática constituinte do trabalho em saúde.

De início pudemos perceber que os estudos que tratam da história e da constituição das normas legais que regulamentam o exercício da enfermagem brasileira, especialmente do trabalho do enfermeiro no modelo clínico, são escassos. Assim, para a construção do presente capítulo, além de alguns poucos artigos que constam nas bases de dados LILACS e SCIELO, rastreados por meio dos descritores “legislação em enfermagem” e “história da Enfermagem”, baseamo-nos nos estudos de Geovanini *et. al.* (1995); Santos *et. al.* (1997); Oguisso *et. al.* (2007); Oguisso, Schmidt (2007) que têm discutido os aspectos históricos e legais da enfermagem brasileira.

[8] Em sentido genérico, Norma Legal refere-se a “toda norma jurídica, ou toda regra, todo preceito emanado do poder competente e fixado em lei ou no regulamento". SILVA, P. Vocabulário Jurídico. 3ª Edição. - Rio de Janeiro: Forense, 1993, p 251.

3.2 A enfermagem brasileira – aspectos históricos da formação e do trabalho

No Brasil, assim como em todo o mundo ocidental, a enfermagem inicia-se em bases empíricas, evoluindo da pajelança (pré-colonização), passando pelo trabalho dividido entre religiosos (administradores e planejadores do espaço do cuidado), negros e o homem branco de classe social marginal (executores do trabalho), para, somente no início do século XX, com a chegada de enfermeiras norte-americanas, ser estruturada como prática social necessária ao controle sanitário dos espaços urbano e rural, sob a forte intervenção do Estado (Germano, 1993).

A organização da assistência à saúde inicia-se no Brasil com a instalação das Santas Casas de Misericórdia, que eram fundadas para o recolhimento dos pobres, órfãos e desvalidos. Como na Europa, antes da reorganização do hospital enquanto espaço de cura, aqui no Brasil, as casas de saúde eram organizadas como forma de controle social das classes subalternas.

> "Antes do século XVIII, o hospital era essencialmente uma instituição de assistência aos pobres. (...) O pobre como pobre tem necessidade de assistência e, como doente, portador de doença e de possível contágio, é perigoso. Por estas razões, o hospital deve estar presente tanto para recolhê-lo, quanto para proteger os outros do perigo que ele encarna. (...) Assegurava-se, portanto, a salvação da alma do pobre no momento da morte (...) Tinha função de transição entre a vida e a morte, de salvação espiritual mais do que material, aliada à função de separação dos indivíduos perigosos para a saúde da população" (Foucault, 1979: 101-2).

Além da população dos desvalidos, estas casas de saúde respondiam pelo atendimento aos soldados, já que, anterior ao século XVIII, o Brasil não dispunha de hospitais governamentais. Toda a assistência era organizada pela iniciativa privada ou pelas ações de caridade por meio das esmolas. À medida que as ordens religiosas iam se instalando no país estas casas eram-lhes entregues para a administração e o cuidado, que historicamente estiveram sob o seu domínio.

A enfermagem exercida nestes espaços tinha cunho essencialmente prático, não dispunha de tecnologias ou preparo prévio para o exercício do cuidado. Desta forma, quando se tratava dos serviços mantidos pelo Estado e/ou pelas ordens religiosas, não se exigia qualquer nível de escolaridade, sendo recrutados

voluntários leigos e escravos que trabalhavam sob a supervisão dos religiosos, que dividiam com estes o trabalho assistencial.

> "(...) Essa situação perdurou desde a colonização até o início do século XX, ou seja, uma enfermagem exercida em bases puramente empíricas; os livros consultados eram de medicina popular e enfermagem caseira publicados em Portugal. Um manual, **Guia do Enfermeiro**, muito consultado por aqueles que se dedicavam ao cuidado dos doentes, foi escrito em 1783 por Francisco Morato Roma, intitulado – Luz da Medicina ou Prática Racional Metódica, publicada também em Portugal" (Germano, 1993: 23).

No Brasil, a primeira escola destinada à preparação dos agentes do trabalho da enfermagem surge na cidade do Rio de Janeiro, no final do século XIX, como parte de um conjunto de medidas que visava à reorganização da atenção à saúde mental no país.

A doença mental neste período era vista como desordem moral e um obstáculo para a ordem social, causada pelos ociosos e loucos, necessitando assim da intervenção do Estado para o restabelecimento da ordem. Em 1841, para atender à flagrante necessidade de organizar a atenção médica psiquiátrica, foi criado o Hospício Pedro II, que passa a funcionar em um local onde as condições eram precárias, permanecendo vinculado à Santa Casa do Rio de Janeiro (Geovanini *et. al.* 2002).

Dentro de uma perspectiva de reformulação da atenção aos doentes mentais, o Brasil vê na França sua referência, pois, para a época, já havia desenvolvido seu próprio modelo de atenção na área. Assim, no ano seguinte da fundação do Hospício Pedro II, inicia-se a construção de um novo hospital, que deveria constituir-se no modelo brasileiro de atenção à saúde mental. Após a conclusão da construção, em 1890, o Hospício passa a se chamar Hospital Nacional dos Alienados e se desvincula da administração da Santa Casa do Rio de Janeiro.

Com a reforma e a desvinculação da Santa Casa, as religiosas foram afastadas da administração, sob a acusação de colaborar e acobertar os maus tratos sofridos pelos doentes por parte dos "guardas" e "enfermeiros". Devido a conflitos internos, pela limitação do poder para interferir na administração interna do hospício, as religiosas abandonaram o hospital, deixando descoberto o serviço de enfermagem, até então sob a responsabilidade das mesmas.

Deixam também o hospital outros trabalhadores de enfermagem do sexo feminino, pois havia também a alegação, por parte dos médicos, de que a assistência prestada por mulheres aos doentes mentais do sexo masculino provocava estímulo à excitação sexual. A saída das irmãs e do grupo das trabalhadoras de enfermagem gera a problemática da ausência de pessoal para o trabalho da assistência.

> "Para aclarar a idéia da vinda das enfermeiras de ordem secular francesa, considere-se que a França, desde tempos mais remotos, foi modelo das organizações hospitalares para toda a Europa e o resto do mundo, principalmente tratando-se de psiquiatria. (...) Podemos dizer que a Enfermagem, no Brasil, teve como pano de fundo do processo de institucionalização de seu ensino as funções de preservação, manutenção e conservação da força de trabalho, constituindo-se simultaneamente, também, em força de trabalho barata, mas imprescindível à implantação do projeto de controle social, que se estabelecia com a participação da psiquiatria" (Moreira, 2002: 85).

Na França, dentro da construção do modelo de atenção à saúde mental, havia sido desenvolvido um programa de formação de pessoal para o serviço de enfermagem, baseado no modelo religioso e caritativo que antecedia a institucionalização da enfermagem na Inglaterra.

Com a saída das religiosas da administração e assistência do novo hospital, são contratadas enfermeiras francesas para substituí-las, agora sob o comando médico. Tendo em vista a deficiência de infra-estrutura no funcionamento hospitalar e na assistência exercida pelo pessoal não qualificado, apesar das medidas tomadas, surgiu e frutificou a idéia da criação de uma escola para preparar o pessoal de enfermagem para o Hospital Nacional de Alienados e os hospitais civis e militares do Rio de Janeiro (Moreira, 2002).

Assim, em 27 de setembro de 1890, por meio de um Decreto do então Chefe do Governo Provisório da República, Marechal Deodoro da Fonseca, foi criada a Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras, ficando oficialmente instituído o ensino de enfermagem no país (Geovanini *et. al.* 2002).

A justificativa para a criação da Escola de Enfermagem, além das necessidades do preparo para a manutenção da assistência nos hospitais da época, tinha o caráter social na perspectiva da garantia da empregabilidade e mobilidade social da população feminina jovem das classes sociais subalternas e que tinham dificuldade de profissionalização (Germano, 1993).

A limitação da autoridade das irmãs, o que culminou com a saída das mesmas; a decisão da abertura de uma escola para o preparo de pessoal para as ações de cuidar e administrar parcela do trabalho; a manutenção da direção e do ensino desta escola sob as ordens médicas, mesmo com a presença das enfermeiras francesas que trouxeram o modelo de formação da escola de Salpêtrière, nos levam a concluir que todo o movimento que definiu o modelo da escola Alfredo Pinto teve o caráter ideológico de manutenção e legitimação da hegemonia médica no processo de trabalho na área da psiquiatria e de todo setor saúde. Destarte, o que se pretendia era a preparação de pessoal para o processo da assistência, mas controlado e formado para o exercício de parcela do ato de saúde e sob o controle médico (Pires, 1989).

> A Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras, pelo decreto que a criou, contava com um curso ministrado pelos médicos do hospital auxiliados pelos "internos e inspetores" nas visitas às enfermarias. (...) A direção, estrutura básica e o corpo docente da escola não foram especificados no decreto, o qual definiu o currículo do curso e os critérios para o ingresso dos alunos. O currículo constava de: 1º) noções práticas de propedêutica clínica; 2º) noções gerais de anatomia, fisiologia, higiene hospitalar, curativos, pequena cirurgia, cuidados especiais a certas categorias de enfermos e aplicações de balneoterápicas; 3º) administração interna e escrituração do serviço sanitário e econômico das enfermarias. (...) E, para ser admitido no curso, o pretendente deveria ter, no mínimo, 18 anos; saber ler e escrever corretamente, além de conhecer noções de aritmética elementar e apresentar atestado de bons costumes. (...) A duração do curso era de dois anos e ao final do curso o aluno recebia um diploma do diretor geral da Assembléia Médico-Legal de Alienados (Pires, 1989: 125).

Certamente que o processo de formação serviu-se dos ensinamentos das enfermeiras francesas, que trouxeram experiência já acumulada na formação de pessoal de enfermagem para a organização da assistência psiquiátrica, já que a França se destacava nesta área, porém, a escola esteve fortemente vinculada à prática médica, que ditava os limites da ação e da autonomia da enfermagem. Relatos indicam que, durante décadas, o processo de ensino ali desenvolvido esteve submetido a situações de precariedade, como toda a estrutura da instituição (Germano, 1993).

Não obstante a existência da Escola de formação de Enfermeiros e Enfermeiras do Hospício Nacional de Alienados, a historiografia da enfermagem brasileira só vai considerar a existência da primeira escola de enfermagem a partir

da criação, junto ao Departamento Nacional de Saúde Pública, da Escola Anna Nery. Esta surge no Brasil em 1923 e passa a constituir o marco inicial da enfermagem moderna no país.

A partir daí, a enfermagem é estruturada como profissão, organizada sob parâmetros próprios, produzindo e sistematizando os conhecimentos que subsidiam as suas atividades práticas e estabelecendo as normas que regulam o seu exercício profissional.

> A institucionalização dos trabalhos dos práticos e as iniciativas governamentais de institucionalização da profissão de parteiras e as primeiras escolas de formação de pessoal de enfermagem apesar de, sem dúvida nenhuma, representarem a institucionalização do trabalho de cuidado aos doentes e de administração do espaço hospitalar, ainda representam um passo no que veio, a partir de 1923, a ser conhecido como um ramo de saber e do trabalho de saúde, estruturado sob o signo de uma nova profissão no setor – a enfermagem profissional ou enfermagem moderna (Pires, 1989: 127).

O contexto em que se implanta a nova escola de enfermagem é o de estruturação da política de controle, por parte do Estado, das grandes endemias e epidemias, que colocavam o Brasil sob forte ameaça do seu pleno desenvolvimento através do comércio internacional.

O fim do sistema escravocrata e o início do trabalho assalariado, que dá início à estrutura da economia brasileira nos moldes capitalistas, colocaram inicialmente o país na dependência de mão-de-obra assalariada para o campo e a cidade. A classe operária brasileira se constituiu a partir da vinda de operários da Europa, que passa a compor o cenário da política brasileira através das suas próprias organizações e reivindicações por melhores condições vida e trabalho (Mendes, 1993).

Com um quadro sanitário caótico e a ausência de uma política sanitária que dessem conta de reverter a situação das endemias e epidemias que assolavam o país, o Brasil viu-se forçado, pelas pressões estrangeiras e pela pressão exercida pela emergente classe operária, à definição de estratégias de contenção dos seus problemas sanitários, sob a ameaça de embargos comerciais e a suspensão do fluxo migratório, principalmente da Itália, para a manutenção da sua mão-de-obra para o trabalho no campo e na cidade.

O Governo cria então, de forma centralizada, o Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), que viria a ser o Ministério da Educação e Saúde e, posteriormente, apenas o Ministério da Saúde. Nomeia então, como Diretor, o Dr.

Carlos Chagas, atribuindo-lhe a responsabilidade de estruturar um sistema de saúde, que garantisse a salubridade dos espaços urbanos e, conseqüentemente, da economia brasileira.

Além da criação do DNSP, outra medida do Estado, que vai determinar os rumos da saúde brasileira, foi a estatização, por meio da Lei Elói Chaves (1923), das Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAP's), inicialmente organizadas e controladas dentro das organizações operárias. Tal medida é apenas o embrião do que viria a se constituir o Sistema Previdenciário Brasileiro, que posteriormente, seria o principal determinante da política de assistência à saúde da população brasileira até o advento do Sistema Único de Saúde – SUS, com a Constituição de 1988.

Com a incumbência recebida do Governo de organizar a política de saúde, Dr. Carlos Chagas, em visita aos serviços de saúde dos Estados Unidos, em 1921, tem contato com o trabalho profissional desenvolvido pela enfermagem americana já nos moldes nigthingaleanos, entendendo serem estes profissionais da área da saúde os elementos necessários à estratégia governamental sanitarista. Solicita assim, auxílio americano para estruturar um serviço de enfermagem de saúde pública junto ao DNSP no Brasil, o que foi prontamente atendido, sendo todo o programa financiado pela *International Health Borad*. Por meio de uma fundação pertencente ao grupo econômico *Rockefeller*, é enviada ao Brasil a enfermeira norte-americana Ethel Parsons, para realizar uma avaliação da situação da enfermagem brasileira e propor a solução que viabilizasse o programa pretendido (Pires, 1989).

O plano para a organização da enfermagem foi traçado por Mrs. Parsons e pelo Dr. Carlos Chagas, no qual ficou estabelecido a necessidade da implantação de uma escola moderna, nos moldes americanos, para formar enfermeiras diplomadas e estabelecer medidas para preparar as visitadoras sanitárias. De imediato, estas foram contratadas para a vigilância domiciliar nos casos de tuberculose sendo, emergencialmente, treinadas pelos médicos do DNSP, o que foi considerado insuficiente, devendo o treinamento ser oferecido por enfermeiras.

Em 1922, ainda orientado pelos pareceres de Mrs. Parsons e do Dr. Carlos Chagas, é criado o serviço de enfermagem, na estrutura de um departamento e ligado diretamente ao Diretor Geral do DNSP, correspondente às inspetorias e hospitais existentes.

Estas medidas, somadas ao prestígio das enfermeiras americanas e à perspectiva do DNSP na utilização da experiência americana, a partir da utilização

dos profissionais de enfermagem para a execução das ações básicas de saúde, serviram de forma determinante para sucesso na implantação da nova escola, sem dúvida, diferente do que ocorria na Escola do Hospício Nacional de Alienados (Pires, 1989).

> "Os documentos de enfermagem registram que esta estrutura centralizada a nível nacional, diretamente subordinada à direção geral, surgiu pela primeira vez no Brasil, uma vez que em outros países este tipo de estrutura só era encontrada no nível dos estados. (...) Esta característica mostra o prestígio que a nova profissão tem no momento de sua emergência, pois todos os demais órgãos vigentes na estrutura da instituição, no mesmo nível que o serviço de Enfermeiras, eram órgãos centralizadores de programas e de instituições hospitalares e não existiam órgãos correspondentes que centralizassem as atividades das demais profissões do setor saúde, já organizadas no campo do ensino e da legislação profissional. (...) A Enfermagem Moderna surge no Brasil no bojo das necessidades de implantação e expansão do capitalismo às quais a prática de enfermagem de saúde pública serviria, além de que as características ideológicas da profissão de submissão e servilidade ao estado e aos médicos não representavam ameaça à ordem vigente" (Pires, 1989: 130).

É dentro deste contexto e gozando deste nível de prestígio que foi criado em 1922 o Serviço de Enfermagem do DNSP e em 1923 foi implantada Escola de Enfermeiras do DNSP. Para o ingresso nos cursos ofertados pela nova escola eram exigidos os seguintes requisitos:

> "(...) ser mulher; ser diplomada por uma Escola Normal ou ter estudos equivalentes; apresentar um atestado médico de saúde pública avalizando as condições de saúde física, mental e ausência de defeitos físicos da candidata, ter entre 20 e 35 anos; apresentar referências de boa conduta, sendo que seria levado em consideração a experiência da candidata em direção de casa, no serviço educativo e comercial" (Parsons, 1923: 7 - 8 *apud* Pires, 1989: 131)[9].

Os critérios definidos para o ingresso nos cursos de enfermagem são justificados pela necessidade de romper o estigma social, que, na opinião de Parsons, correspondia ao mesmo estigma que havia na Inglaterra anteriormente a ação de Florence Nigthingale. O curso brasileiro, assim como na Inglaterra no século XIX, tinha como clientela-alvo moças consideradas de boa formação familiar e pertencente às classes sociais privilegiadas. A elas eram pagos salários compatíveis

[9] Parsons, E, Chagas, C. A enfermagem moderna; apello às moças brasileiras. Rio de Janeiro, officinas Graphicas da Inspetoria de Demographia Sanitaria, Educação e Propaganda, (1923). p. 7 - 8. apud Pires, D. Hegemonia médica na saúde e a enfermagem. Brasil 1500 a 1930. – São Paulo: Cortez, 1989. p. 133.

com as demais profissões femininas da época e com o mesmo nível de capacitação técnica (Pires, 1989).

Ainda na opinião de Pires (1989), apesar da preocupação na constituição de um campo específico do saber em saúde, que tivesse uma identidade própria na área, a profissionalização da enfermagem não veio para romper a hegemonia médica já consolidada na época. Segundo a autora, seus princípios e critérios, antes de tudo, serviram mais para reafirmar a submissão feminina aos homens, aos médicos e ao Estado.

Outra incongruência percebida está na própria estrutura da formação organizada pelas enfermeiras norte-americanas. Nos Estados Unidos, este modelo de formação, a partir do Modelo Nightingaleano, serviu à manutenção da força de trabalho de enfermagem para o serviço privado e hospitalar americano, desde as últimas décadas do século XIX. No Brasil, é implantado o mesmo ensino, adaptando-se o que já se praticava na América do Norte, mas com fins de atender aos serviços de saúde pública, como medida do Estado Brasileiro na intervenção dos problemas relacionados aos aspectos preventivos da atenção à saúde (Germano, 1993).

A exceção de Cuba, que já o havia implantado, o modelo de formação em enfermagem sob a égide da saúde pública, o modelo americano é transposto para a América Latina, com uma estrutura curricular que destacava principalmente as disciplinas de cunho preventivo, porém, no processo de formação das futuras enfermeiras era exigida extensa carga horária de trabalho hospitalar. (Germano, 1993).

Assim, a Escola de Enfermeiras do DNSP se estabelece no Brasil, consolidando o processo sistematizado de formação em enfermagem e totalmente sob o controle da própria enfermagem, passando à qualidade de Escola Padrão para a sua formação.

> "A escola teve, desde o início, grande prestígio. Muitas candidatas procuraram a escola, de modo que no final do ano de 1926 tinham sido formadas 35 enfermeiras, 14 na primeira turma (1925) e 21 na segunda (1926), pois o curso tinha duas entradas durante o ano. As alunas após formadas foram absorvidas pelo serviço do Departamento Nacional, substituindo totalmente as visitadoras no final do ano de 1926. As alunas que se destacaram no curso receberam bolsa de estudos para cursos de aperfeiçoamento nos Estados Unidos. O mercado de trabalho era amplo e as solicitações de enfermeiras diplomadas eram muitas, vindas dos departamentos estaduais de saúde pública; dos hospitais governamentais e

> particulares para chefiarem os serviços de enfermagem ou organizarem escolas; além de solicitações de médicos e famílias para o cuidado de doentes particulares" (Pires, 1989: 133).

Em 1926 a Escola de Enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde Pública passa a se chamar Escola de Enfermeiras Dona Anna Nery, com seu curso passando a ter a duração de dois anos e oito meses (Geovanini, 2002).

Quando a historiografia da institucionalização da formação em enfermagem no Brasil remete à Escola Anna Nery a condição de *primeira escola de enfermagem brasileira*, justificado pelo fato de a escola do hospital de alienados ser dirigida por médicos e não por enfermeiros até quase a metade do século XX, não se constitui motivo suficiente para negar que foi nesta última que se iniciou a formação da enfermagem no país. O que pesa é a perspectiva em que estes profissionais eram formados. Além de negar historicamente aspectos importantes da enfermagem brasileira, perde de vista a inquestionável influência francesa na constituição do campo da enfermagem no Brasil (Geovanni, 2002).

Diferente da Escola Anna Nery, a Escola Alfredo Pinto, na sua origem, apenas vislumbrava a capacitação de pessoal para o suprimento das necessidades de recursos humanos capazes de assumir o trabalho manual de assistência nos hospitais públicos, civis e militares da época. Não houve por parte da direção do hospital ou do próprio Governo preocupação em estabelecer as bases da formação de uma profissão que colocasse um divisor entre o que se praticava em termos dos cuidados aos doentes desde a colonização, numa perspectiva de desenvolvimento da assistência de enfermagem pela via de um saber formalmente constituído por meio da formação profissional e erigido em bases científicas disponíveis para à época. Entre as distinções que se pode observar entre duas das principais escolas a época da emergência da institucionalização do ensino de enfermagem no país, está a diferenciação dos perfis dos profissionais formados (Germano, 1993; Geovanni, 2002; Moreira, 2002).

Os egressos da Escola Alfredo Pinto eram absorvidos pelos serviços do próprio hospício e dos demais hospitais civis e militares; não há referência ao trabalho executado por eles, ficando entendido que aí exerciam suas funções sob o controle médico. Já com relação à Escola de Enfermagem do DNSP, percebe-se que seus egressos eram solicitados para a organização e gerência de serviços e escolas de enfermagem, estabelecendo exatamente aí a diferenciação entre o trabalho manual

e o trabalho intelectual da enfermagem, apontando para a consolidação da divisão social e técnica do trabalho da categoria no Brasil (Geovanini, 2002).

É comum entre os poucos estudos que tratam da história da enfermagem brasileira a menção ao modelo da Enfermagem Moderna, baseado nos princípios nightingaleanos e implantado pela Escola de Enfermagem do DNSP, como estruturante da enfermagem brasileira à época da sua instituição, porém, Oguisso (2007) faz referência à influência francesa no desenvolvimento do ensino de das práticas de enfermagem no Brasil, conforme desenvolvido pela Escola Alfredo Pinto. Assim, a autora cita as publicações de origem francesa que serviam aos alunos dos cursos de enfermagem cujas aulas eram ministradas por médicos. Destaca ainda que em vários países como Estados Unidos, Inglaterra, França e Portugal, inclusive o Brasil, os autores das primeiras publicações para o ensino de enfermagem também foram os médicos.

Além da influência da literatura francesa, Oguisso (2007) cita ainda a vinda de religiosas da França para assumir as funções de cuidado nas Santas Casas de Misericórdia em 1852, como forte traço da influência francesa na enfermagem brasileira. A formação dessas enfermeiras tinha como fundamento a priorização do cuidado aos pacientes, núcleo central da prática da enfermagem, em detrimento das ações de administração e organização do ambiente do cuidado, conforme o modelo nightingaleano.

Em que pese a consideração de que a Escola de Enfermagem do Departamento Nacional de Saúde - DNSP foi a primeira escola de enfermagem no Brasil, Moreira (2003) também destaca o pioneirismo da Escola Alfredo Pinto e a relevância dos aspectos mais voltados para as ações de cuidar na formação dos agentes do trabalho da enfermagem à época.

Ainda relativo à influência da enfermagem francesa no Brasil, Oguisso (2007) lembra que a primeira enfermeira brasileira a assumir a direção da Escola Anna Nery (DNSP) por indicação das enfermeiras norte-americanas, permanecendo no cargo por dois anos, foi Rachel Haddock, cuja formação em enfermagem foi na França. Entre outros feitos, Rachel Haddock foi a responsável pela criação do primeiro periódico de enfermagem em língua portuguesa, a Revista Brasileira de Enfermagem, em 1932.

Neste mesmo sentido há que se considerar, inclusive, que parte do preparo de Florence Nightingale ocorreu na França, no Hôtel-Dieu de Paris, o que certamente,

mesmo que indiretamente, influenciou o conjunto de proposições que passaram a constituir o Modelo Nightingaleano ou da Enfermagem Moderna.

A partir da implantação da Escola de Enfermagem do DNSP consolidam-se duas práticas distintas de enfermagem nos serviços de saúde: de um lado, uma prática voltada para o cuidado e sob a orientação médica nos hospitais ou sanatórios, mantidos pela caridade religiosa e pelo próprio Estado e, de outro, a enfermagem profissional, desenvolvida pelo ensino implantado pela Escola Anna Nery - DNSP. Este modelo irá reproduzir o saber de enfermagem como forma de atender as determinações do Estado no controle sanitário em decorrência das epidemias que ameaçavam o espaço de circulação de mercadorias exportáveis, que garantiam o equilíbrio da balança comercial do país, já que esta era a política do Governo a época.

Já nos hospitais, o tradicional agente do trabalho da enfermagem, que teve seu saber formatado a partir de bases empíricas e, quando muito, a partir do ensino por profissionais médicos, para atender às demandas por profissionais que se dedicassem às tarefas manuais da assistência, permanecem alheios aos ensinamentos fundamentados no modelo proposto por Florence. Neste caso, interessava apenas o repasse de informações consideradas necessárias à boa execução das ordens médicas, imprimindo aí um caráter ideológico no ensino da enfermagem, não permitindo que este avançasse os limites da subordinação ao médico e ao seu trabalho (Ribeiro, 2001).

Em que pese o prestígio alcançado pela Escola de Enfermagem do DNSP, fica evidente o caráter de subordinação do ensino de enfermagem ao ensino médico e, consequentemente a prática da enfermagem à prática médica no conteúdo da lei N.º 452/37 (Brasil, 1937), que pretendia organizar a Universidade do Brasil. Nesta Lei coloca como parte da Universidade do Brasil, como instituições complementares, as escolas profissionais ditas de “ensino comum”, consideradas “estritamente necessárias como elemento auxiliar” ao ensino superior. Neste caso a enfermagem é vista nesta condição em relação a formação superior do médico. Assim, a Escola de Enfermagem Anna Nery é incorporada à Universidade do Brasil (Geovanini, 2002).

Quando da formação das Enfermeiras Diplomadas, as poucas que passavam a assumir o trabalho na área hospitalar o faziam circunscritas ao gerenciamento do espaço da assistência e ao controle do trabalho do pessoal de enfermagem, que

sempre lhes estiveram subordinados. Todo o aspecto do cuidado direto ao doente permanece com os “enfermeiros práticos”, não deixando de lembrar que entre estes se encontrava o atendente de enfermagem, que, com apenas treinamentos no próprio local de trabalho, representava o maior quantitativo da enfermagem. É esta a enfermagem que sobrevive no espaço da clínica em terras brasileiras até meados dos anos de 1950 (Pires, 1989; Almeida, Yazlle Rocha, 1989).

Com a mudança do pólo da economia da agroexportação para uma economia industrializada, mudanças significativas vão ocorrer na lógica das políticas de saúde empreendidas pelo Estado. Segundo Mendes (1993: 20), “o processo de industrialização, que pôs fim ao modelo econômico agroexportador, induziu ao aparecimento da assistência médica da Previdência Social”. A partir daí a política do Estado passa a ter um novo foco: o que importa agora é a manutenção da saúde individual do trabalhador no sentido de manter e/ou restaurar sua capacidade produtiva em detrimento das ações anteriores de controle do espaço urbano e rural e de alcance coletivo como forma de manter saneados os espaços de circulação dos produtos agro-exportáveis.

É nesta perspectiva que o Brasil vê o crescente processo de consolidação, nos anos 1950, da Previdência Social, que passa a financiar um novo modelo de atenção à saúde, caracterizado como médico-privatista e hospitalocêntrico. A atenção médica individual e curativa assume o hospital como seu espaço privilegiado, ganhando terreno, em detrimento das ações sanitárias de controle do meio ambiente que permanece no âmbito do que viria a se constituir o Ministério da Saúde (Mendes, 1993).

Com a continuidade da concentração da Previdência Social os Institutos de Aposentadoria e Pensões - IAP´s[10] são definitivamente substituídos pela criação do Instituto Nacional de Previdência Social - INPS em 1966. Desde então, inverte-se a lógica da atenção à saúde. Do sanitarismo campanhista, passa-se ao modelo médico-hospitalar privatista, canalizando os recursos, inclusive os humanos, para o

[10] O IAP´s – Institutos de Aposentadorias e Pensões, sendo primeiro criado em 1933, foram as estruturas intermediárias entre as CAP´s – Caixas de Aposentadorias e Pensões, instituídas em 1923 pela Lei Eloi Chaves e caracterizaram como os embriões da Previdência Social brasileira. Estas foram organizadas de forma bi-partite com a participação de empregados e empresários na administração e controle. Já os IAP´s, num processo de crescente intervenção do Estado, foram organizados de forma tripartite com forte presença do Estado, até serem substituídos pelo INPS – Instituto Nacional de Previdência social em 1966, que passou ao controle exclusivo do Estado.

serviço hospitalar, com interesse no controle da força de trabalho da indústria brasileira, como ocorreu na Inglaterra no século XIX.

Tais mudanças no cenário da política de saúde brasileira, que promoveu o acelerado desenvolvimento do complexo médico-hospitalar (Mendes, 1993) faz com que, definitivamente, a enfermagem moderna chegue ao hospital, transformando a lógica da divisão do trabalho no seu novo espaço de atuação no Brasil. É o momento de mudar uma história de quatro séculos, já que, desde o início da colonização, no século XIV, com a criação das primeiras casas de saúde, a enfermagem pouco tinha modificado o perfil dos agentes do seu trabalho no espaço do hospital.

Com a chegada da "enfermeira padrão", agora também no hospital, se consolida a divisão social e técnica do trabalho da enfermagem, que vai determinar a evolução da categoria de enfermagem no Brasil, reproduzindo o mesmo padrão da divisão do trabalho da sociedade capitalista.

Temos assim o cuidado, ação através da qual a enfermagem aborda o seu principal objeto de trabalho – o corpo humano (individual ou social) –, e a necessidade da organização do espaço da assistência, que deve ser planejado, possibilitando a atuação da equipe de enfermagem e de todos os demais profissionais que ali atuam, na perspectiva da assistência direta ao cliente.

Daí, teremos a equipe de enfermagem dividida entre os agentes que cuidam, executando tarefas manuais, e os que administram o espaço da assistência, planejam o cuidado específico de enfermagem e supervisionam o trabalho dos seus pares, delegando-lhes suas atividades.

Com a crescente privatização dos serviços de saúde no Brasil, tem-se, à guisa de caracterização do processo a que o trabalho da enfermagem é submetido, a análise de Braverman (1978), citando Marshall (1932: 149)[11], em consideração ao Princípio de Babbage, de que

> "[...] o modo capitalista de produção destrói sistematicamente todas as perícias à sua volta, e dá nascimento a qualificações e ocupações que correspondem às suas necessidades. As capacidades técnicas são daí por diante distribuídas com base estritamente na "qualificação". A distribuição

[11] Marshall, A. industry and trade (1919: edição reimpressa, Londres, 1932). p. 149. Apud Braverman, H. Trabalho e capital monopolista: a degradação do trabalho no século XX. Trad. Nathanael C. Caixeiro. 3ª ed. Rio de Janeiro: LTC - Editora, 1987. p. 79.

> generalizada do conhecimento do processo produtivo entre os participantes torna-se, desse ponto em diante, não meramente 'desnecessária', mas uma barreira concreta ao funcionamento do modo capitalista de produção." (Braverman, 1987: 79)

A história da utilização de mão-de-obra não qualificada na enfermagem, em detrimento do que se estabeleceu no seu código profissional, atinge seu auge, coincidindo com a fase de expansão da medicina privada, chegando às décadas de 1970 - 1980 a conformar o que se denominou de *bipolarização da força de trabalho em saúde*, quadro em que os trabalhadores que detinham maior expressão quantitativa desta força de trabalho eram representados pelos médicos e atendentes de enfermagem (Machado *et. al.* 1992).

Tal condição da força de trabalho em saúde no Brasil, explica-se também pela consideração de Braverman (1978) de que

> "toda a fase do processo de trabalho é divorciada, tão longe quanto possível, do conhecimento e preparo especial, e reduzida a simples trabalho. Nesse ínterim, as relativamente poucas pessoas para quem se reservam instrução e conhecimento são isentas tanto quanto possível da obrigação de simples trabalho. Deste modo é dada uma estrutura a todo o processo de trabalho que em seus extremos polariza aqueles cujo tempo é infinitamente valioso e aqueles cujo tempo quase nada vale" (Braverman, 1978: 80).

Como nos demais ramos de atividade produtiva, a enfermagem brasileira não se viu livre de se tornar uma "mercadoria", enquanto força de trabalho. A partir desta lógica, tem suas ações planejadas agora, antes de tudo, para satisfazer os anseios dos seus compradores, na perspectiva da ampliação do capital. Fracionando os elementos constitutivos do trabalho da enfermagem de forma cada vez mais simples (ocupacionais de enfermagem), garantindo um eficiente controle gerencial (enfermeiro padrão), tem-se a garantia do barateamento dos custos na operacionalização da empresa-hospital, garantindo uma maior acumulação de capital para os seus provedores.

3.3 – Constituição histórica da legislação que regulamenta o exercício da enfermagem no Brasil

No Brasil, até meados da década de 1950 o conjunto de normas legais que tratou do exercício da enfermagem no país confundia-se com as regulamentações que trataram do seu processo de formação. Desta forma, não é possível discutir os aspectos legais do exercício profissional sem trazer os da formação dos agentes do trabalho da enfermagem, até o advento da primeira legislação que veio definir especificamente das identidades e competências dos agentes do seu trabalho.

Assim, aqui vamos buscar a reconstrução histórica da trajetória do desenvolvimento da enfermagem brasileira, passando pela organização da sua formação, porém, privilegiaremos os aspectos da regulamentação do seu exercício profissional, exceto nos momentos em que cada um dos seus agentes teve seu processo de formação legitimado.

Historicamente, fazendo exceção à legislação que tratou da formação e do exercício da parteira, em 1832 e 1851, respectivamente, a primeira legislação no Brasil a tratar especificamente da enfermagem data do ano de 1890, com o Decreto N. º 791 que criou a primeira escola profissional de enfermeiros. O curso foi organizado com dois anos de duração e suas aulas eram ministradas por médicos.

No ano de 1921 foi aprovado o regulamento do serviço de saúde do exército, por meio do Decreto N.º 15.230, em que foi inclusa a figura do enfermeiro na condição de pessoal subalterno, juntamente com os padioleiros militares e outros auxiliares (Oguisso, 2007).

No ano de 1922 o Governo aprova o Regulamento do Hospital Geral de Assistência, do DNSP, por meio do decreto n.º 15.799/22. Neste documento, além da organização e funcionamento da nova Escola de Enfermagem, aparecem aspectos relativos às competências e à divisão do trabalho entre as enfermeiras diplomadas, alunas do curso de enfermagem e as enfermeiras práticas, como eram denominadas aquelas não formadas pela então Escola de Enfermeiras do DNSP. Assim, este regulamento cita o Serviço de Enfermagem do hospital, organizado sob a forma de superintendência, cargo que era acumulado com a superintendência da Escola e exercido por uma das enfermeiras norte-americanas que vieram ao Brasil, incumbidas da organização do serviço e do ensino de enfermagem no país (Pires, 1989).

Segundo o art. 54 deste regulamento é atribuição da enfermeira superintendente “(...) A organização e a distribuição dos serviços de cuidados aos doentes, da cozinha dietética e da rouparia, cabendo-lhe a responsabilidade pelo

bom andamento destes serviços". No parágrafo único do mesmo artigo consta ainda: "(...) Os cuidados aos doentes serão orientados pelos médicos-chefes cujas prescrições deverão ser rigorosamente cumpridas" (Brasil, 1922), ficando evidenciado o caráter gerencial do trabalho da enfermeira, devendo esta organizar o espaço do hospital, mas sem autonomia sobre o objeto deste – o corpo doente. Outro aspecto que podemos evidenciar está na condição de subalternidade da enfermeira em relação ao médico.

O trabalho da enfermeira superintendente é diretamente auxiliado pelas enfermeiras-chefes sendo estas distribuídas: uma para o serviço noturno, duas para os serviços de enfermaria e uma para o centro cirúrgico, locais onde seriam realizados os estágios para a formação das enfermeiras pela Escola do DNSP, que, na qualidade de alunas, serviriam como mão-de-obra para o serviço do hospital (Pires, 1989).

O Decreto também menciona que nas enfermarias onde não tivessem atividades pedagógicas e não se encontrassem alunas do curso, o serviço seria executado por enfermeiras práticas, que deveriam ser substituídas à medida que se disponibilizasse de enfermeiras diplomadas. Suas atribuições seriam determinadas por meio de ordens de serviços expedidas pelo diretor do hospital, de acordo com a superintendente de enfermagem. Notamos aqui que, de início, o título de enfermeira diplomada seria o requisito para o exercício de todas as atividades a cargo do serviço de enfermagem, o que incluía o cuidado ao doente, sob as ordens médicas, e a administração de serviços. A distinção entre as enfermeiras diplomadas estava relacionada ao cargo ocupado e não à formação.

O trabalho da enfermagem é visto assim como complementar ao trabalho e ao serviço médico. Sem autonomia no que se refere ao objeto – o corpo humano doente –, a enfermeira deve executar a terapêutica médica e organizar o espaço da clínica, área de domínio exclusivo do médico.

No ano seguinte, em 1923, o Governo institui o regulamento do DNSP, com o Decreto n.º 16.300/23. Assim, além de regular o exercício da medicina, estabelece que a fiscalização do exercício das profissões da área da saúde ficaria a cargo do órgão central de controle das condições sanitárias do país, por meio de uma inspetoria destinada à fiscalização da medicina (Brasil, 1923).

O referido regulamento cita os profissionais médicos, dentistas, farmacêuticos, parteiras, massagistas, enfermeiros e optometristas. Neste decreto o Estado

Brasileiro institui o controle das ações de saúde, resguardando a autonomia médica e seu monopólio no setor saúde, além de tratar dos aspectos do registro dos diplomas para os profissionais da saúde e estabelecer penalidades às infrações, mencionando o Código Penal.

No que se refere à enfermagem, o mesmo Decreto institui *o serviço de enfermeiras*, destinado aos trabalhos técnicos do DNSP, subordinando-o diretamente à sua diretoria geral, sob o comando de uma superintendência, ocupada por uma enfermeira. Estabelece as normas de funcionamento do seu serviço de enfermagem e a contratação de visitadoras sanitárias, que, após treinamento emergencial, atuaria até que a escola de enfermeiras desse conta de formar profissionais para ocupar os seus lugares.

Mais uma vez fica evidenciado que, assim como no serviço hospitalar, as ações de enfermagem em saúde pública seriam executadas pelas enfermeiras diplomadas, não mencionando ou reconhecendo outro nível de formação.

O mesmo decreto define a criação de uma escola de formação de enfermeiras profissionais, a escola Dona Anna Nery, estabelecendo os critérios de ingresso, duração do curso, o corpo docente, programa curricular e regime de funcionamento.

Conforme colocado anteriormente, a partir da formação das enfermeiras diplomadas pela escola do DNSP, a enfermagem brasileira ganha contornos profissionais, sendo gradativamente legitimada como prática profissional e institucionalizada no país.

Através do Decreto n.º 20.109/31, fica definitivamente institucionalizado o trabalho da enfermagem como profissão, e sua formação passa a ser regulada pela Escola de Enfermeiras Dona Anna Nery, considerada como “escola padrão de enfermagem”, sendo que, desde então, todas as escolas, para serem reconhecidas na formação de “enfermeiras diplomadas”, deveriam seguir os seus padrões de funcionamento, que incluía a direção e o ensino por enfermeiras diplomadas (Brasil, 1931).

Já na ementa do Decreto n.º 20.109/31, havia a declaração de que este objetivava regular “o exercício da enfermagem no Brasil e fixar as condições para a equiparação das escolas de enfermagem”. Porém, apenas o seu primeiro artigo trazia o aspecto do exercício da profissão ao fixar que apenas aos egressos da “escola padrão”, ou daquelas equiparadas a esta, com seus respectivos diplomas registrados pelo DNSP, era concedido o direito de utilizar o título de enfermeiro

diplomado e/ou as iniciais correspondentes. Os demais dispositivos se referiam ao processo de formação em enfermagem (Brasil, 1931).

Por outro lado, nesse período a formação para o serviço de enfermagem continuava sendo desenvolvida por outras escolas, sobretudo pela Escola Alfredo Pinto. É neste sentido que podemos inferir que apenas as enfermeiras diplomadas pela Escola Dona Anna Nery gozavam das prerrogativas legais até esse momento constituídas. Neste mesmo o Decreto n.º 20.109/31, nas suas considerações preliminares, explicita:

> - "Considerando que a enfermagem é uma das mais nobres profissões às quais possa aspirar a atividade humana;
> - Considerando que os seus benefícios resultam não só dos cuidados ministrados aos doentes em domicílio ou nos hospitais, mas também da ação preventiva conjuntamente exercida pela enfermeira de saúde pública;
> - Considerando que, para o exercício dessa profissão, se vai exigindo nos povos mais adiantados um preparo técnico cada vez mais desenvolvido, outorgando-se mesmo às escolas que administram esse preparo as regalias de escolas superiores;
> - Considerando que, devido a conveniências da organização sanitária, não convém transferir agora para a universidade do rio de janeiro a Escola de Enfermeiras Anna Nery, anexa ao Departamento Nacional de Saúde Pública, apesar da mesma satisfazer aos bons padrões técnicos encontrados em universidades de outros países;
> - Considerando que, relativamente ao exercício da enfermagem, o atual regulamento do Departamento Nacional de Saúde Pública impõe, no seu artigo 232 e parágrafo único, condições de oficialização ou equiparação às escolas que desejarem ter os seus diplomas reconhecidos;
> - Considerando que urge, fixar o padrão oficial do ensino de enfermagem, a fim de facilitar as escolas que fundarem as possibilidades de equiparação" (Brasil, 1931).

As enfermeiras egressas dos cursos realizados por aquelas escolas que buscaram sua equiparação ou organização à Escola Dona Anna Nery passaram a assumir o papel de gerentes dos serviços de enfermagem e reprodutoras do seu saber, por meio do ensino formal.

Dispersas pelos estados brasileiros as enfermeiras diplomadas assumiram a organização e o gerenciamento dos serviços de enfermagem ligados à saúde pública e mantidos pelo Poder Público e aqueles existentes nos hospitais públicos e privados, estabelecendo-se a distinção entre o trabalho manual (exercido basicamente pelos atendentes de enfermagem) e o trabalho intelectual de enfermagem (enfermeiras diplomadas).

Os enfermeiros diplomados, agora inseridos nos serviços de saúde públicos e privados, passam a atender às necessidades "(...) dos donos dos hospitais de gastar menos com a remuneração do trabalho e para isso empregam pessoal de enfermagem do tipo auxiliar, gerenciado pelo trabalho de um enfermeiro" (pires, 1989: 138).

Em 1932, outra regulamentação de caráter fiscalizatório é instituída na perspectiva da manutenção da autonomia médica na área da saúde. Trata-se do decreto de n.º 20.931/32, que passa a regular e fiscalizar o exercício da medicina, da odontologia, da medicina veterinária, e das profissões de farmacêutico, parteira e enfermeira, estabelecendo penas para os casos de transgressão da norma (Brasil, 1932).

Ao médico cabe toda a autonomia no campo da saúde, devendo obedecer às normas constantes no regulamento de fiscalização da atividade médica. No que se refere às práticas de enfermagem, estas são citadas juntamente com as práticas das parteiras e são definidas como atividades complementares ao trabalho médico, principalmente no campo da obstetrícia. Fica proibida ao profissional enfermeiro, citado juntamente com os massagistas e optometristas, a instalação de consultórios ou atendimento independente do profissional médico (Brasil, 1932).

Dentro do espaço de autonomia da enfermeira, são organizados cursos destinados à preparação de pessoal nos serviços, com duração que variava de três a seis meses, ou em escolas especiais anexas às escolas de formação de enfermeiras, com duração de 18 meses, destinadas à capacitação de pessoal para o exercício de tarefas relacionadas ao cuidado, de cunho manual, agora sob a supervisão da enfermeira diplomada (Pires, 1989).

Em 1936, na cidade Belo Horizonte – MG e por iniciativa de Da. Lais Netto dos Reis, é estruturado um curso de formação de pessoal de nível médio, auxiliar de enfermagem, que tinha a duração de um ano, agregado à Escola Carlos Chagas, que passa a ter caráter permanente. Logo em seguida, anexo à Escola Padrão Anna Nery, na cidade do Rio de Janeiro, é criado o curso de formação de auxiliares de enfermagem, que passa a funcionar com duração de 18 meses (Pires, 1989; Germano, 1993; Giovanini, 2002).

Assim, a enfermeira diplomada vai-se apropriando do saber de enfermagem, reproduzindo apenas parcelas deste saber, já que passa a ficar sob seu domínio

todo o trabalho de enfermagem, delegando ao pessoal de menor preparo apenas atividades limitadas dentro do contexto geral da assistência de enfermagem.

Outro grande momento, na definição dos rumos da enfermagem brasileira, acorre em 1937, através da incorporação da Escola Anna Nery pela Universidade do Brasil, na condição de instituição complementar, por meio da Lei n.º 452/37, de 5 de julho daquele ano. No seu artigo primeiro, a referida lei define que "(...) Farão parte da Universidade do Brasil, como instituições complementares, as escolas profissionais ou de ensino comum, que se tornarem estritamente necessárias como elementos auxiliares do ensino superior nela ministrado" (Brasil, 1937). Assim, fica evidenciado o caráter complementar da enfermagem em relação à medicina, curso então existente na Universidade do Brasil e que justificava a anexação da Escola Anna Nery.

Somente em 1946, através do Decreto n.º 21.321, de 18 de junho daquele ano a Escola Anna Nery deixa a condição de instituição de ensino complementar, passando definitivamente a pertencer à Universidade do Brasil (Brasil, 1946).

O próximo passo determinante para a constituição da atual estrutura fragmentada, tanto do ensino como do trabalho da enfermagem no Brasil, veio por meio da Lei n.º 775/49, quando fica, definitivamente, institucionalizada a formação em diferentes níveis para o trabalho da enfermagem, consolidando a divisão técnica do trabalho da categoria (Brasil, 1949).

A nova lei institui o ensino de enfermagem em dois níveis, atendendo à perspectiva da divisão técnica do trabalho: o enfermeiro e o auxiliar de enfermagem, o que pode ser visto no quadro de resumo a seguir:

Quadro 1 – Condições de funcionamento dos cursos de enfermagem e auxiliar de enfermagem, segundo a Lei N.º 775/49.

Curso de enfermagem	Curso de auxiliar de enfermagem
• Duração de 36 meses.	• Duração de 18 meses.
• Requisitos gerais: ▪ Comprovação de idade mínima de 16 e máxima de 38 anos; ▪ Atestado de sanidade física e mental e de vacinação; ▪ Atestado de idoneidade moral.	• Requisitos gerais: ▪ Comprovação de idade mínima de 16 e máxima de 38 anos; ▪ Atestado de sanidade física e mental e de vacinação; ▪ Atestado de idoneidade moral.
• Requisitos específicos: ▪ Certificado de conclusão do curso secundário;	• Requisitos específicos: ▪ Certificado de conclusão do curso primário, oficial reconhecido; ou ▪ Certificado de aprovação no exame de admissão ao primeiro ano ginasial, em curso oficial ou reconhecido; ou ▪ Certificado de aprovação no exame de admissão.(para o exame de admissão, prestado à própria escola, o candidato deveria apresentar noções de português, aritmética, geografia e história do Brasil).
• Necessidade de processo seletivo conforme a disponibilidade de vagas.	• Necessidade de processo seletivo conforme a disponibilidade de vagas.
• No ato da conclusão o aluno recebe o diploma.	• No ato da conclusão o aluno recebe o certificado.

Fonte: BRASIL, Lei n.º 775/49

No que se refere aos requisitos para o ingresso no curso de enfermagem, a Lei n.º 775/49 dispunha que, por um período de sete anos, as escolas poderiam admitir o aluno portador apenas do certificado de conclusão do curso ginasial ou equivalente; expirado este prazo, uma nova disposição, através da Lei n.º 2.995/56, o prorroga para mais cinco anos e somente em 1961 é que fica definitivamente exigido a conclusão do ensino secundário para o ingresso nos cursos para a formação do enfermeiro (Brasil, 1949 e 1956).

Com a publicação da Lei n.º 2.995/56 as escolas de enfermagem passaram a ser definitivamente subordinadas e reguladas pelo Mistério da Educação e Saúde, que teve sua origem no DNSP, tendo suas atividades fiscalizadas por seus órgãos competentes (Brasil, 1956).

As demais escolas que não efetivaram a equiparação à Escola Anna Nery com a determinação legal ocorrida em 1931, passaram a ter seu funcionamento igualmente regulado por esta legislação, adequando sua estrutura de ensino.

A Escola de Enfermagem do Hospício Nacional de Alienados, agora denominada Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, com direção a cargo de enfermeira desde 1943, se organizou e passou a ofertar os cursos de enfermagem e de auxiliar de enfermagem, já que, desde a sua origem, através dos requisitos de acesso aos seus cursos, ficou evidenciado que a formação estava muito mais relacionada ao que então foi definido como formação do auxiliar de enfermagem que do enfermeiro. Diferentemente do que ocorreu com a Escola Anna Nery, que desde sua criação se projetou para a formação do enfermeiro, estabelecendo para os seus egressos o status de gerentes e detentores do saber e do controle do processo de trabalho da categoria.

A Lei n.º 775/49 reafirma ainda o caráter complementar da formação da enfermagem à medicina, na perspectiva do processo de trabalho em saúde, determinando no seu artigo 20 que "(...) em cada centro universitário ou sede de faculdade de medicina, deverá haver escola de enfermagem, com os dois cursos de que trata o artigo primeiro" (Brasil, 1949).

Ainda em 1949 a Lei n.º 775/49 é regulamentada pelo Decreto n.º 27.426/49, que define, de maneira explícita, a diferenciação que fica estabelecida com a definição da formação do enfermeiro e do auxiliar de enfermagem, e assim define:

> "Art. 1º - O "curso de enfermagem" tem por finalidade a **formação profissional** de enfermeiros, mediante ensino em cursos ordinários e de especialização, nos quais serão incluídos os aspectos preventivos e curativos da enfermagem.
>
> Art. 2º - O "curso de auxiliar de enfermagem" tem por objetivo o **adestramento** de pessoal capaz de auxiliar o enfermeiro em suas atividades de assistência curativa" (Brasil, 1949).
>
> "Não houve a rigor mudança sensível entre o currículo de 1923, quando da implantação do ensino de enfermagem na Escola Ana Néri, e o de 1949. Ambos privilegiavam as disciplinas de caráter preventivo, embora o mercado utilizador já apontasse forte tendência para o campo hospitalar" (Germano, 1993: 37).

Com o Decreto n.º 27.426/49 fica instituído o processo de educação continuada para a qualificação do profissional enfermeiro, por meio dos cursos de pós-graduação (especialização). A partir daí, a formação inicial do enfermeiro começa a mudar seu foco, imprimindo um enfoque mais geral, deixando as especificidades dos aspectos da saúde pública e da administração de serviços para os cursos de pós-graduação (Brasil, 1949).

Esta lógica vem atender à própria mudança ocorrida no cenário da política de saúde à época. Com a migração do pólo econômico nacional da agroexportação para a produção industrial o Brasil já não dá mais a mesma importância para o saneamento do espaço urbano e/ou rural. Agora, o que passa a constituir, de maneira crescente, o seu foco de atenção é a força de trabalho operária que deve manter o processo de industrialização do país em franco desenvolvimento.

O enfermeiro deve ser formado para atender às necessidades de saúde do país. Os cursos de especialização devem resolver a questão da capacitação específica, já que agora são várias as possibilidades de sua inserção. Em Germano (1993: 37), encontramos que, "(...) Enquanto em 1943, de 334 enfermeiras em serviço ativo, 66% trabalhavam na saúde pública e 9,5% em hospitais, em 1950, 49,4% das enfermeiras encontravam-se no campo hospitalar e 17,2%, na saúde pública", o que justifica a constituição das pós-graduações que deveriam capacitar o enfermeiro de acordo com a sua inserção, valorizando, no processo de ensino, o aspecto mais genérico da sua prática no serviço.

Na década de 1950 a enfermagem brasileira tem a aprovação da sua primeira legislação que vai tratar especificamente da regulamentação do seu exercício profissional. Assim, A Lei n.º 2.604/55 (Brasil, 1955) veio definir as categorias que poderiam exercer a enfermagem no Brasil, revogando diversos dispositivos que incluíam outras denominações para os agentes do trabalho da enfermagem (Pires, 1989).

A Lei n.º 2.604/55 foi regulamentada sete anos após o início da sua vigência. Neste espaço de tempo, mais precisamente em 1960, houve a aprovação da Lei n.º 3.780/60, que dispunha sobre a Classificação dos Cargos do Serviço Civil do Poder Executivo. Tal classificação, que incluiu a enfermagem, causou grande impacto na profissão uma vez que o enfermeiro foi incluído na denominação de "profissional técnico-científico de nível superior" no Serviço Público Federal, o que possibilitou que a enfermagem passasse a ser reconhecida nesta condição nos níveis estadual e municipal, passando a ter remuneração correspondente (Oguisso, 2007).

Em 1961, por meio do Decreto n.º 50.387/61 (Brasil, 1961) a Lei n.º 2.604/55 (Brasil, 1955) teve a sua regulamentação, com a primeira definição do exercício da enfermagem. Entre as categorias que poderiam exercer a enfermagem o Decreto incluiu as obstetrizes e parteiras na assistência ao parto normal. Assim, já no seu artigo 1º, são definidos, mais objetivamente, os agentes do trabalho de enfermagem:

> “Art. 1º - Poderão exercer a enfermagem 4e as suas funções auxiliares, em qualquer ponto do território nacional, os portadores de títulos de enfermeiro, obstetriz, auxiliar de enfermagem, parteira, enfermeiro prático, prático de enfermagem e parteira prática, devidamente registrados ou inscritos no Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina e Farmácia, do Ministério da Saúde e, cumulativamente, nos órgãos congêneres das Unidades da Federação” (Brasil, 1961).

As atribuições e competências da enfermagem brasileira, porém, ficam restritas aos seguintes aspectos: observação e cuidado aos doentes, gestantes e acidentado; administração de medicamentos e terapêuticas prescritas pelo médico; educação sanitária; e aplicação de medidas de prevenção de doenças (Brasil, 1961). No Decreto chama à atenção a indefinição das funções internas aos agentes do trabalho da enfermagem, fazendo distinção apenas daquelas atribuições próprias do enfermeiro, sem mencionar, no entanto, o aspecto privativo deste profissional.

> “Art. 9º - são atribuições dos enfermeiros além do exercício da enfermagem em todos os seus ramos e o estabelecido no Art. 2º deste regulamento: a) administração dos serviços de enfermagem, nos estabelecimentos hospitalares, para-hospitalares e de saúde pública, conforme o art. 21 da Lei n.º 775-49; b) participação no ensino, escolas de enfermagem e de auxiliar de enfermagem e treinamento de pessoal em serviço; c) direção e inspeção de escolas de enfermagem e de auxiliar de enfermagem; d) participação em bancas examinadoras de práticos de enfermagem e de concurso para seleção e provimento de cargos de enfermeiros e de auxiliares de enfermagem” (Brasil, 1961).

No artigo 10 do Decreto consta: “são atribuições dos auxiliares de enfermagem, enfermeiros práticos e práticos de enfermagem, as atividades da profissão, sempre sob a orientação do médico ou de enfermeiro excluídas as relacionadas no art. 9º”. O referido artigo tratava das atribuições do enfermeiro (Brasil, 1961).

Ainda que garantida as funções exclusivamente ao enfermeiro perante aos demais agentes do trabalho da enfermagem, tais funções não são tratadas como privativas. Outro aspecto que merece observação está na equiparação das funções relacionadas ao cuidado entre todos os agentes do trabalho da enfermagem. Somente as funções de natureza administrativas de serviço de saúde e da educação, incluindo o exercício do magistério, são consideradas apenas para o detentor do saber de enfermagem – o enfermeiro.

O Decreto traz ainda aspectos referentes aos deveres dos profissionais da enfermagem, o que inclui: “respeitar fielmente as determinações prescritas pelo

médico", seguida por um rol de proibições sempre no sentido de proteger e salvaguardar o espaço de autonomia do médico (Brasil, 1961).

Considerando os aspectos mais gerais trazidos pela primeira regulamentação específica para o trabalho da enfermagem, colocamos em evidência o papel meramente administrativo e de controle do espaço da assistência que é atribuído ao enfermeiro. Em contrapartida, fica evidenciado também o aspecto secundário do trabalho da enfermagem, pois, inserida no processo da assistência à saúde, toda a sua intervenção relacionada ao cuidado pode estar a cargo do profissional de menor qualificação, podendo inclusive ser realizada na ausência do mais qualificado – o enfermeiro – e sob a supervisão do médico.

A conclusão imediata é de que o objeto da saúde, o corpo humano, individual ou social, nunca deixou de pertencer a quem realmente detém a autoridade técnica na área da saúde – o médico, cabendo à enfermagem atuar sobre o corpo apenas de maneira subsidiária ao seu trabalho.

A questão da instituição do ensino de enfermagem em nível médio no Brasil, mesmo com a publicação da lei que vem regular o seu exercício profissional, não põe fim à utilização de mão-de-obra desqualificada para o trabalho na área da saúde. Desde tempos imemoriais, o setor de saúde, tanto públicos como privados, utilizaram em seu serviço pessoal sem qualificação para a assistência de enfermagem. Estes eram oriundos dos serviços de limpeza, copa e lavanderia, possuindo uma escolaridade, que, na maioria das vezes, limitava-se saber ler e escrever precariamente.

A prática da utilização de mão-de-obra não qualificada pode ser explicada dentro da lógica capitalista de acumulação, que, a partir da década de cinqüenta, com a organização do sistema previdenciário brasileiro, cada vez mais sob o monopólio do Estado, dá impulso à expansão das empresas destinadas à exploração no campo da saúde, com o financiamento da construção de hospitais e a consequente expansão da rede privada de atendimento (Mendes, 1993).

Neste contexto, o enfermeiro assume a administração e o controle gerencial do espaço da clínica e da ação dos seus subalternos, deixando o trabalho diretamente relacionado ao cuidar a cargo do pessoal, agora caracterizado como de nível elementar (o atendente de enfermagem) e de nível médio (o auxiliar de enfermagem).

O advento da Lei n.º 2.367/54, a “título emergencial (precário)”, vem dispor sobre a organização de cursos volantes para a formação de pessoal auxiliar, durante o período de dez anos, por meio de escolas oficiais ou reconhecidas, em articulação com os Governos estaduais e seus departamentos de ensino ou sanitários (Brasil, 1954).

Esta medida visava a interiorização dos cursos, justificada pela necessidade da formação de pessoal em locais onde as condições não permitiam o seu funcionamento regular. Exigia-se a presença de pelo menos um enfermeiro e as atividades pedagógicas poderiam ser desenvolvidas por médicos e enfermeiros (Brasil, 1954).

O Governo, para estimular a adesão ao processo de formação desses agentes do trabalho da enfermagem, oferecia bolsas de estudos aos candidatos, estabelecia convênios como mecanismo de apoio aos estados, no caso de escolas oficiais, oferecia subvenções às escolas do sistema de ensino privado para a realização dos cursos, caracterizados como emergenciais.

Outro aspecto da qualificação/formação profissional, destinada ao pessoal de nível médio, e que não pode ser omitido da análise do seu processo histórico, está na prática da promoção cartorial para o atendimento das disposições legais, por meio das bancas de exames e provas de suplência.

No Brasil, o investimento na escolarização da classe trabalhadora sempre esteve mais presente nos discursos que na prática das políticas do setor. A suplência toma forma de estratégia de educação profissional, que sempre serviu, e continua servindo (certificação de competência), mais aos aspectos cartoriais que para a formação para o trabalho propriamente dita. Através destes processos, o trabalhador, a partir de sua experiência no trabalho, mediante a submissão a exames pontuais, adquire o título pretendido sem passar por um processo formal de ensino.

Na enfermagem, cujo preparo de pessoal esteve fortemente ligado ao treinamento em serviço, a suplência foi amplamente utilizada para a garantia da identidade profissional do trabalhador (Germano, 1993).

Em 1958, a Associação Brasileira de Enfermagem - ABEn publicou o “levantamento dos recursos e necessidades de enfermagem no Brasil”. Neste estudo, mostra a composição da força de trabalho da enfermagem, que, em

1956/57, era de 4.831 enfermeiros, 1982 auxiliares de enfermagem e 36.118 atendentes de enfermagem (ABEn, 1980).

Analisando estes dados e os relacionando aos dispositivos da então nova lei do exercício profissional de 1955, concluímos que seu conteúdo esteve descolado da realidade daquele momento e que as ações de enfermagem eram executadas basicamente pelo atendente de enfermagem, quando não se dispunha inclusive da presença do enfermeiro para sua supervisão. Outro aspecto é que, com este número de enfermeiros, a maioria certamente fixada nos grandes centros, o treinamento dos atendentes, quando ocorria, estava a cargo do profissional médico, ou até dos próprios atendentes mais experientes, e não do enfermeiro.

Com este contingente de atendentes, cuja escolaridade sempre foi o principal impeditivo para o ingresso nos cursos de formação, a suplência sempre fora vista como estratégia ideal para sua profissionalização.

> "Em um país com elevado grau de analfabetismo, a suplência foi, e continua sendo, uma solução educacional e formadora, ainda que paliativa. As dificuldades encontradas pelo pessoal sem formação específica na área, acarretou um novo pedido, encaminhado ao presidente da república, pela associação brasileira de enfermeiros e massagistas práticos, reivindicando o restabelecimento do decreto-lei n.º 8778/46. Este decreto já havia sido restaurado em 1959, pela lei n.º 3.640, estendendo os seus efeitos até 1964, permitindo aos práticos de enfermagem e parteiras em exercício, sem formação regular, a obtenção do certificado de "práticos", mediante a prestação de exames de habilitação. Aqueles que tivessem mais de 20 anos de efetivo exercício profissional estavam dispensados dos exames. A solicitação foi atendida pelo conselho federal de educação através do parecer n.º 934/72" (Dantas, Aguilar, 1999: 27).

Em 1961, com a publicação da Lei n.º 4.024/61, que passa a definir as diretrizes e bases da educação nacional, agora sob os auspícios do Ministério da Educação e Cultura (MEC), tendo como órgão normatizador o Conselho Federal de Educação (CFE), novas mudanças vão ocorrer na formação do pessoal de nível médio na área (Brasil, 1961).

O curso de auxiliar de enfermagem passa a corresponder às duas primeiras séries do curso ginasial, a partir da inclusão de cinco disciplinas obrigatórias em seu currículo.

Outra novidade foi a abertura da possibilidade da criação de um novo curso, para a formação de um profissional intermediário entre o auxiliar de enfermagem e o enfermeiro. Abre-se assim a perspectiva da formação do técnico de enfermagem, cuja regulamentação do seu exercício profissional com a definição das suas

competências na equipe de enfermagem, só vai ocorrer em 1986, no conteúdo da atual Lei que regulamenta o exercício profissional da enfermagem no Brasil.

A instituição de uma nova formação, sem alterar o que já se praticava, corresponde à tendência crescente de fragmentação do processo de trabalho, aprofundando a sua divisão técnica. A educação serve ao sistema econômico e este determina os processos de trabalho.

Assim, em 1966, a Escola de Enfermagem Anna Nery, após aprovação do Conselho Universitário, encaminha solicitação de alteração do artigo 2º do seu regimento, para a inclusão, entre as suas finalidades, da manutenção de um curso destinado à formação do técnico de enfermagem, o que foi aprovado pelo parecer N.º 171/66 (Germano, 1993).

Na referida solicitação, encaminha inclusive a estrutura curricular; a descrição do corpo docente; e as normas que deveriam ser aplicadas ao curso pretendido. No currículo apresentado, encontravam-se integradas as disciplinas de educação geral relativas ao curso colegial e as disciplinas próprias da formação técnica, acrescida dos estágios curriculares. Aceita a proposta, fica instituída a formação do técnico de enfermagem como ensino do então segundo grau.

Em 1968, pelo Parecer n.º 837/68, da Câmara de Ensino Superior do Ministério da Educação, são incluídos na educação superior os curso de enfermagem (bacharelado) e o de licenciatura em enfermagem. Este último com o objetivo de proporcionar formação pedagógica aos enfermeiros, habilitando-os para a docência nos cursos de formação de ensino médio em enfermagem e para as disciplinas da educação geral relacionadas à higiene e programas de saúde (Brasil, 1968; Germano, 1993).

O pedido é justificado pelo fato do profissional enfermeiro, além das suas atribuições de caráter técnico, assumir, como privativo da sua competência, o ensino em nível médio em enfermagem. Assim, de forma sequencial ou concomitante à graduação, o aluno poderia cursar as disciplinas relativas à formação pedagógica recebendo o diploma de licenciado em enfermagem, estando apto para o exercício do magistério.

Mas a grande mudança na formação básica do enfermeiro nos cursos de graduação aconteceu com a mudança do seu currículo por meio do Parecer N.º 271/62 do Conselho Federal de Educação (Germano, 1993).

> "O currículo de 1949 surge numa fase em que prevalecia um espírito político supostamente liberal, com um capitalismo que ainda não comportava a privatização da saúde de forma empresarial, privilegiando, por conseguinte, o estudo das doenças de massas, através das disciplinas ditas de área preventiva. Já o currículo de 1962, (...) Emerge num momento em que a economia brasileira começa a tender para um processo excludente e concentrador da renda e dessa forma, coincidentemente a preocupação primordial do currículo de enfermagem incide agora sobre as clínicas especializadas, de caráter curativo. A saúde pública, antes considerada tão básica, já não aparece como disciplina obrigatória do currículo mínimo, mas como especialização, caso pretenda o aluno continuar os estudos após graduar-se" (Germano, 1993: 37).

Em 1972, atendendo às mudanças ocorridas no ensino, os currículos de enfermagem sofreram nova alteração pelo Parecer N.º 163/72 e Resolução N.º 4/72, por força da Lei N.º 5.540, de 28 de novembro de 1968 – Lei da Reforma Universitária. Tal medida coloca definitivamente para a enfermagem o modelo tecnicista de formação, atendendo às necessidades do mercado de trabalho, controlado pela iniciativa privada, que requer profissionais aptos à incorporação das tecnologias, que são fortemente absorvidas pelo hospital, agora com seu novo modelo empresarial, atendendo às demandas geradas pelo modo capitalista de produção (Germano, 1993).

A partir daí, acirra-se o processo crescente de acumulação do saber da enfermagem, que passa a buscar sua posição enquanto ciência do cuidado, por meio da definição do seu objeto de trabalho e do recorte da autonomia e monopólio no campo da saúde. Agora o status de nível superior da enfermagem é legitimado com seu processo de ensino, e, no campo do trabalho, a enfermeira diplomada assume definitivamente o papel de intelectual, já que fica institucionalizado que os aspectos mais manuais do trabalho devem ser delegados a outros agentes que seguem subordinados a ela, tanto na formação quanto no processo do trabalho.

Em que pese às formulações legais para o ensino e para o trabalho da enfermagem, o que vai se processar a partir daí é o distanciamento do enfermeiro do seu objeto de trabalho, que passa a delegar o cuidado aos agentes de nível médio e a assumir cada vez mais a administração do serviço e o seu ensino. Assim, conforme considerado em Silva (1989) e Pires (1989), o trabalho da enfermagem assume tal organização para atender a perspectiva da divisão do trabalho dentro do modo capitalista de produção – a separação do momento de concepção do de execução do trabalho.

Em 1973, pela Lei n.º 5.905/73, são instituídos os Conselhos Federal e Regionais de Enfermagem, que, por delegação do Estado, passam a fiscalizar o exercício profissional da categoria em todo o país (Brasil, 1973). A partir daí, todos os profissionais de enfermagem passam a ter seus diplomas/certificados registrados em seu órgão próprio de fiscalização.

Atualmente o exercício da enfermagem brasileira é regulada pela Lei n.º 7.498/86, de 26 de Junho de 1986, que foi regulamentada pelo Decreto n.º 94.406/87, de 08 de Junho de 1987 (Brasil, 1986 e 1987).

Assim, a atual legislação trouxe como exercentes da enfermagem apenas o enfermeiro, o técnico de enfermagem, o auxiliar de enfermagem e a parteira. Com o advento da Lei N.º 7.498/86 os técnicos de enfermagem tiveram o seu reconhecimento formal e definição das suas atribuições na equipe. A Lei cita ainda o atendente de enfermagem, estabelecendo para estes um prazo para a sua qualificação, sob pena da suspensão do exercício (Brasil, 1986). A atual situação dos atendentes de enfermagem trataremos mais adiante.

Diferente da Lei n.º 2.604/55, a LEPE atual traz, pela primeira vez, a classificação das ações de enfermagem em atividades complexas e elementares; a definição das competências de cada um dos agentes; o estabelecimento do que é privativo do enfermeiro; e a prerrogativa de que todas as atividades dos demais agentes somente podem ser exercidas sob a supervisão do primeiro (Brasil, 1955 e 1986).

No sentido da divisão técnica do trabalho a LEPE aprofunda a separação entre os distintos momentos do trabalho. Ao enfermeiro cabe o momento da concepção, respondendo pelo planejamento, execução dos procedimentos ditos complexos e a supervisão das ações dos demais agentes. A estes últimos cabe o momento da execução do trabalho, sempre sob supervisão do enfermeiro, chegando a caracterizar o trabalho do auxiliar de enfermagem como de natureza repetitiva e em nível de execução simples (Brasil, 1986).

Aqui chamamos atenção para a relativa autonomia sobre o objeto do trabalho atribuída ao enfermeiro que passa assumir, privativamente, a consulta de enfermagem; o planejamento e prescrição da assistência de enfermagem (independente do médico); e a assistência de enfermagem ao paciente grave e com risco de vida. Ainda em caráter privativo são reafirmadas a funções relativas à

organização e gestão dos serviços de enfermagem e o ensino de enfermagem em todos os níveis (Brasil, 1986).

Tanto a Lei quanto o Decreto que a regulamentou reafirmam a posição do enfermeiro junto à equipe de saúde, estabelecendo suas atribuições na perspectiva da divisão social do trabalho, o que inclui a assistência à gestante, parturiente e recém-nascido e ainda, a possibilidade da prescrição de medicamentos padronizados pelos programas de saúde pública e quando padronizados pela instituição de saúde (Brasil, 1986 e 1987).

No texto da legislação atual não consta os aspectos proibitivos relacionados à prática médica, sendo reafirmados os aspectos relativos ao compromisso ético dos agentes do trabalho da enfermagem e o registro da assistência de enfermagem.

Observando a evolução da enfermagem no Brasil, enquanto prática institucionalizada, com seu exercício profissional regulado por lei, percebe-se que, desde sua primeira legislação até a década de 80, mais precisamente 1986, quando foi sancionada a sua última Lei do Exercício Profissional, Lei n.º 7.498/86, a composição da equipe de enfermagem variou, do ponto de vista do seu preparo técnico – saber, do alfabetizado (atendente de enfermagem) ao graduado (enfermeiro).

A partir de 1986, houve grande expectativa de reverter este quadro de bipolarização (atendente – enfermeiro), quando a legislação não considerou o atendente de enfermagem em seu texto, determinando o prazo de 10 anos para sua qualificação ou exclusão dos quadros da enfermagem. Assim, a enfermagem toma para si o resgate desta grande dívida social com os atendentes, que, sob pena de exclusão do mercado de trabalho, deveriam qualificar-se, a partir do cumprimento da educação geral do ensino fundamental, pois a sua maioria eram apenas alfabetizados.

Passaram-se os 10 anos e, diante da ameaça da perda do direito do exercício da “ocupação”, os atendentes são resgatados da marginalidade por meio de um Projeto de Lei, aprovado e sancionado nos últimos estertores do Governo Itamar Franco, mantendo-os nos quadros da enfermagem (Brasil, 1994).

Assim, com um movimento externo à enfermagem e à revelia do parecer da categoria, forças políticas, ligadas às grandes empresas médico-hospitalares, alteraram dispositivos legais da categoria, em nome mais uma vez do capital e da utilização de uma mão-de-obra barata para a viabilização da sua acumulação.

Se uma corporação profissional, mesmo que marginal do ponto de vista da sua atuação política, não consegue impedir que forças externas interfiram no seu processo histórico de organização, resta concordar com Braverman (1978), quando coloca que estas forças externas poderiam até ser chamadas de lei geral da divisão do trabalho capitalista, podendo não ser a única força que atua no mundo do trabalho, mas é, inegavelmente, a mais poderosa.

Atualmente, não obstante as regulamentações internas e externas à enfermagem, seu quadro de pessoal, sobretudo nos serviços da rede privada, mantém-se profundamente heterogêneo do ponto de vista da qualificação/formação dos agentes do trabalho. Convive-se, ainda, em muitos serviços de saúde no Brasil, com o atendente de enfermagem, o auxiliar de enfermagem, o técnico de enfermagem e o enfermeiro, sem contar aqueles outros serviços, que, devido à grande dificuldade em fixar profissionais de nível superior, não dispõem do enfermeiro ou até mesmo do técnico de enfermagem, sendo seus serviços assumidos pelos atendentes e auxiliares de enfermagem, o que acontece à revelia das ações do Sistema COREN´s/COFEN, que, por deficiência em sua estrutura fiscalizatória, não consegue colocar em prática uma ação que, efetivamente, regule as distorções da lei que regulamenta o exercício da enfermagem brasileira.

Tal composição das equipes de enfermagem fragmenta as ações, promovendo uma indefinição nos papéis, que, tradicionalmente, coloca o enfermeiro como o administrador dos serviços, distanciado cada vez mais da assistência direta ao cliente, ficando tais atribuições a cargo de qualquer um dos demais profissionais/ocupacionais da categoria, que, independente da área de atuação, não têm no preparo técnico o critério para a definição das atribuições assumidas no interior dos serviços.

Estes profissionais/ocupacionais de nível médio e elementar executam atividades de média e alta complexidade no processo de assistência de enfermagem, não raro, completamente alienados do saber de enfermagem, tornando-se agentes do trabalho mecanizados pela técnica, sem um referencial teórico que lhes permita decidir ou atuar nas situações em que a rotina é substituída pelo imprevisto.

Conforme considerado no capítulo anterior, a enfermagem evolui, incorporando de maneira crescente o conhecimento científico para a sua prática. Reafirma-se permanentemente como prática social e profissão institucionalizada, buscando

estabelecer um recorte crescente de autonomia sobre o objeto da saúde, no que se refere ao cuidado do corpo (social e/ou individual) e a administração do espaço da assistência, tanto nos serviços hospitalares como naqueles destinados à saúde coletiva ou sua administração.

A partir do estabelecimento do ensino de enfermagem em graus diferentes, a divisão técnica do seu trabalho ganha contornos mais definidos. A regulação do processo de trabalho da categoria, a partir da definição do seu arcabouço ético-legal, vem reafirmar e legitimar esta forma de organização do trabalho, destinando ações de complexidade distinta a diferentes agentes do trabalho, que são escalonadas conforme o nível de preparo do exercente.

Enquanto recorte do saber, o que se tem visto é o repasse de procedimentos técnicos para o pessoal de nível médio, através da escola de enfermagem, sem a preocupação com a questão colocada por Almeida & Rocha (1989), quando estabelecem a crítica ao aparelho formador, que não percebe que "é no trabalho que se devem buscar os elementos do saber. É no desenrolar do cuidado de enfermagem, em que se opera diretamente com o objeto, o doente, onde se dão as relações técnicas e sociais, que está a essência do saber" *(*Almeida, Yazlle Rocha, 1989: 81).

Tal crítica procede à medida que, ao atribuir ao enfermeiro o papel de detentor do saber, não se assegurou que tal saber se revertesse em uma prática, onde o seu núcleo central não se desviasse daquele que se constitui no verdadeiro objeto da enfermagem – o corpo humano doente ou sadio; pelo menos "daquela enfermagem" a que sempre estiveram vinculados os seus agentes de nível médio.

Nesta perspectiva, temos, de um lado, a escola com o processo de ensino, fazendo o primeiro recorte e definindo qual o saber que deve ser repassado para o futuro profissional de enfermagem, conforme será sua inserção no processo de trabalho. Do outro lado, está o aspecto legal da prática profissional, que prescreve os limites da atuação referendada naquilo que a escola define como apropriado para cada forma de fazer específico.

Como um trabalho profundamente marcado pela fragmentação das ações, o enfermeiro deve assumir o planejamento, o controle e a avaliação do trabalho da enfermagem e o seu ensino e pesquisa. Seus pares de nível médio, o técnico e o auxiliar de enfermagem, assumem as ações de caráter assistencial/manual, o que legitima o enfermeiro como o detentor do saber e controlador do seu recorte.

O que aqui colocamos em questão é a forma de utilização deste saber, a partir da sua caracterização, pelos agentes de nível médio da enfermagem, considerando que estes, não raro, assumem, independente da presença do profissional enfermeiro, todo o processo da assistência, que passa a ter sua referência centrada na prescrição médica e viabilizada pela execução de procedimentos de natureza exclusivamente técnica e de rotina no cotidiano dos hospitais.

Conforme questionado por Almeida & Rocha (1989), o que seria atividade manual e intelectual na enfermagem? Será que tendo todo o cuidado sob sua responsabilidade, sendo o cuidar/cuidado o que identifica a enfermagem enquanto profissão, os agentes de nível médio realmente exercem atividades manuais na enfermagem? O que define o trabalho o intelectual da enfermagem: o cuidar ou o administrar o espaço do cuidado? O cuidado de enfermagem tem ocupado o núcleo do trabalho do enfermeiro e em que medida o enfermeiro tem respondido ao que manda as normas legais que regulamentam o exercício da profissão?

CAPÍTULO 4 – PERCURSO METODOLÓGICO

"O que é tomado como certo está
mais próximo do dogma e da crendice
do que da ciência".

Pedro Demo (1995)

4.1 - Localizando a pesquisa no campo do conhecimento e seus instrumentos

O ser humano se organiza em sociedade construindo valores que vão orientar o pensamento e a consciência individual e coletiva em determinado tempo e espaço conferindo identidade peculiar aos diversos grupamentos sociais. Desta forma, as instituições, as leis, as maneiras de olhar e andar a vida são provisórias e mutáveis de acordo com o potencial humano de imprimir sua marca no contexto que ele constrói e reconstrói permanentemente, à medida das suas necessidades. Assim,

> "[...] o pensamento e a consciência são processos que, ao mesmo tempo, têm como base a dinâmica histórica que por sua vez é influenciada pelas ideologias. As ciências sociais são também fruto de um tipo de 'consciência possível' e fazem parte dos bens públicos e coletivos criados historicamente, tendo por limites o desenvolvimento social" (Minayo, 2006: 41).

O homem, valendo-se de suas capacidades, sempre procurou criar formas de "explicar os fenômenos que cercam a vida e a morte e o lugar dos indivíduos na organização social, assim como os mecanismos de poder, de controle e de reprodução" (Minayo, 2006: 35). No mundo ocidental, a ciência positiva foi tomada como a forma hegemônica de dar respostas às indagações do homem acerca da vida e dos fenômenos que a cercam tornando o valor dessa forma de responder aos questionamentos humanos como absoluto na produção do conhecimento, em que pese o reconhecimento de outras formas de explicar as experiências humanas, seus fatores condicionantes e consequências.

Ainda segundo Minayo (2006: 39), "a cientificidade não pode ser reduzida a só uma forma de conhecer [...] ela pré-contém, por assim dizer, diversas maneiras concretas e potenciais de realização". O que vai estabelecer as diferentes formas na busca de respostas à multiplicidade de fenômenos que instigam o homem será mais a natureza destes que o dogmatismo científico em torno do conceito de ciência ou cientificidade.

As Ciências Sociais investigam os seres humanos, daí o seu caráter comprometido. Sujeito e objeto da investigação, mesmo separados por questões diversas, se identificam por possuírem um substrato comum, a sociedade que eles constroem.

Dadas estas características, é inegável o fato de as Ciências Sociais serem intrínseca e extrinsecamente ideológicas. Citando Lévy Strauss (1975: 215)[12], Minayo (2006: 41), coloca que "numa ciência onde o observador é da mesma natureza que o objeto, o observador é, ele mesmo, uma parte de sua observação".

Considerado esses aspectos epistemológicos,

> "[...] entendemos por metodologia o caminho e o instrumental próprios de abordagem da realidade. Neste sentido, a metodologia ocupa lugar central no interior das teorias sociais, pois ela faz parte intrínseca da visão social de mundo vinculada na teoria. [...] a metodologia inclui as concepções teóricas de abordagem, o conjunto de técnicas que possibilitam a apreensão da realidade e também o potencial criativo do pesquisador" (Minayo, 2006:44).

Dadas às características desta pesquisa, especialmente no que se refere à natureza do seu objeto, ao espaço em que ela se insere e os objetivos propostos,

[12] Lévi-Strauss, C. Aula inaugural. Desvendando máscaras sociais. Rio de Janeiro: Francisco Alves, PP 211-44, (1975) apud Minayo, MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. – 9º Ed. revista e aprimorada – São Paulo: HUCITEC, 2006.

tomando por referência o seu objeto como algo histórico e relacional (Minayo, Sanches, 1993), optamos por uma construção teórico-metodológica situada na interface dos campos da Ciência da Saúde e Sociais, destacando como categorias de análise os conceitos de trabalho e profissão, processo de trabalho e correlatos na visão marxiana, em sua correlação com o campo da saúde, como apresentado anteriormente.

Para o seu desenvolvimento decidimos pela abordagem qualitativa, dada a propriedade desta em reconhecer a subjetividade como parte integrante dos fenômenos sociais, ao tempo em que possibilita a objetivação do processo de compreensão dos fenômenos, uma vez adotado rigor na utilização de adequados instrumentos teóricos e técnicos (Peduzzi, 1998).

Já com relação ao método, fizemos opção pelo *estudo de caso*, que, segundo Triviños (2006: 136), "(...) entre os tipos de pesquisa qualitativa característicos, talvez (...) seja dos mais relevantes", considerando que "(...) é uma categoria de pesquisa cujo objeto é uma unidade que se analisa aprofundadamente".

O autor apresenta uma classificação do *estudo de caso*, colocando em destaque três tipos do que denomina de "categoria de pesquisa", sendo estas os "estudos de casos historico-organizacionais; estudos de casos observacionais; e estudo de caso denominado história de vida" (Triviños, 2006: 135). Entre estas possibilidades, optamos pela "categoria de pesquisa" denominada "estudo de caso observacional" (Triviños, 2006: 135). Nesta o autor adverte-nos que "(...) não é a organização como um todo o que interessa, senão uma parte dela". (Triviños, 2006: 136).

4.2 – Desenho da pesquisa

A construção do conhecimento será sempre um movimento de busca de respostas às questões que nos intrigam a partir da nossa experiência no mundo e suas necessidades. Neste caso, o que chama a nossa atenção é a inserção da enfermagem no mundo do trabalho, suas características e contradições situadas na interface do que a define como profissão e o cotidiano das suas práticas, tomando como central o trabalho do enfermeiro.

Buscamos responder qual a relação existente entre o conteúdo do trabalho do enfermeiro e o que está formalmente estabelecido por meio das normas legais que regulamentam o exercício da profissão no Brasil.

Considerando a multiplicidade de formas e possibilidades de inserção do trabalho da enfermagem/enfermeiro no campo da saúde e seus distintos modelos tecno-assistenciais, que abarcam diversos processos de trabalho (Sanna, 2007), optamos pelo estudo do modelo clínico hospitalar, espaço onde o cuidar e/ou gerenciar o cuidado têm maior objetividade do ponto de vista da identidade profissional e do que é específico no trabalho do enfermeiro/enfermagem.

No espaço do hospital, elegemos as unidades de internação de clínica médica e clínica cirúrgica considerando a nossa experiência nestes setores, o que possibilitou melhor inserção no processo de desenvolvimento do trabalho empírico da pesquisa.

4.3 – Caracterização do hospital estudado

A pesquisa foi desenvolvida em um hospital público mantido pelo Sistema Único de Saúde do município de Cuiabá – MT, sendo este a única referência para o atendimento de urgência e emergência mantido exclusivamente pelo Poder Público.

O serviço de urgência e emergência do município de Cuiabá é organizado no final da década de 1960 apenas como uma pequena Unidade de Atendimento de Urgência e Emergência, o Pronto Socorro Municipal, mantido pela Secretaria Municipal de Saúde da Capital.

Assim, foi fundado em 27/12/1969 ocupando o prédio do antigo sanatório Júlio Müller, anexo ao prédio da Santa Casa de Misericórdia. À época, a Capital contava com uma população de 209.035 habitantes e o Estado de Mato Grosso com 1.291.073 habitantes.

A divisão do Estado em Mato Grosso e Mato Grosso do Sul no final da década de 70 do século XX promoveu um acelerado crescimento e desenvolvimento do Estado e em 1982 a Capital já contava com uma população de 242.696 e o Estado

de Mato Grosso com 1.597.009. A capacidade instalada do então pronto Socorro Municipal torna-se insuficiente para o atendimento da demanda que cresce juntamente com a ampliação dos problemas de saúde decorrentes do acelerado desenvolvimento do Estado. Começa então a execução da construção e ampliação da capacidade instalada do novo Pronto Socorro Municipal. Em 1982, o Governo do Estado recebe uma doação do Governo Federal da ordem de CR$ 100.000.000,00 destinados à conclusão da obra.

Ainda em 1982, no mês de outubro, é inaugurada a nova sede do Pronto Socorro Municipal de Cuiabá que contava com uma área de 343 m^2, que ao cabo de poucos anos se tornaria insuficiente devido ao acelerado desenvolvimento de Cuiabá e região.

Numa perspectiva expansionista, em 08 de Abril de 1988 é inaugurado o anexo do Pronto Socorro, o Hospital Municipal, que passa a cumprir o objetivo de dar retaguarda ao atendimento de urgência e emergência. Cuiabá recebe assim a sua primeira unidade hospitalar pública com a responsabilidade de fazer a cobertura nas clínicas básicas, exceto a maternidade, a toda Baixada Cuiabana e interior do Estado.

Nessa ocasião recebia e ainda recebe atualmente pacientes de estados como Rondônia e Acre e de países vizinhos, em especial da Bolívia, que mantém extensa fronteira seca com o Estado de Mato Grosso.

O novo hospital, com capacidade instalada de 10.402 m², passa a responder, além do atendimento ao trauma, a problemas relacionados à saúde do adulto (clínica médica) e da criança (clínica pediátrica), realizando também cirurgias (trauma), para uma população de 350.396 habitantes na Capital, cujo incremento populacional desde a construção da sede própria do Pronto Socorro já acumulava 31%. Como único hospital público no Estado de Mato Grosso, também passa a ser referência para sua população de 1.786.265 habitantes.

Em 2008, ainda mantendo uma estrutura física de 10.402 m², o Hospital e Pronto Socorro Municipal de Cuiabá continua a atender a população da Grande Cuiabá, interior do estado e estados/países vizinhos. Somente em Cuiabá a população em 10 anos sofreu o incremento de 37%, passando para 551.856, o que representa 19% de toda a população do Estado de Mato Grosso que conta atualmente com 2.910.264 habitantes.

Assim, o Hospital e Pronto Socorro Municipal de Cuiabá assume como sua missão institucional [...] “garantir a saúde das pessoas através da assistência humanizada em situação de urgência e emergência de média e alta complexidade” (Cuiabá, 2008)

Ainda como a única unidade hospitalar pública da rede municipal de saúde, mantém o serviço de referência para atenção ao trauma do Sistema Único de Saúde da Capital e recebe clientes de todo o Estado e regiões de fronteira. Atualmente, com 224 leitos, além do atendimento ao trauma, mantém serviço de pronto atendimento adulto e infantil e internação nas clínicas médica, cirúrgica e pediatria. Da totalidade dos leitos, 08 estão reservados ao atendimento ao grande queimado, 10 para Unidade de Terapia Intensiva adulta e 19 para Unidade Terapia Intensiva infantil e neonatal.

A figura 1 ilustra a série histórica do quantitativo dos atendimentos do Hospital em estudo no período de 2003 – 2008 nos seus diversos setores (Cuiabá, 2008). Percebemos que o quantitativo dos atendimentos acompanha o próprio desenvolvimento da Capital em termos populacionais até o ano de 2007. A partir daí a queda no número na sua produção está relacionada a dois fatores, a saber: a reorganização crescente da atenção básica com a ampliação das unidades de saúde da família e a reorganização do pronto atendimento e ambulatórios de especialidades das cinco policlínicas da Capital que passam a atender setorialmente os casos menos complexos, inclusive de urgência.

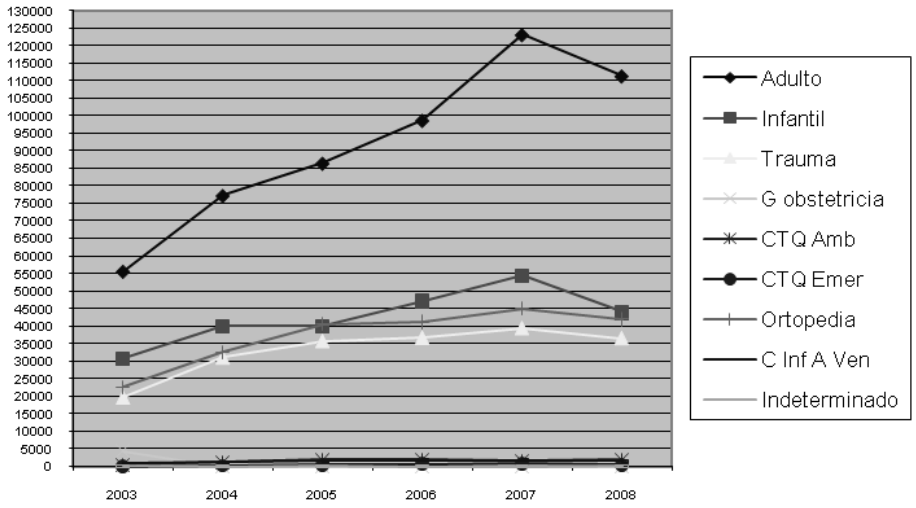


Figura 1. Série histórica da produção do Hospital e Pronto Socorro Municipal de Cuiabá, no período de 2003 – 2008, por natureza do atendimento.
Fonte: Relatório de Gestão da Secretaria Municipal de Saúde / Cuiabá, 2008.

A estrutura organizacional do Hospital e Pronto Socorro Municipal de Cuiabá - HPSMC, segundo informação da Assessoria do Diretor Superintendente da unidade, encontra-se atualmente definida conforme a figura abaixo (Figura 2):

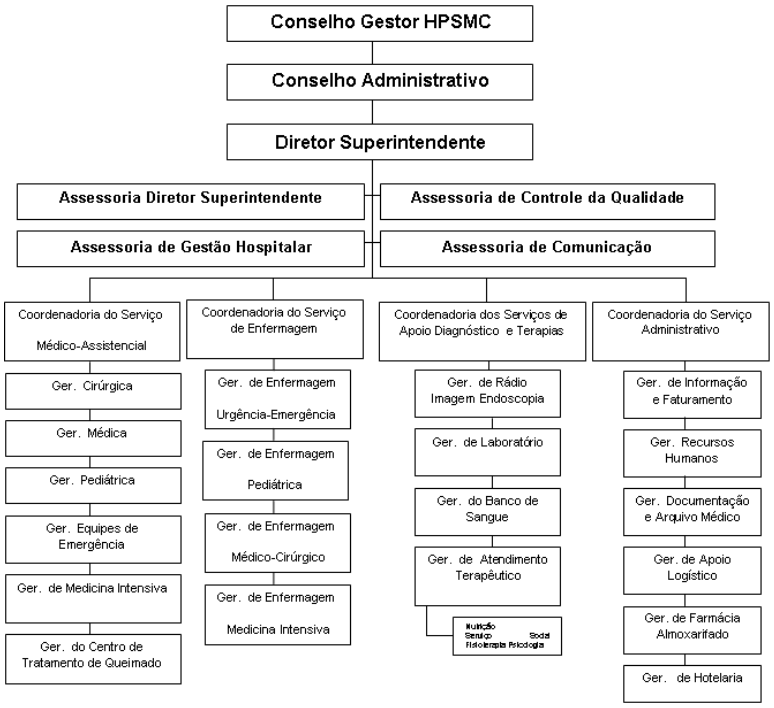


Figura 2. Estrutura organizacional do Hospital e Pronto Socorro Municipal de Cuiabá – 2007.

A escolha do Hospital deu-se em função de este manter uma estrutura de enfermagem que reúne condições para a organização de um serviço mais aproximado do que manda o Estatuto Social da categoria. Outro fator relevante para a escolha desta unidade hospitalar está no fato de que o estudo realizado anteriormente e que apontou às questões centrais e motivadora da presente pesquisa, já mencionado anteriormente, foi realizado nas suas dependências, no ano de 2000.

No hospital o Serviço de Enfermagem está organizado em forma de uma Coordenadoria, ocupada por um enfermeiro. A Coordenadoria do Serviço de Enfermagem – CSE/HPSMC – está diretamente ligada à Superintendência do HPSMC, assim como a coordenadoria do serviço médico. Nota-se que, entre os serviços que estão diretamente relacionados à assistência à saúde (atividade finalística da instituição), apenas o serviço médico e o de enfermagem têm

organização própria. Os demais, tais como análises clínicas, diagnóstico por imagem, fisioterapia, serviço social, estão reunidos numa única estrutura, a Coordenadoria dos Serviços de apoio Diagnóstico e Terapêuticas, constituindo-se em gerências.

A CSE-HPSMC está subdividida em quatro gerências: a Gerência de Enfermagem em Urgência e Emergência; a Gerência de Enfermagem Pediátrica; a Gerência de Enfermagem Médica-Cirúrgica; e a Gerência de Enfermagem em Medicina Intensiva.

A CSE/HPSMC, de acordo com o seu regimento interno, cumpre o papel de articuladora do Serviço de Enfermagem com as instâncias superiores da estrutura organizacional, respondendo por este perante a Direção Geral do HPSMC e perante os órgãos superiores da Secretaria Municipal de Saúde. O enfermeiro coordenador também assume a função de Responsável Técnico perante o Conselho Regional de Enfermagem de Mato Grosso. Tais funções são aqui consideradas como próprias do *gerenciamento institucional*.

Às Gerências cumpre o papel de organizar a logística para o funcionamento das Unidades de Internação onde atuam os profissionais de enfermagem e outros que participam diretamente da assistência. Devem assumir também todo o trabalho burocrático das respectivas unidades de internação ou setores, aqui caracterizado como *gerenciamento de unidade de serviço*.

Cada unidade de internação tem alocado um enfermeiro que deve responder mais imediatamente pelas ações relacionadas ao cuidado ao paciente. Tais ações aqui são caracterizadas como aquelas relacionadas ao *gerenciamento do cuidado*, o que inclui o planejamento e supervisão da assistência e do trabalho dos profissionais de nível médio da equipe de enfermagem.

Algumas unidades de atendimento são organizadas em setores e, nestes casos, cada setor possui um enfermeiro responsável.

A equipe de enfermagem é distribuída em turnos de seis horas durante o dia e de 12 horas durante a noite, cumprindo o revezamento de 12/60 ou 12/36, de acordo com a natureza do vínculo: estatutário ou contratado, respectivamente.

Assim, o Serviço de Enfermagem conta com 71 enfermeiros, sendo que destes 66 estão alocados nos diversos setores e turnos e devem responder mais diretamente pelo cuidado. Dos cinco restantes, um ocupa a função de coordenador do serviço de enfermagem e quatro respondem pelas gerências de área, definidas

no organograma. Além dos enfermeiros, conta ainda com 406 profissionais de nível médio de enfermagem, sendo 211 auxiliares e 195 técnicos de enfermagem. Não há atendentes de enfermagem no quadro do hospital.

Nos demais serviços que compõem a estrutura do hospital em estudo, tais como o serviço de vigilância epidemiológica, o serviço de educação continuada, de saúde ocupacional; a comissão de controle de infecção hospitalar, entre outros, também contam com a presença de enfermeiros, porém, para este estudo apenas consideramos os enfermeiros que estão diretamente vinculados à coordenadoria do serviço de enfermagem.

De toda a estrutura que compõem o serviço de enfermagem do HPSMC, escolhemos as unidades de internação de clínica médica e de clínica cirúrgica, que constituem a área médica-cirúrgica. Esta área ocupa o terceiro andar prédio onde funciona o Hospital Municipal, anexo ao prédio do Pronto Socorro.

A unidade de internação de clínica médica possui cinco enfermarias, cada uma com capacidade para seis leitos, somando um total de 30 leitos, sendo 12 para o atendimento feminino e 18 para o atendimento masculino.

A unidade de internação de clínica cirúrgica possui quatro enfermarias, também com capacidade para seis leitos, sendo uma enfermaria para o atendimento feminino e três para o atendimento masculino. Os leitos destinados ao sexo masculino subdividem-se em seis para o atendimento de ortopedia, seis para cirurgias limpas e seis para cirurgias potencialmente contaminadas ou contaminadas.

Numa área comum, no mesmo andar, existe ainda um leito de isolamento que é utilizado tanto pela unidade de clínica médica quanto pela cirúrgica. Assim, a área médica-cirúrgica possui um total de 55 leitos que juntos representam 24,55% da capacidade do hospital em estudo.

A área médica-cirúrgica conta com um Enfermeiro assistente por unidade de internação e por turno e um enfermeiro que assume a função de gerente de área, somando 11 profissionais. A equipe de enfermagem conta ainda com sete e quatro profissionais de nível médio nas unidades de clínicas médica e cirúrgica por turno, respectivamente. Observamos que não há variação no número de profissionais que compõem as diferentes equipes de enfermagem, conforme o turno. Do total de 55 profissionais de nível médio lotado nas unidades de internação estudadas, 68% são técnicos de enfermagem, contra 32% de auxiliares de enfermagem.

As unidades de internação da área médica-cirúrgica contam com uma equipe médica composta pelas especialidades de cirurgia geral e ortopedia na clínica cirúrgica e infectologia, medicina interna, cardiologia e neurologia na clínica médica. Além da equipe médica, atuam na área fisioterapeutas, psicólogos, nutricionistas, fonoaudiólogos e assistentes sociais.

O hospital mantém convênio com diversas instituições de educação superior e técnica na área da saúde, públicas e privadas, e recebe, diariamente, alunos dos cursos técnicos e de graduação em enfermagem, de fisioterapia, medicina e fonoaudiologia para a realização de atividades práticas e de estágio. Para os cursos técnicos em enfermagem existe uma normatização do setor de educação continuada do hospital limitando a relação professor/aluno em no máximo 1/10; já para os cursos de graduação a relação não passa de 1/8 para as atividades práticas. Durante nossa permanência nas unidades foi comum a presença de alunos dos cursos de graduação em enfermagem realizando seus estágios de administração/gerenciamento, sempre no final do curso. Estes alunos têm supervisão indireta por parte da instituição de ensino e são escalados, no máximo, um para cada unidade.

Os sujeitos do estudo foram constituídos pelo conjunto dos enfermeiros lotados e em exercício na função assistencial nos diversos turnos na área médica-cirúrgica do hospital, somando o total de 10 enfermeiros. Porém, para o delineamento do perfil sócio-demográfico e profissional dos enfermeiros do hospital optamos pela aplicação do instrumento, indistintamente, a todos os enfermeiros que estão diretamente vinculados à coordenadoria do serviço de enfermagem, somando o total de 71, sendo que destes dois recusaram-se a participar do estudo.

A caracterização dos sujeitos, aqui assumida como parte do cenário, foi tratada em capítulo específico.

Para a caracterização do trabalho do enfermeiro, buscando compreender a sua arquitetura e dinâmica no espaço específico do hospital, incluímos no processo de observação o conjunto dos agentes do trabalho da enfermagem (técnicos e auxiliares de enfermagem), considerando o papel do enfermeiro como protagonista do processo de trabalho de enfermagem.

Conforme estabelece a LEPE, competem, privativamente, ao enfermeiro o “planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços de

assistência de enfermagem" (Brasil, 1986). Desta forma, o modo de agir dos técnicos e auxiliares de enfermagem, aqui reunidos sob a denominação de agentes de nível médio do trabalho da enfermagem – ANMTE certamente reflete o próprio modo de trabalho do enfermeiro.

4.4 – O trabalho de campo

Retomando as caracterizações do Estudo de Caso, agora relativo ao trabalho empírico, ainda em MINAYO (2006: 145), encontramos a importância da utilização de múltiplas fontes de informação ao longo da investigação, de modo a construir uma cadeia de evidências relevantes durante o trabalho de campo.

Neste sentido, recorreremos a quatro técnicas para a coleta de dados empíricos, sendo a primeira de natureza quantitativa, o que nos possibilitou o delineamento do perfil profissional e sócio-demográfico do conjunto dos enfermeiros que compõem o quadro de pessoal próprio do serviço de enfermagem do hospital, e as demais, de natureza qualitativa, que nos permitiram maior compreensão acerca do fenômeno em estudo, circunscrito as unidades de internação da área médica-cirúrgica.

Assim, o trabalho de campo foi organizado em dois momentos distintos. No primeiro utilizamos três técnicas: 1) entrevista estruturada, com a aplicação de um questionário contendo questões fechadas e objetivas; 2) análise documental; 3) e observação livre. No segundo momento, de posse do material coletado, previamente organizado e submetido a uma pré-análise, recorremos à técnica de entrevista semi-estruturada.

a) **Primeiro momento**:

Para o delineamento do perfil dos sujeitos foi aplicado um questionário contendo questões fechadas. Em Triviños (2006: 137) encontramos que *"*sem dúvida alguma, o questionário fechado, de emprego usual no trabalho positivista, também o podemos utilizar na pesquisa qualitativa", defendendo como válida sua utilização nas situações em que o pesquisador considerar relevante a caracterização geral dos sujeitos do estudo, buscando traços que os particularizam. Aqui buscamos tal

particularização por entendermos que o *modus operandi* de um dado agrupamento de profissionais, para além do que poderíamos chamar de cultura geral de uma corporação, pode ser determinado por traços particulares que compõem um perfil específico, produzindo diferentes formas de comportamento e, conseqüentemente, de ações relativas ao que se pretendeu conhecer.

Responderam ao questionário[13] os enfermeiros lotados e em exercício na coordenação do serviço de enfermagem do hospital que manifestaram formalmente sua concordância em participar do estudo. O roteiro foi aplicado em forma de entrevista e seu preenchimento foi feito pelo próprio pesquisador responsável.

Paralelamente à aplicação dos questionários, demos início à coleta dos dados dos registros dos prontuários – análise documental. Assim, foram extraídas todas as informações em forma de registro de enfermagem constantes nos prontuários de pacientes internados nos primeiros três meses do ano de 2007, nas unidades de internação de clínica médica e cirúrgica do hospital. Para tanto, foram selecionados, aleatoriamente, prontuários de pacientes que estiveram internados, no mínimo cinco dias e que já haviam tido alta por cura, transferência ou óbito. O critério acerca do número de prontuários analisados foi o de saturação das informações.

As informações dos prontuários foram extraídas e digitadas pelo pesquisador em instrumento próprio[14] e armazenadas no editor de texto Word 2007.

A análise documental nos permitiria conhecer, objetivamente, a perspectiva das intervenções dos enfermeiros por meio dos registros feitos pelos mesmos durante o período em que os pacientes estiveram sob os cuidados da enfermagem. Tais registros poderiam evidenciar as características do “feito” no cotidiano do trabalho dos enfermeiros.

Foram extraídos, igualmente, os registros realizados pelos agentes de nível médio do trabalho da enfermagem, já que estes poderiam indicar a relação do seu trabalho com o trabalho do enfermeiro. Atendo-se ao critério de saturação foram extraídas informações de 41 prontuários.

Finalizada a aplicação dos questionários e o levantamento dos registros dos prontuários, para melhor apreensão da realidade e do trabalho do enfermeiro, iniciamos o processo de observação não-participante. Neste momento do trabalho de campo procuramos extrair as impressões acerca do cotidiano do trabalho dos

[13] Apêndice 1 – Instrumento de coleta de dados do perfil dos sujeitos.
[14] Apêndice 2 - Instrumento para coleta de dados dos registros dos prontuários.

sujeitos – ainda na perspectiva do feito – e sua relação com o trabalho com a equipe de enfermagem, com os pacientes/clientes e com os demais profissionais que desenvolvem suas práticas junto às unidades de internação.

A técnica de observação não-participante foi aplicada apenas em parte do trabalho de campo e, segundo a denominação de Minayo (2006: 194), foi do "tipo livre, de caráter descritivo, o que dispensou um roteiro prévio".

No planejamento do processo de observação levamos em consideração o que Minayo (2006) adverte com relação à postura no campo: (a) como os processos investigados se organizam e manifestam no cotidiano; (b) a relação de contradição ou de equivalência entre o dito e o objetivamente feito no comportamento dos sujeitos observados; (c) como os sujeitos se relacionam, considerando a hierarquia e o comportamento entre pares e opostos; e (d) quais as evidências objetivas relativas ao objeto e que se manifestam como naturais no grupo ou no espaço e que significado eles têm para o estudo.

Para o processo de observação não-participante definimos em quatro horas a unidade de tempo para cada momento. Estes momentos foram distribuídos nos diversos turnos e fases dos plantões. Assim, foram totalizados 16 momentos com 64 horas de trabalho de campo no período de abril a outubro de 2008.

Todos os passos e procedimentos, bem como os aspectos relevantes percebidos durante a observação, foram registrados, datados e digitados no editor de texto Word 2007. Além dos registros, recorremos à gravação de relatos, para posterior digitalização e composição do material empírico deste momento do trabalho – o diário de campo[15].

b) **Segundo momento**:

De posse das informações organizadas e pré-analisadas, e já tendo identificado características das ações do conjunto dos enfermeiros, por meio dos registros nos prontuários e da observação não-participante, passamos ao segundo

[15] Apêndice 3 – Diário de Campo.

momento do trabalho de campo com a aplicação da técnica de entrevista semi-estruturada.

Considerando a nossa questão norteadora do estudo e a observação de Minayo (2006: 189) de que o roteiro para a entrevista semi-estruturada "deve apresentar-se na simplicidade de alguns tópicos que guiam uma conversa com finalidade", na a sua elaboração, buscamos atender às seguintes condições: (a) que cada questão mantivesse estreita relação com nosso objeto e que o seu conjunto possibilitasse lhe dar forma e conteúdo; (b) que cada questão possibilitasse a ampliação do diálogo, evitando aspectos que o restringisse; (c) que cada questão contribuísse para a explicitação da visão, dos juízos e das relevâncias relacionadas aos fatos e às relações que compõem o nosso objeto, do ponto de vista dos sujeitos entrevistados.

Elaborado o roteiro da entrevista semi-estruturada[16] passamos à fase da sua aplicação. A entrevista foi realizada com seis enfermeiros, todos lotados e em exercício nas unidades de internação de clínica médica e cirúrgica, nos seus diversos turnos. Assim como na técnica de análise documental, o critério na definição do número de entrevistas foi o de saturação das informações de interesse. Já a escolha dos sujeitos participantes foi aleatória entre aqueles que compõem as equipes das unidades de internação escolhidas e que, à medida que foram esclarecidos acerca dos objetivos da entrevista no contexto da pesquisa, manifestaram formalmente seu aceite.

Durante a realização das entrevistas, por meio da manifestação dos sujeitos entrevistados, identificamos a existência de um livro de passagem de plantão, localizado na sala da coordenação do serviço de enfermagem, onde são registradas as ocorrências relacionadas à dinâmica do trabalho dos enfermeiros. Tal identificação nos impôs a ampliação da aplicação da técnica de análise documental, dada a quase inexistência de registros realizados pelos enfermeiros nos prontuários dos pacientes.

Desta forma buscamos autorização da coordenadoria do serviço de enfermagem para acesso ao livro de registro do mesmo período de consulta aos prontuários. Lamentavelmente o livro não foi localizado. Diante da situação, optamos

[16] Apêndice 4 – Roteiro de entrevista semi-estruturada.

pelo livro disponível com o período mais aproximado, obtendo informações de julho a outubro de 2007.

Durante todo o trabalho de campo, o planejamento para a coleta de dados por meio da aplicação das técnicas de análise documental, observação não-participante e entrevista semi-estruturada foi, rigorosamente, observado o conteúdo do Estatuto Social da categoria enfermagem, a saber: a Lei Federal N.º 7.498/86 (Brasil, 1986) e sua regulamentação, e, subsidiariamente, a Resolução COFEN N.º 272/ 2002 (Brasil/COFEN, 2002), que dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem.

4.5 – Tratamento do material e análise

Finalizado o primeiro momento do trabalho de campo, passamos à organização e tratamento do material empírico. Dada à forma como o trabalho de campo foi planejado e estruturado, parte dos procedimentos de organização, tratamento e pré-análise do material empírico foi realizada a partir do final do primeiro momento de coleta de dados. Concordando com Gomes (2007), consideramos que na pesquisa qualitativa não há uma demarcação nítida entre os momentos de coleta de informações, organização, análise e interpretação do material empírico, não existindo nada que impeça a volta ao campo em busca de novas informações demandadas pelo processo. Como considerado, parte do material empírico foi pré-analisado de modo a contribuir na elaboração do roteiro de entrevista semi-estruturada, na busca do “dito” sobre o cotidiano do trabalho dos sujeitos.

As informações extraídas dos questionários sobre o perfil profissional e sócio-demográfico dos enfermeiros foram armazenadas em banco de dados *Microsoft Exell* e processadas por meio do programa estatístico *EPIDATA*, buscando sua descrição e análise. Tais informações, à medida que foram analisadas, constituíram importante recurso para a caracterização dos sujeitos, principalmente nos aspectos relacionados à formação profissional.

Quanto ao material qualitativo, optamos pela análise de conteúdo que, para Bardin (1979: 31), “não se trata de um instrumento, mas de um leque de apetrechos; ou, com maior rigor, será um único instrumento, mas marcado por uma grande

disparidade de formas e adaptável a um campo de aplicação muito vasto: as comunicações".

MINAYO (2006), em alusão às críticas proferidas à análise de conteúdo, por aqueles que a consideram caudatária das correntes positivistas, após considerações históricas acerca da sua aplicação na pesquisa social, coloca à guisa de conclusão:

> "(...) as atuais tendências históricas do uso e do desenvolvimento de técnicas de Análise de Conteúdo conduzem a uma certeza. Todo o esforço teórico, seja baseado na lógica quantitativista ou qualitativista, visa ultrapassar o nível do senso comum e do subjetivismo na interpretação e alcançar uma vigilância crítica ante a comunicação de documentos, textos literários, biografias, entrevistas ou resultado de observação" (Minayo, 2006: 308).

Dentro das possibilidades que a análise de conteúdo oferece optamos pela técnica de análise temática que, ainda segundo BARDIN (1979),

> "(...) o tema é a unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado segundo critérios relativos à teoria que serve de guia à leitura. [Assim], (...) fazer análise temática consiste em descobrir os "núcleos de sentido" que compõem a comunicação e cuja presença, ou freqüência de aparição podem significar alguma coisa para o objectivo analítico escolhido. (...) É geralmente utilizado como unidade de registro para estudar motivações de opiniões, de atitudes, de valores, de crenças, de tendências, etc" (Bardin 1979: 105).

Num primeiro momento, passamos a fazer a montagem do corpo empírico a ser analisado, que foi organizado a partir dos dados extraídos dos prontuários, livro de passagem de plantão, e do diário de campo do pesquisador - contendo os dados da observação e das entrevistas, já transcritas e digitadas. Estas últimas foram identificadas com a abreviatura "ENF" seguida pelo número de ordem da realização das entrevistas e da identificação do turno de trabalho (plantão) dos depoentes (Ex: ENF01/PM, ENF02/PV...).

A partir da organização do material, os passos da análise temática, conforme Gomes, (2007) e Minayo (2006), foram aplicados individualmente a cada conjunto de dados até a pré-categorização do seu conteúdo, na seguinte seqüência: (1) dados relativos ao "feito" – registros dos prontuários, do livro de passagem de plantão e da (2) observação não-participante; dados relativos ao "dito" – (3) entrevistas semi-estruturadas.

De início, realizamos exaustiva leitura vertical de cada unidade dos três conjuntos de dados e, posteriormente, fizemos a leitura horizontal por conjunto, o que nos permitiu compreender as relações que por vezes complementavam-se e ou eram expressivas de profundas contradições em torno de um único tema.

Na fase da leitura horizontal buscamos estabelecer as categorias empíricas a partir dos núcleos de sentido identificados em cada conjunto de dados. Posteriormente, buscando homogeneizar as categorias empíricas, realizamos uma releitura no sentido de identificar e estabelecer equivalência entre os diversos núcleos temáticos ou categorias empíricas que emergiram dos diferentes conjuntos de dados, com um balizamento feito com base no referencial teórico que orientou a pesquisa, ou seja, nas categorias analíticas utilizadas.

Segundo Bardin (1979), esta fase consiste na operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação e reagrupamento.

> "As categorias são rubricas ou classes as quais reúnem um grupo de elementos sob um título genérico, agrupamento esse efectuado em razão dos caracteres comuns deste elemento (Bardin, 1979: 117)".

Por categoria analítica entendemos aquelas que

> "(...) retêm, historicamente, as relações sociais fundamentais, servindo como guias teóricos e balizas para o conhecimento de um objeto nos seus aspectos gerais. Elas comportam vários graus de generalização e de aproximação (Minayo, 2006: 178)".

Já as categorias empíricas emergem da realidade como expressões classificatórias emanadas da subjetividade dos atores sociais e captadas pelo pesquisador permitindo a este último desvendar relações específicas e reveladoras do fenômeno em estudo.

Assim, do nosso ponto de vista, o processo de construção da análise de cada material empírico aqui adotado, em que pese à natureza distinta de cada conjunto, o que é requerido pelo método do estudo de caso, é indissociável e deve articular-se nas suas interfaces e estreitas relações com o objeto em estudo, num movimento de triangulação de dados.

Segundo Triviños (1990: 138), "(...) a técnica de triangulação de dados tem por objetivo básico abranger a máxima amplitude na descrição, explicação e compreensão do foco em estudo". Ainda neste sentido, Peduzzi (1998: 119)

complementa que a triangulação se dará “(...) por meio do cruzamento de múltiplos pontos de vista a partir de múltiplos informantes e de múltiplos instrumentos de coletas de dados”.

Neste sentido, todos os procedimentos de organização e análise do material empírico deram-se num processo de idas-e-vindas na perspectiva da categorização empírica dos dados. A figura 3 pretende esquematizar o processo por nós adotado nesta fase da pesquisa, considerando ainda que a análise, à luz do quadro referencial teórico, buscou interpretar a realidade numa perspectiva relacional, levando-se em consideração o delineamento do perfil dos sujeitos do estudo – parte do cenário de estudo.

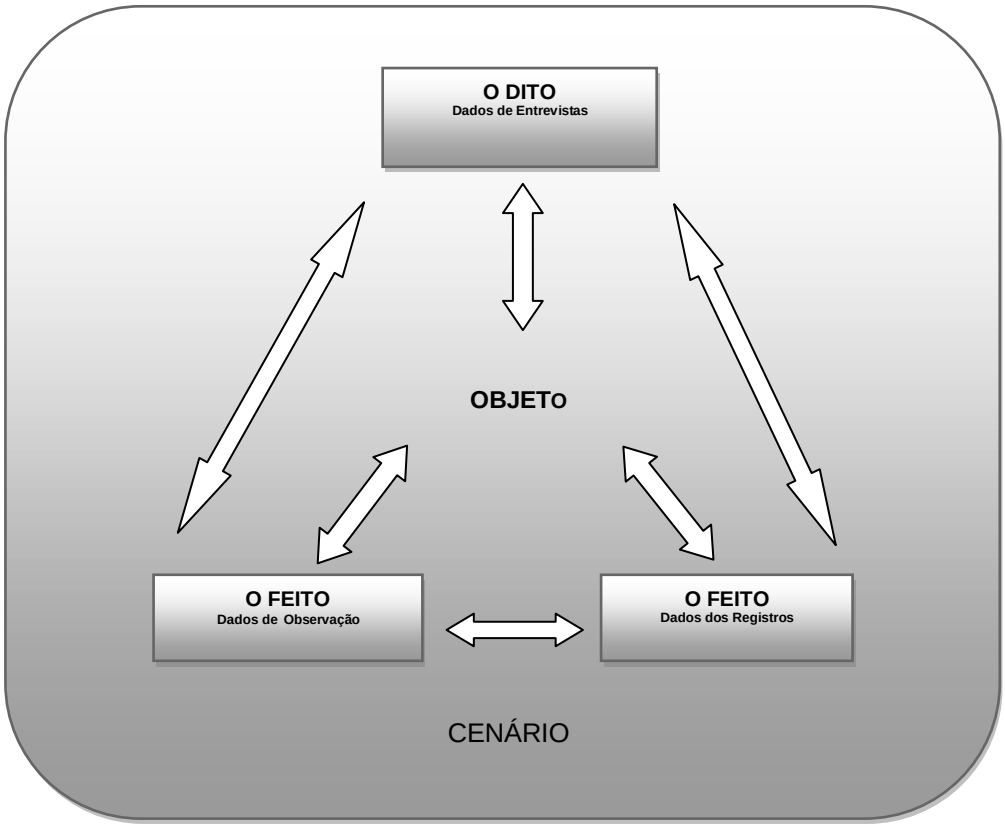


Figura 3. Esquema gráfico do processo de análise dos dados empíricos – triangulação de dados.

4.6 – Considerações éticas

Em todas as etapas de realização da pesquisa foram considerados os dispositivos constantes na Resolução CNS N.º 196/96 e o seu projeto foi submetido

ao Comitê de Ética da Universidade Federal de São Paulo sendo aprovado por meio do Processo CEP N.º 1.398/09.

CAPÍTULO 5 – O PERFIL SÓCIO-DEMOGRÁFICO E PROFISSIONAL DOS ENFERMEIROS DO HOSPITAL

5.1 – A importância do delineamento do perfil dos enfermeiros

Conforme já explicitamos no capítulo anterior, onde tratamos da metodologia da pesquisa, neste estudo fizemos opção pela abordagem qualitativa e pelo método de estudo de caso.

Assim, a inclusão da descrição do perfil dos enfermeiros do hospital atende a duas questões fundamentais, relativas à abordagem e método adotados, que cercam e estão presentes no debate acadêmico atual. A primeira trata-se do reconhecido limitado poder de generalização dos achados a partir da abordagem qualitativa, o que nos impõe a necessidade de bem explicitar e delimitar o contexto e o espaço em que o estudo foi realizado. Segundo, mas não menos importante, está nas características do método de estudo de caso, caracterizado "como uma categoria de pesquisa cujo objeto é uma unidade que se analisa aprofundadamente" (TRIVIÑOS, 2006: 133), requerendo assim que utilizemos "múltiplas fontes de informação" e criemos "uma cadeia de evidências relevantes durante o trabalho" (MINAYO, 2006: 155).

Relativo ao método adotado, ainda em Minayo (2006: 164) encontramos, entre os objetivos que a autora resume para o estudo de caso, que este deve possibilitar a [...] "*compreensão dos esquemas de referência e as estruturas de relevância relacionadas a um evento ou fenômeno"* e o esclarecimento de [...] "fatores que interferem em determinados processos", podendo esses últimos estarem relacionados às características próprias de um grupo.

Neste sentido, ainda que apenas parte do grupo dos enfermeiros do hospital tenha sido tomada como sujeitos do presente estudo, a caracterização sócio-demográfica e profissional da sua totalidade ou conjunto, aqui compreendida como cenário, pretendeu a descrição de traços que os individualizam, podendo, em

alguma medida, serem determinantes do modo de ser e estar no trabalho, no cotidiano daquele serviço.

A dimensão estrutural de recursos humanos em saúde tem uma vertente caracterizada por aspectos relacionados ao perfil da força de trabalho, buscando conhecer sua composição qualitativa e quantitativa, assim como a sua distribuição geográfica e disponibilidade (Machado *et. al.,* 1992).

No Brasil, a questão da disponibilidade de recursos humanos, sobretudo no que diz respeito ao quantitativo e qualitativo da força de trabalho em saúde, tem sido recorrente na agenda política de gestores das três esferas de Governo. Tal preocupação já estava presente nas formulações centrais contidas nas recomendações do relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde (Brasil, 1986), que subsidiou a construção do texto Constitucional de 1988, no qual foi definido o Sistema Único de Saúde – SUS (Brasil, 1988).

Desde então, somada às dificuldades de financiamento e do controle social, as questões em torno da gestão do trabalho e da educação na saúde, tem sido recorrentemente apontadas como um dos nós críticos que deveriam ser equacionados para a efetiva implantação ou implementação do SUS (Santana, 1996).

Diante disto, olhar o trabalho e o trabalhador na perspectiva da proposta colocada pelo presente estudo, sem buscar conhecer os fatores que diretamente podem estar influenciando a inserção, condições e modo de trabalho dos enfermeiros nos colocaria em contradição frente ao referencial teórico adotado.

Desta forma, a descrição das características destes trabalhadores pretende contribuir para a análise e compreensão dos seus modos de ser e estar no trabalho frente àquilo que assumimos como a questão central no estudo.

5.2 - Caracterização geral do grupo dos enfermeiros

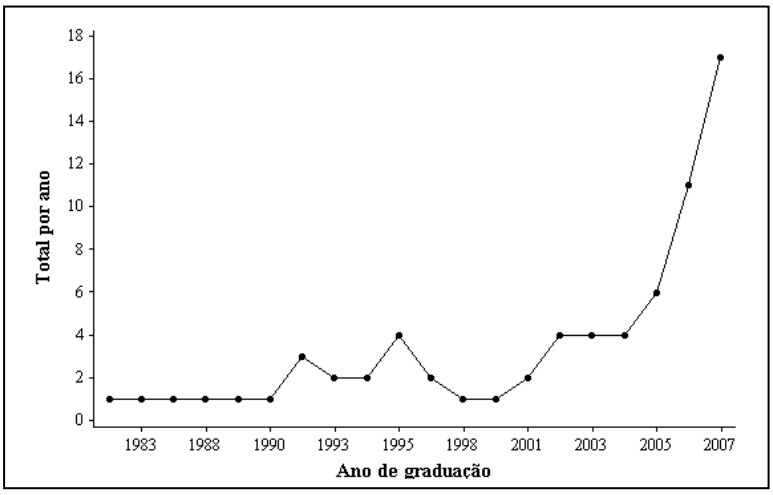
De início buscamos a caracterização dos enfermeiros do hospital por sexo, confirmando a predominância de mulheres 56 (81,2%) sobre o quantitativo de homens 13 (18,8%) no conjunto dos enfermeiros (Tabela 1). Historicamente o hospital, especialmente a parir da sua organização como espaço de cura e de cuidado, se configurou como uma das possibilidades para o trabalho feminino fora

do âmbito doméstico, dada a natureza assistencial e cuidadora de suas atividades. Essa distribuição corresponde a resultados de outros estudos que explicam a participação histórica da mulher na enfermagem, cujo trabalho no espaço do hospital à época da sua institucionalização equivalia às funções domésticas de zelar do lar e cuidar da prole e demais entes da família (Melo, 1986; Silva, 1989; Pires, 1989; Almeida e Yaslle Rocha, 1989).

Tabela 1. Número e porcentagem de enfermeiros, distribuído por sexo.

Sexo	Número	Porcentagem
Feminino	56	81,2
Masculino	13	18,8
Total	**69**	**100**

O tempo decorrido desde a conclusão da graduação desses profissionais variou entre 20 a 25 anos (4,4%) a menos de cinco anos (60,9%), demonstrando uma concentração progressiva daqueles com menos tempo de experiência profissional como enfermeiro (Figura 4). O expressivo quantitativo de profissionais com menor tempo de graduado pode estar relacionado à ampliação da oferta de cursos de graduação em enfermagem desde meados da década de 90 no Estado de Mato Grosso, sobretudo pela iniciativa privada. Apenas na Região Metropolitana de Cuiabá houve implantação de três novos cursos de enfermagem em escolas privadas entre 1990 a 2007, representado incremento de 1.120% na oferta de vagas anuais para a graduação de enfermeiros. Outro fator também relacionado à ampliação do número de vagas privadas para a graduação em enfermagem e que confirma a concentração dos enfermeiros com menor tempo de formação foi a natureza da instituição formadora, mostrando que 35 (50,7%) são enfermeiros egressos de instituições públicas e 34 (49,3%) de instituições privadas.



Confirmando esta perspectiva, a Figura 5 mostra que a quase totalidade dos enfermeiros (92,75%) é egressa de instituições formadoras do Estado de Mato Grosso.

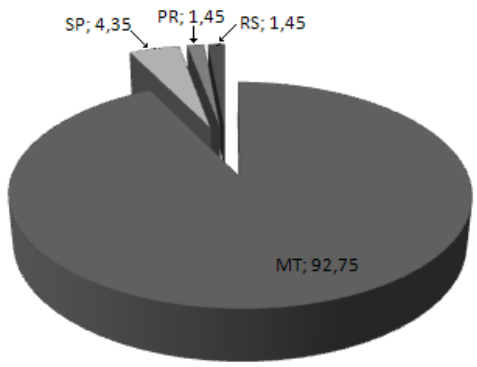
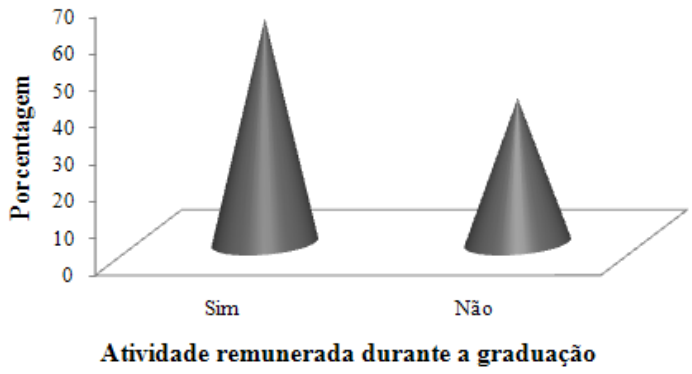


Figura 5. Gráfico circular da proporção dos enfermeiros, segundo UF da instituição formadora em nível de graduação em enfermagem.

É certo que o incremento na oferta de vagas para a graduação em enfermagem promoveu maior acesso aos cursos e, consequentemente, a oferta de enfermeiros para a Região Metropolitana de Cuiabá e outras cidades do Estado. Porém, observamos, entre os enfermeiros da pesquisa, duas situações que, de modo determinante, possibilitaram o acesso e a permanência na escola. A primeira foi a declaração feita por 14 (20,3%) enfermeiros de terem recorrido a algum tipo de financiamento para ter acesso à educação superior e, a segunda e mais expressiva, foi a declaração de 42 enfermeiros (60,9%) da manutenção de alguma atividade remunerada durante a graduação, conforme mostra a Figura 6.



Considerando as duas situações, é plausível inferir que a expansão do número de vagas para a formação em enfermagem na Região, em que pese a ampliação das possibilidades de acesso à educação superior, demandou considerável esforço para a manutenção dos enfermeiros na escola.

A expressiva declaração do exercício da atividade remunerada durante a graduação foi, de alguma forma, relacionada à declaração de experiência profissional na área da saúde antes da graduação (Figura 7), incluindo na própria enfermagem (Tabela 2).

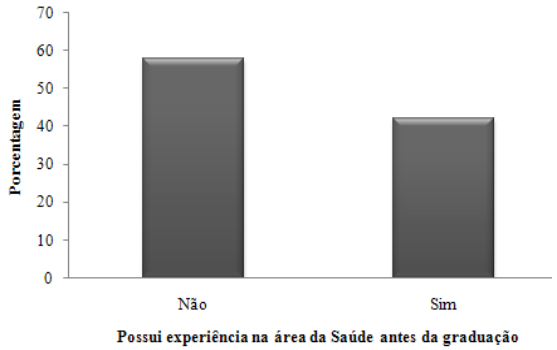


Figura 7. Proporção dos enfermeiros, segundo experiência profissional na área da saúde antes da graduação.

Tabela 2. Número e porcentagem dos enfermeiros da pesquisa por experiência profissional em enfermagem antes da graduação.

Tipo de experiência	Número	Porcentagem
Atendente de enfermagem	1	3,6
Auxiliar de enfermagem	10	35,7
Técnico de enfermagem	17	60,7
Total	**28**	**100**

Além da declaração de já possuir experiência na área de saúde/enfermagem antes da graduação, constatou-se também que 6 (8,7%) dos enfermeiros possuíam outra formação em nível superior, fora da área da saúde.

No que tange à busca pela continuidade dos estudos observou-se que 44,9% dos participantes relataram capacitação em nível *lato sensu* (especialização), conforme mostra a Figura 8. Já em nível *stricto sensu* (mestrado e/ou doutorado) não houve resposta positiva quanto ao ingresso ou conclusão neste nível de ensino.

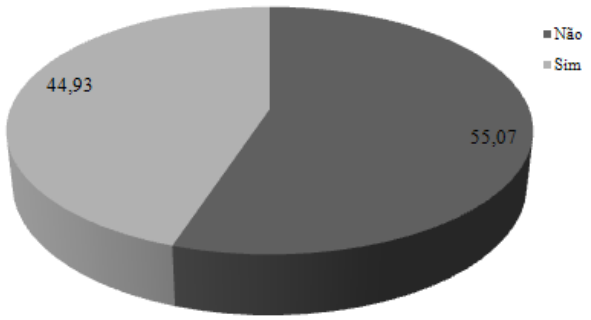


Figura 8. Gráfico circular da porcentagem de enfermeiros, segundo continuidade dos estudos em nível de pós-graduação *lato sensu*.

Considerando que o hospital onde o presente estudo foi realizado trata-se da única unidade hospitalar pública na capital do Estado, caracterizada como serviço de referência para a alta complexidade em urgência e emergência, podemos considerar que o serviço de saúde municipal carece de uma política efetiva de investimento na qualificação dos enfermeiros, já que 38 (55,1%) profissionais declararam não ter concluída qualquer formação em nível de especialização.

Ainda nesse sentido, conforme mostra a Tabela 3, observamos que entre os cursos de especialização concluídos, apenas 4 (16,5%) estão relacionados ao processo de trabalho de cuidar nas áreas dos serviços mantidos pelo hospital. Outros 3 (9,9%) estão relacionados ao processo de trabalho de gestão/administração hospitalar.

Este resultado já era esperado, considerando que na Região Metropolitana de Cuiabá, em que pese a existência de 4 escolas de formação superior em enfermagem, não existe nenhum programa de formação em nível de especialização com oferta regular de cursos. Os poucos cursos oferecidos são de iniciativa das escolas privadas ou de instituições de outros Estados da Federação e que mantém representações junto a diversos estabelecimentos de ensino da Capital. Em ambos os casos, as mensalidades praticadas estão acima das possibilidades da realidade

dos salários pagos pelo SUS Cuiabá. A exceção se faz pela Escola de Saúde Pública do Estado de Mato Grosso, que recentemente foi credenciada para a oferta de um programa de pós-graduação *lato sensu* na área da saúde, porém, seus cursos estão voltados para o fortalecimento da atenção básica e do processo de gestão em saúde.

Tabela 3. Número e porcentagem dos enfermeiros, segundo capacitação em área de pós-graduação em nível *lato sensu*.

Área de pós-graduação *lato sensu*	**n**
Saúde pública	8
Saúde pública com ênfase em PSF	3
Administração hospitalar	3
Administração de serviços de saúde	1
Auditoria de serviços de saúde	3
Didática ensino superior	1
Enfermagem do trabalho	1
Gestão em saúde e política social	2
Gestão pública	1
PROFAE	1
Saúde da família	1
Saúde da mulher	1
Saúde mental	1
Urgência e emergência	1
UTI adulto	1
UTI neonatal	2
Total	**31**

A Figura 9 mostra o ano de conclusão dos cursos de especialização, guardando estreita relação com o tempo de formação dos enfermeiros e com a ampliação do número de escolas privadas no Estado de Mato Grosso, sendo atualmente as maiores ofertantes de cursos neste nível de ensino.

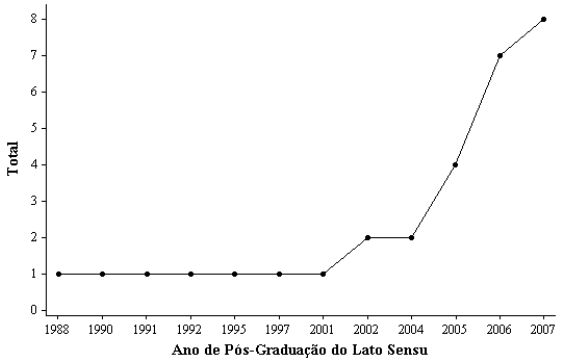


Figura 9. Gráfico cronológico do total dos enfermeiros contra ano de Pós-Graduação do *Lato Sensu*.

Ainda no sentido da melhor qualificação para o trabalho, conforme mostra a Tabela 4, a maioria dos enfermeiros declararam a não participação em qualquer curso de capacitação ou atualização com carga horária maior que 40 horas nos últimos cinco anos, o que confirma o baixo investimento na educação continuada para os servidores do hospital em estudo.

Tabela 4. Número e porcentagem dos enfermeiros, segundo participação em cursos de capacitação realizados nos últimos cinco anos com carga horária superior a 40 horas.

Carga horária > 40 horas	Número	Porcentagem
Não	35	50,7
Sim	34	49,3
Total	**69**	**100**

Completando o aspecto da educação continuada e considerando as diversas formas de atualização profissional, foi possível identificar enfermeiros que assinam algum periódico da área da saúde e/ou de enfermagem ou que participaram de algum evento de natureza científica na área de saúde e/ou enfermagem nos últimos cinco anos. Da população estudada, apenas 3 (4,4%) profissionais declararam assinar algum periódico na área da saúde. No entanto, para periódicos da área específica de enfermagem, observamos maior interesse, com 23 (33,3%) enfermeiros respondendo ter assinatura (Figura 10-A), chamando a atenção para o fato de que 100% destes assinam a mesma revista.

Com relação à participação em eventos de natureza científica, apenas 6 (8,7%) declararam ter participado de pelo menos um evento nos últimos cinco anos. Já nos eventos específicos na área de enfermagem houve uma maior participação, com 13 (18,8%) enfermeiros, conforme mostra a figura 10-B.

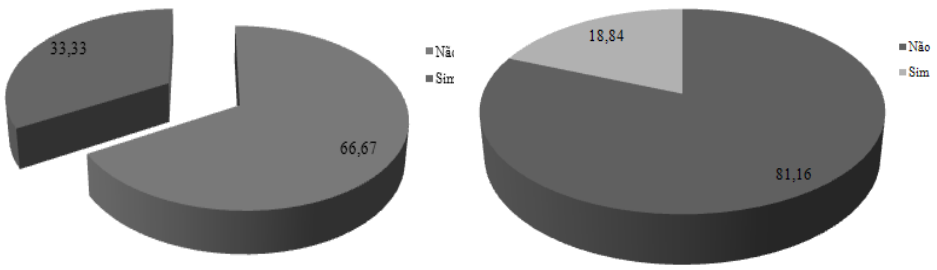


Figura 10: Proporção dos enfermeiros que declararam iniciativa individual para a educação continuada: **A** – Assinatura de algum periódico de natureza técnica-científica-cultural na área de enfermagem; B – Participação em eventos científicos na área de enfermagem nos último cinco anos.

5.3 – Participação social, política e cultural dos enfermeiros do hospital

Além dos aspectos relativos à formação continuada, buscamos identificar o grau de participação política dos enfermeiros, tanto do ponto de vista geral na sociedade, pela filiação à partido político, quanto na política interna à área/profissão, que foi definida pela filiação sindical. Os resultados são apresentados nas figuras 11-A e 11-B, respectivamente.

A filiação partidária foi insignificante, referida por apenas oito (11,6)% dos enfermeiros. Já com relação à filiação ao sindicato da categoria, a participação foi mais expressiva, contando com 39 (56,5%) entrevistados.

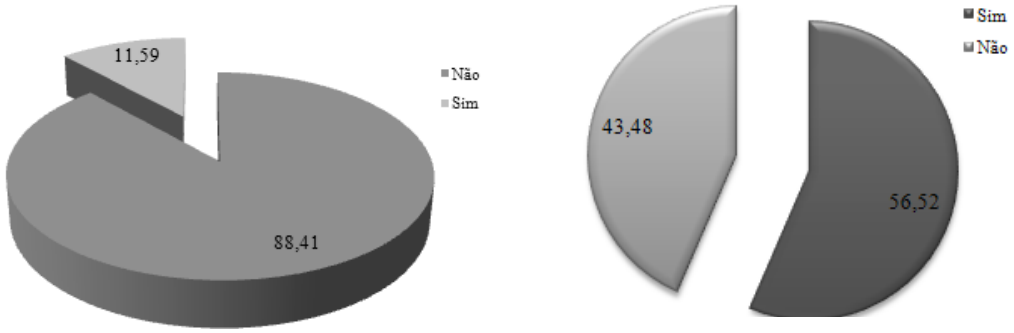


Figura 11-A. Proporção dos enfermeiros, segundo filiação a algum partido político (**A**) ou a alguma entidade sindical (**B**) que congrega profissionais de enfermagem.

5.4 – Perfil de vínculo e condições de trabalho

Buscamos caracterizar a natureza do vínculo empregatício dos enfermeiros, considerando a forma de acesso e contrato de trabalho. Conforme mostra a Figura 12, apenas um enfermeiro declarou ser estável no serviço público municipal, tendo adquirido a estabilidade em 1988, por possuir mais de 5 anos de efetivo exercício no cargo à época da promulgação da atual Constituição Federal (Brasil, 1988). Outros 30 (43,5%) declararam ser efetivos e que tiveram acesso ao cargo por meio de

concurso público. A maioria, isto é 38 (55,1%) profissionais, declarou estar submetida aos contratos de trabalho temporário, o que equivale ao trabalho precário, ou seja,

> "aqueles que se exercem na ausência dos direitos trabalhistas e de proteção social, ou seja, que são desprovidos de normas legais e não garantem os benefícios que dão segurança ao trabalhador, tais como: aposentadoria, férias anuais, 13º salário e licenças remuneradas" (Brasil, 2006).

Ainda a guisa de conceituação, consideramos a definição de trabalho precário do ponto de vista das entidades representativas dos gestores de saúde do Brasil, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS e Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde - CONASEMS, de que

> "o trabalho precário em saúde está relacionado aos vínculos de trabalho no SUS que não garantem os direitos trabalhistas e previdenciários consagrados em lei, seja por meio de vínculo direto ou indireto" (Brasil, 2006).

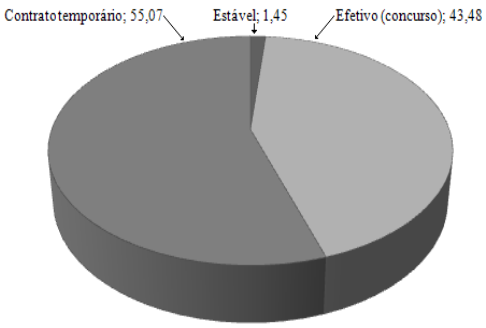


Figura 12. Proporção dos enfermeiros, segundo natureza do vínculo com o serviço público municipal.

Nesta mesma direção, buscamos identificar o cargo ocupado pelos enfermeiros, onde encontramos 14 (18,8%) ocupantes de cargos de nível médio, sendo 9 (13,0%) no cargo de auxiliar de enfermagem e 4 (5,8%) no cargo de técnico de enfermagem, caracterizando o desvio de função entre os enfermeiros, conforme mostra a Figura 13.

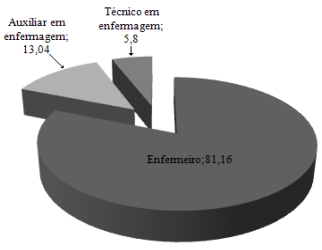


Figura 13 – Proporção dos enfermeiros, segundo cargo ocupado no hospital de estudo

Tal distribuição evidencia, de um lado, a busca dos profissionais de nível médio por melhor qualificação para o trabalho e, de outro, a ausência de uma política de recursos humanos que contemple a mobilidade na carreira ou o acesso ao cargo de nível superior via concurso público. É certo que a mudança de cargo caracteriza ascensão, o que a Constituição Federal só permite via concurso público, porém, se a instituição mantém o desvio de função é por que existe o posto de trabalho livres e, consequentemente, vagas para o cargo de enfermeiro, o que poderia ser corrigido via Concurso Público.

Já com relação à função, 65 (94,2%) enfermeiros que responderam ao questionário declararam estar desenvolvendo funções técnico-assistenciais, aqui compreendidas como o conjunto de atividades desenvolvidas em torno do cuidado ou do seu gerenciamento. Os demais estão distribuídos nas funções de gestão e administração (Figura 14).

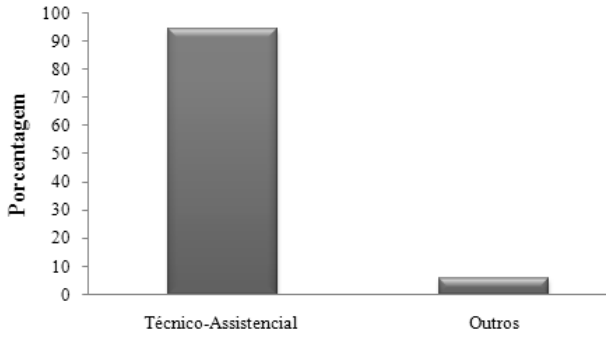
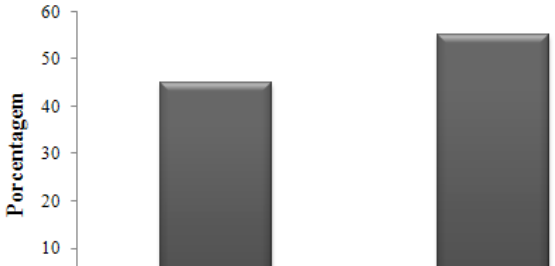


Figura 14. Proporção dos enfermeiros, segundo função que exerce no hospital do estudo.

Outro aspecto que chama a atenção está na diferença da jornada semanal de trabalho entre os enfermeiros estáveis/efetivos e aqueles outros submetidos ao contrato temporário. Para os primeiros, salvo aqueles que estão ocupando cargos de confiança/gestão, a jornada praticada é de 30 horas semanais, com o recebimento de uma gratificação pelo regime de plantão. Já para os segundos, a jornada é de 40 horas semanais, não incluindo a gratificação de plantão (Figura 15).



Do nosso ponto de vista, a diferença nas jornadas de trabalho praticadas e nas remunerações, pelo simples fato da diferença de vínculo empregatício, amplia o conceito de trabalho precário para além da ausência de proteção social.

Ainda considerando as condições de trabalho, buscamos identificar o percentual de enfermeiros que estão submetidos ao multiemprego como forma de compor renda. Constatamos 47 (68,1%) e sete (10,1%) profissionais militando em dois e três empregos, respectivamente, conforme mostra as figuras 16-A e 16-B.

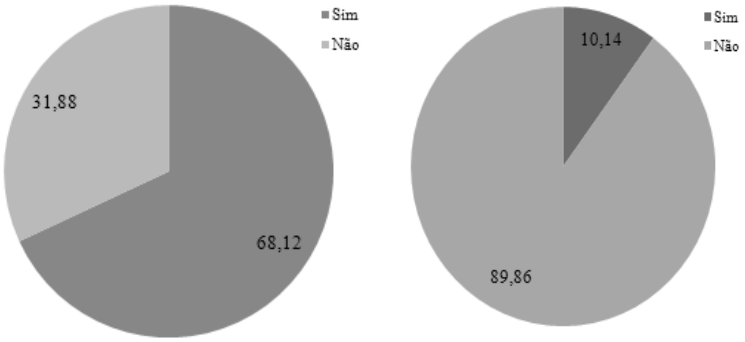


Figura 16. Proporção dos enfermeiros que declararam possuir segundo (A) ou terceiro (B) vínculo profissional.

Além da declaração de multiemprego na área da saúde/enferrmagem, encontramos ainda oito (11,6%) enfermeiros que declararam possuir atividade remunerada em outras áreas. Destes, dois (25,0%) informaram que atuam como professores na rede pública de ensino fundamental e médio.

5.5 – Perfil sócio-demográfico

Relativo ao perfil sócio-demográfico buscamos identificar a faixa etária e as condições de estado civil, filhos, posição como chefes de família e classificação econômica, além do sexo já descrito anteriormente.

Conforme consta na Tabela 5, o grupo dos enfermeiros é relativamente jovem, apresentando concentrações mais expressivas nas faixas etárias de 41 – 45, com 20.7% e de 26 – 30, com 27.8%. A maior idade encontrada foi 57 anos (1.4%) e a menor 23 anos (1.4%).

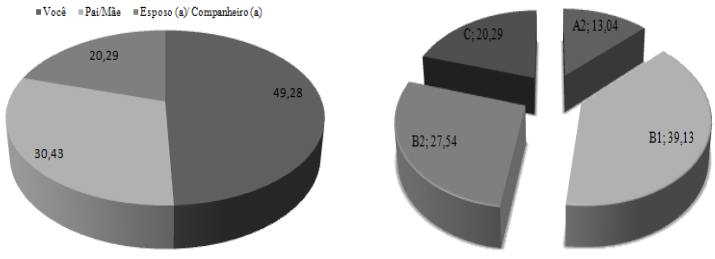
Tabela 5. Distribuição dos enfermeiros por faixa etária.

Faixa etária	Número	Porcentagem
20 – 25	4	5,7
26 – 30	19	27,8
31 – 35	9	12,9
36 – 40	11	15,8
41 – 45	14	20,7
46 – 50	6	8,6
Mais de 50	6	8,5
Total	**69**	**100**

Do conjunto dos enfermeiros, 42 (60,9%) declararam ser solteiros, contra 25 (36,2%) que declaram ser casados ou conviver com companheiro (a) numa união estável. Os demais, totalizando cinco (2,9%) enfermeiros, declaram ser separados judicialmente e viver na condição de solteiro.

Já com relação à variável ter filhos, 39 (56,5%) dos enfermeiros responderam positivamente e o número de filhos variou entre um e três, assim distribuídos: um filho 13 (18,8%); dois filhos 22 (31,9%) e três filhos 4 (5,8%).

No que se refere à classificação econômica, valemo-nos do questionário já validado “Critério Brasil”, da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa - ABEP, versão 2003. Assim, encontramos 34 (49,3%) dos profissionais que se auto-declararam chefes de família. Quanto à classificação econômica, os enfermeiros foram classificados de modo mais expressivo entre os níveis B1 e B2, com 27 (39,1%) e 19 (27,5%), respectivamente. Nove (13,0%) ficaram classificados no nível A2 e 14 (20,3%) no nível C (Figura 17 A e B).



A **B**

CAPÍTULO 6 – ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

Tomando o conceito de processo de trabalho como ação intencional do ser humano que, pela utilização de instrumentos específicos, transforma um dado objeto que resultará em um produto para o atendimento de necessidades sociais (Marx, 1994), neste capítulo trataremos do trabalho da enfermagem nesta perspectiva, no ambiente hospitalar.

Para além dos aspectos gerais do estudo do trabalho da enfermagem enquanto processo, buscamos considerá-lo a partir da sua institucionalidade, relacionando as características do trabalho do enfermeiro no cotidiano do hospital com as normas legais que o legitima como integrante das práticas de saúde no país (Brasil, 1986, 1987).

Assim, explicitamos a estrutura do presente capítulo, composto por três núcleos de análise que nos possibilitaram o diálogo entre as evidências empíricas e o referencial teórico adotado, a saber: como o enfermeiro realiza o seu trabalho – o feito; percepções do enfermeiro acerca do seu trabalho – o dito; e a relação do trabalho do enfermeiro com o conteúdo das normas legais que o regulamentam.

Como unidade de análise, consideramos a área médica-cirúrgica do hospital estudado, composta pelas unidades de internação de clínica médica e clínica cirúrgica. As diversas situações de trabalho foram tomadas no seu conjunto a partir dos três núcleos de análise definidos. Assim, em que pesem as diferenças técnicas existentes entre as duas unidades de internação, do ponto de vista da organização do trabalho assistencial de enfermagem elas estão reunidas sob uma única

estrutura, a gerência da área de enfermagem médica-cirúrgica, possuindo desta forma organização e dinâmica de trabalho singulares.

Assim, a partir dos núcleos de análise estabelecidos, buscamos a caracterização do serviço de enfermagem situando aí o trabalho do enfermeiro; posteriormente buscamos identificar entre os sujeitos como estes percebem sua atuação como protagonistas das ações de enfermagem; para, finalmente, estabelecermos as relações entre estas duas dimensões do estudo com o conteúdo das normas legais que regulamentam o trabalho da enfermagem/enfermeiro no Brasil (Brasil, 1986; 1987; 2002).

6.1 – A organização e o funcionamento do trabalho de enfermagem na área médica-cirúrgica

Conforme descrito no capítulo que tratamos da metodologia, o serviço de enfermagem do hospital em estudo é organizado em uma coordenação geral, que responde institucionalmente pela assistência de enfermagem e pela organização do ambiente do cuidado em geral. Para tanto, na sua estrutura interna, conta com quatro gerências que são organizadas por área.

Como dito, a presente pesquisa tomou como cenário de estudo as unidades de internação de clínica médica e clínica cirúrgica. Cada uma destas unidades tem alocado um enfermeiro para os turnos da manhã e tarde e mais três enfermeiros para o turno da noite, que revezam em plantões de 12/60, somando um total de 10 enfermeiros-assistentes, além de um enfermeiro-gerente, num total de 11 profissionais.

Segundo nos foi informado pela coordenação do serviço de enfermagem, e está previsto em seu regimento[17], ao enfermeiro-gerente compete o gerenciamento das unidades de internação que compõem a área, devendo fazer a gestão de material, ambiental e de recursos humanos, assim como a garantia dos diversos encaminhamentos que possibilitam a assistência de enfermagem e o trabalho dos demais integrantes da equipe de saúde. Ao enfermeiro de clínica, aqui denominado

[17] Soubemos da existência do Regimento Interno do Serviço de Enfermagem, porém não tivemos acesso. Segundo informação da Coordenação do Serviço de Enfermagem, seus originais estão arquivados em algum lugar do hospital, justificado pela recente mudança do local onde funciona a Coordenação.

enfermeiro-assistente, compete o gerenciamento do cuidado e o cuidado de enfermagem em si.

Por gerenciamento do cuidado de enfermagem compreendemos a articulação das dimensões gerencial e assistencial, numa perspectiva em que a primeira deve potencializar a capacidade técnica da segunda. Esta articulação deve se configurar mediatizada pelo processo de comunicação e interação entre os agentes do trabalho da enfermagem e entre estes e o paciente, família e demais profissionais da equipe de saúde (Silva, Gomes e Anselmi, 1993; Peduzzi e Anselmi, 2002; Kurcgant, 2005; Sanna, 2007; Rossi e Silva, 2005; Hausmann e Peduzzi, 2009).

A forma de organização do serviço de enfermagem do hospital em estudo, conforme referido e descrito em recente pesquisa que investigou a articulação entre as dimensões gerencial e assistencial do processo de trabalho do enfermeiro, realizada em um hospital privado na cidade de São Paulo, evidencia os traços da influência da "administração clássica, em particular do modelo taylorista/fordista e burocrático, caracterizado por divisão do trabalho, hierarquia, autoridade legal, sistema de procedimentos e rotinas, impessoalidade nas relações interpessoais e outros" (Hausmann e Peduzzi, 2009).

O serviço de enfermagem da área médica-cirúrgica, assim como nas demais áreas do hospital, obedece à lógica da divisão do trabalho, expressa como social e técnica. A divisão social resulta em funções que são próprias do enfermeiro-gerente e outras que são inerentes ao trabalho do enfermeiro-assistente. Mesmo considerando o aspecto da hierarquia do primeiro sobre o segundo, ambos são enfermeiros e a divisão do trabalho entre as duas funções atende à perspectiva da especialidade, já que o trabalho gerencial deve complementar o trabalho assistencial e vice-versa. No que diz respeito à divisão técnica, o trabalho é parcelado entre o enfermeiro-assistente e os técnicos e auxiliares de enfermagem, considerando os momentos de concepção e execução do processo de cuidar.

Atendendo a está forma de organização do trabalho assistencial de enfermagem, as equipe são planejadas considerando a presença de um enfermeiro e seis e quatro ANMTE para as clínicas médica e cirúrgica, respectivamente.

Na maioria dos dias em que estivemos na clínica médica o plantão contou efetivamente com seis ANMTE, porém, na escala mensal da unidade sempre constavam oito profissionais, entre técnicos e auxiliares de enfermagem, no sentido

de garantir que os plantões tenham um ANMTE por enfermaria, mesmo nas situações de falta, férias ou licenças. Já nas escalas da clínica cirúrgica são mantidos o mínimo de quatro ANMTE, considerados necessários ao trabalho assistencial no setor.

Diferentemente do que prevê a normatização do Conselho Federal de Enfermagem – COFEN, acerca do dimensionamento de pessoal de enfermagem para unidades de internação, o número de ANMTE não varia nos três turnos, sendo mantido o mesmo quantitativo, independente do horário (Brasil, 2004).

6.1.2 – A gerência da área de enfermagem médica-cirúrgica

O gerente não consta na escala, ele pertence à equipe da própria coordenadoria do serviço de enfermagem o que reforça sua posição hierárquica. Na condição de elo entre a coordenadoria do serviço de enfermagem e a equipe de enfermagem das unidades, o gerente goza de prerrogativas diferenciadas, subordinando o trabalho de toda equipe às suas funções na clínica. A ele cabe o controle de material, equipamentos, recursos humanos, no sentido de possibilitar o processo de cuidar nas unidades, e o faz por meio da supervisão do trabalho de todos os agentes do trabalho da enfermagem. No excerto, a seguir, exemplificamos a conduta gerencial do enfermeiro:

> "Chega ao posto de enfermagem (PE) o enfermeiro-gerente da área médica-cirúrgica. Ele é o responsável pela gerência das unidades de internação de clínica médica e cirúrgica. O Gerente fala compulsivamente, gesticula e parece não ouvir as pessoas... Entrando no PE pergunta à enfermeira sobre um saco do tipo lixo hospitalar que se encontra sob o balcão. A enfermeira responde que se trata das roupas e pertences do paciente que fora a óbito. Ele diz a ela que precisa ser identificado e entregue ao SPP – Serviço de Prontuário do Paciente. Em seguida a enfermeira identifica o saco contendo as roupas e pertences do paciente com uma tira larga de esparadrapo e coloca o saco logo na entrada do PE, conforme orientação do enfermeiro-gerente. O enfermeiro-gerente dirige-se para a sala de preparo de medicações e a enfermeira permanece sentada na frente do balcão com seus afazeres. A sala de preparo está cheia. O pequeno espaço da bancada e pia é disputado entre os ANMTE que estão ocupados com a preparação da medicação. Tão logo entra no recinto, o enfermeiro-gerente, em voz alta, pergunta

> a todos em tom severo: *"quem quebrou o vidro do armário?"* O assunto vira uma grande brincadeira entre o enfermeiro-gerente e os ANMTE. Vez por outra o enfermeirogerente, literalmente, grita de dentro da sala de preparo fazendo perguntas à enfermeira. Em dado momento, diante da abordagem do mesmo, a enfermeira olha para mim e, com ar de indiferença e jocoso, dá-com-os-ombros. Depois de muitas falas e risos com os ANMTE o enfermeiro-gerente deixa a unidade despedindo-se cordialmente. Na saída, avisa à enfermeira que ele mesmo levará o saco com as roupas e pertences do paciente que fora a óbito" **(NO N.º 03/Abr 2008/clínica médica).**

Durante o período de trabalho de campo, por apenas duas vezes encontramos o enfermeiro-gerente na área médica-cirúrgica. Pudemos observar que sua presença nunca fora solicitada, nem tão pouco, foram feitos encaminhamentos a ele ou por meio dele. Desta forma, pudemos perceber a atuação do enfermeiro-gerente apenas por meio dos diversos avisos fixados nos murais dos Postos de Enfermagem (PE) da área e nas paredes dos setores. Na porta da sala de guarda da roupa das clínicas médica e cirúrgica encontravam-se três avisos fixados:

> **"Aviso 1** - *Atenção: Enfermeiros realizar visita nas enfermarias preenchendo censo diariamente em todos os períodos. Assinatura/ Gerente da clínica médica/cirúrgica".*
>
> **Aviso 2 -** *"Atenção: é obrigatório 'a passagem de plantão nas enfermarias, para observar e identificar as intercorrências para o colega responsável. O profissional devera estar na unidade 15 minutos antes do horário para receber o plantão, caso contrário, não terá direito de reclamar e assumira responsabilidades posteriores. Atenciosamente Assinatura/ Gerente da clínica médica/cirúrgica".* (subscrito pela Coordenação do serviço de enfermagem).
>
> **Aviso 3 -** *"Atenção: Proibido admitir paciente proveniente de outros setores com ausência da ficha de entrada e AIH preenchida. Atenciosamente Assinatura/ Gerente da clínica médica/cirúrgica".* **(NO N.º 06/Jun 2008/clínica médica e clínica cirúrgica)**

No mural da clínica médica esteve fixado o seguinte aviso:

> *"PAPEL TIMBRADO DO HOSPITAL*
>
> *Solicito a equipe de enfermagem que respeite o direito do paciente internado, aferindo e anotando de forma digna os sinais vitais como pressão arterial, pulso freqüência respiratória, e temperatura. Os sinais vitais é de suma importância para a equipe multidisciplinar para detectar alterações, intervindo e direcionando no terapeuta do paciente*
>
> *É de responsabilidade da equipe de enfermagem e será seguida a legislação conforme infrações e penalidades, do capítulo VII, art. 85, 86 da lei n.º 5.906/73 COREN-MT.*
>
> *Assinatura*
>
> *Gerente da clínica médica/cirúrgica"*
>
> *Missão do HPSC: "Garantir a saúde das pessoas através da assistência humanizada em situação de urgência e emergência de média e alta complexidade".*
>
> **(NO N.º 07/Jul 2008/clínica médica e clínica cirúrgica)**

No mural dos Postos de Enfermagem das unidades continha ainda idênticos avisos com a seguinte descrição:

> "Timbre da instituição
> *A partir desta data fica determinado que é de competência do enfermeiro o aprazamento das prescrições médicas e cuidados de enfermagem.*
> *E o auxiliar e técnico de enfermagem e responsável a executar a prescrição médica com responsabilidade garantindo o tratamento do cliente caso contrário o funcionário será punido com advertência segundo a legislação conforme infrações e penalidades, do capítulo VII, art. 85, 86 da lei n.º 5905/75 COREN-MT.*
> *Assinatura*
> *Gerente da clínica médica/cirúrgica"*
> **(NO N.º 09/Jul 2008/clínica médica e clínica cirúrgica)**

Considerando o conteúdo destes excertos podemos deduzir que a ação da gerência de área se dá mais por meio da comunicação escrita que pela presença do enfermeiro-gerente na área. Ainda nas situações em que o enfermeiro-assistente de uma das unidades esteve ausente, por falta ou folga na escala, o enfermeiro-gerente não esteve presente. Nestas circunstâncias, a folga ou falta do enfermeiro-assistente é coberta, à distância, pelo colega de outra unidade, conforme se demonstra a seguir:

> "Uma ANMTE vem até o balcão da clínica médica e aborda a enfermeira dizendo que precisa de mais funcionários na clínica cirúrgica. Segundo a ANMTE, as cinco enfermarias estão cheias e só vieram três funcionários. Percebo que, naquele plantão, a enfermeira da clínica médica também responderá pela clínica cirúrgica e, até aquele momento, a enfermeira não tinha ido visitar a unidade. Na clínica médica, dos 33 leitos apenas 26 estão ocupados e, naquela manhã, a equipe contava com oito ANMTE, além da enfermeira. As duas conversam e chegam ao entendimento de remanejar um ANMTE da clínica médica para a clínica cirúrgica".
> **(NO N.º 14/Out 2008/clínica médica)**

Além de evidenciarmos a ausência do enfermeiro-gerente, nas situações em que o enfermeiro-assistente diretamente responsável pela equipe de enfermagem está ausente no plantão, conforme descrito no excerto, percebemos ainda que suas funções gerenciais são assumidas pelo enfermeiro-assistente responsável pela outra unidade de internação da área.

A forma como o enfermeiro-gerente relaciona-se com o enfermeiro-assistente evidencia o seu distanciamento da responsabilidade técnica do trabalho de

enfermagem na unidade, denunciando a desarticulação na equipe de enfermagem naquilo que poderia ser o fator facilitador da proximidade do enfermeiro-assistente das ações relacionadas diretamente com o processo de cuidar ou de gerenciar o cuidado.

Dado o seu comportamento, percebemos o não reconhecimento pela equipe de enfermagem acerca da sua importância, em que pese à relação de proximidade daquele enfermeiro-gerente com os ANMTE, o que se explica mais pelo caráter pessoal da relação que pela via da relação profissional.

A relação de proximidade do enfermeiro-gerente com os ANMTE parece respaldar estes últimos com relação ao não reconhecimento da autoridade técnica do enfermeiro-assistente junto à sua equipe de trabalho. Mesmo diante da omissão e distanciamento do enfermeiro-gerente das ações que deveria desenvolver junto às unidades, a relação do enfermeiro-assistente com este nos pareceu acanhada e constrangida pela sua autoridade institucional, o que não foi percebido entre o primeiro e os ANMTE.

As funções do enfermeiro-gerente aqui são tomadas na dimensão do processo de trabalho gerenciar ou administrar em enfermagem, conforme proposto por Sanna (2007) e neste sentido deve assumir como seu objeto os recursos e as condições empregadas no processo de trabalho assistir em enfermagem e os seus agentes. Desta forma as funções do enfermeiro-gerente devem ser desenvolvidas por meios e instrumentos próprios do processo gerencial e numa relação de interação (Peduzzi, 2001) com os demais agentes do trabalho da enfermagem.

Ainda relativo ao posicionamento de Sanna (2007), não há possibilidade do bom encaminhamento do processo de trabalho assistir em enfermagem sem a devida articulação do processo de trabalho administrar/gerenciar, onde o primeiro converte-se em objeto do trabalho do segundo.

6.2 – COMO O ENFERMEIRO REALIZA O SEU TRABALHO – O FEITO

6.2.1 – A externalidade do cuidado e do gerenciamento do cuidado ao trabalho do enfermeiro

O aspecto mais marcante na caracterização do trabalho do enfermeiro nas unidades de clínica médica e cirúrgica foi evidenciado exatamente durante as suas ausências. Neste sentido podemos constatar que, em nenhuma das situações em que um dos enfermeiros-assistentes esteve ausente, por falta ou folga, sua presença foi reclamada pelos ANMTE ou por outro profissional da equipe de saúde. Na unidade, o trabalho dos ANMTE está focado no cumprimento da rotina e orientado pela prescrição médica, cada um assumindo uma enfermaria.

> "Ouvindo as conversas que se sucedem entre a enfermeira e os ANMTE ali presentes, soubemos que no plantão do dia anterior a enfermeira esteve de folga. Perguntamos a ela como fica a unidade nestas circunstâncias... Ela respondeu que na ausência do responsável pelo plantão o Enfermeiro da unidade de clínica cirúrgica faz a cobertura das duas unidades". **(NO N.º 03/Abr 2008/clínica médica)**

Pela fala da enfermeira, percebemos que a sua presença ou ausência, desde que alguém faça a "cobertura", mesmo à distância, não tem implicações reconhecidas para o trabalho da enfermagem na unidade. A impressão é de que sua ausência pode ser facilmente resolvida desde que outro enfermeiro encaminhe as situações que surgem no decorrer do plantão. Durante sua fala a enfermeira fez referência apenas às situações de cunho administrativo, tais como remanejamento de pessoal, autorizações para permanência de acompanhantes, encaminhamentos de exames, entre outros. Em nenhum momento ela fez considerações sobre a responsabilidade técnica do enfermeiro no que se refere ao processo de cuidar em enfermagem ou seus encaminhamentos.

Ademais, nas oportunidades em que estivemos em campo e que o enfermeiro-assistente estava respondendo pelas duas clínicas não percebemos a solicitação de sua presença para resolver questões relativas ao encaminhamento das rotinas da outra unidade.

Neste sentido podemos perceber o cuidado como ação secundária com relação às ações administrativas no trabalho do enfermeiro-assistente e que a forma como a enfermagem cuida prescinde da presença ou permanência do enfermeiro.

Toda estranheza está no fato da ausência do enfermeiro responsável direto pela unidade não suscitar entre os demais agentes do processo de trabalho em saúde, inclusive os ANMTE, a sua substituição/cobertura. É o enfermeiro quem deveria ser o elo entre o trabalho médico e o trabalho da própria enfermagem, já que deste são demandadas grande parte das ações da enfermagem no processo de cuidar, e, igualmente, entre a enfermagem e os demais profissionais que ali atuam (Lima e Almeida, 1999).

A partir da evidência de que o trabalho da enfermagem pode prescindir da presença do enfermeiro e considerando o conteúdo dos avisos de cunho orientativo e normatizador de condutas, fixados nos diversos setores que compõem a área médica-cirúrgica, buscamos saber da existência ou não, de manuais de normas e rotina nas unidades e/ou outros instrumentos de comando/orientação que normatizem o trabalho e as funções da enfermagem na área/hospital e que pudessem servir de subsídios nas situações em que o responsável pela assistência de enfermagem está ausente.

> Com o retorno da enfermeira, num momento em que ela estava sentada no balcão do PE e parecia não estar ocupada, aproximamo-nos e fizemos algumas perguntas sobre a existência de manuais de procedimento; normas e rotinas; livro de registro de pacientes, entre outras possíveis rotinas na unidade... Ela respondeu com certa insegurança que “achava que tinha sim” (Manual de Normas e Rotinas)... Levantando-se abriu as três gavetas do balcão do PE dizendo que esse material sempre esteve nas gavetas, mas que no momento não os encontrou. Finalizando ela, constrangida, afirma perguntando: “*é para ter né?*”. **(NO N.º 14/Out 2008/clínica médica)**

De fato, tanto na unidade de clínica médica quanto na de clínica cirúrgica não foram localizados os manuais de normas e rotinas ou de procedimentos. Tais instrumentos são comuns nos serviços de enfermagem e compõem a sua organização, por meio de protocolos que conferem unicidade aos procedimentos, além de constituir em importante fonte de informação para o processo de educação continuada da equipe.

Apenas na clínica cirúrgica foi encontrado um livro de registros das internações e altas dos pacientes, porém os registros são incompletos e não regulares. Da

mesma forma que os manuais de normas e rotinas, sobretudo naqueles serviços não informatizados, os livros de registro das internações e altas, quando mantidos atualizados e completos, tornam-se importantes fontes de informação, inclusive para estudos acerca do perfil da clientela, tempo de internação e desfechos dos casos.

Dos excertos que apresentamos a seguir podemos observar a dinâmica do trabalho da enfermagem nas unidades em dois momentos importantes, o início dos plantões matutino e vespertino:

> Chegamos à unidade de clínica médica às 06h55min. Há uma movimentação típica de final de plantão com a troca de equipe. Percebemos que a troca se dá de forma individual, com repasse de informações pontuais do tipo "está tudo bem" ou, quando muito, o relato ali mesmo no PE sobre quaisquer intercorrências. As pessoas que chegam parecem cansadas e as que saem justificam sua pressa devido à segunda jornada que deverão assumir em outra instituição. No PE tem uma ANMTE sentada no balcão enquanto outra vai deixando a sala de preparo de medicações em direção a uma das enfermarias falando em tom alto *"... hoje o que deu de bexigoma.... parece que todo mundo resolveu ficar com bexigoma..."* Em seguida uma outra ANMTE chega ao PE trajando roupas de ginástica e coloridas para receber o plantão. Outro ANMTE deixando a sala de repouso, com aparência de que esteve dormindo até aquele momento, dirige-se até o PE, entra... dá uma olhada em tudo e, em seguida, deixa a unidade sem dizer palavra. Da saleta de guarda de roupa ouvimos uma ANMTE que está deixando a unidade comentar com duas colegas que estão assumindo o plantão sobre os curativos de alguns pacientes que estiveram sob os seus cuidados. Uma acompanhante chega até o PE e pede um "óleo"... A ANMTE responde a ela que antes o paciente precisa tomar banho. A acompanhante mostra uma das mãos calçadas com luva de procedimento e avisa que, para adiantar o serviço, ela já deu o banho de leito no paciente. Diante da nossa postura observadora, com um misto de constrangimento e contentamento, a ANMTE entra na sala de preparo e sai de lá com uma seringa de 10 ml contendo uma solução e entrega à acompanhante, que agradece e volta para a enfermaria. Intrigados, acompanhamos a senhora para certificarmos do que se tratava. Na enfermaria a acompanhante estava passando o conteúdo oleoso da seringa nos membros inferiores do paciente. Outro ANMTE do sexo masculino chega ao PE. Dirige-se até a saleta de guarda de roupa e, sem fechar a porta, cumprimentando animadamente a todos que estão presentes, começa a retirar a camisa simulando um *streep,* fazendo movimentos sensuais e achando graça de si mesmo. Assim, retira sua camisa colorida e veste-se com camiseta branca e jaleco. Em seguida deixa a saleta pedindo uma caneta a sua colega... Senta-se no balcão do PE, organiza os prontuários dos pacientes que estarão sob seus cuidados e dá início à retirada da medicação. Não recebeu qualquer informação na passagem do plantão e sequer encontrou com a ANMTE responsável pelos pacientes da enfermaria que vai trabalhar no plantão da manhã. Sem ir visitar a enfermaria, permanece ali retirando a medicação e fazendo comentários jocosos sobre si mesmo e onde foi na noite anterior, com suas colegas de trabalho. Uma acompanhante vem até o PE e solicita dos presentes um lençol... Os ANMTE que estão por ali chamam a colega que responde pela enfermaria que a acompanhante está... A ANMTE dirige-se até a saleta pega um kit de roupa de cama e entrega à solicitante sem procurar saber a que se destinaria a roupa de cama. **(NO N.º 14/Out 2008/clínica médica)**

> São 13h17min e no PE se encontra uma das ANMTE. Até o momento ela ainda não foi visitar a enfermaria pela qual responderá no seu plantão. Às 13h20min chega uma terceira ANMTE, entra na sala de guarda de roupas, deixa sua bolsa.

> Em seguida senta-se no balcão e começa a retirar a medicação. Não vai até a sua enfermaria. As demais, juntamente com outras ANMTE de outras unidades do hospital permanecem na sala de guarda de roupas mantendo animada conversa sobre assuntos alheios ao serviço. Com a presença de alguns alunos de enfermagem nas imediações do PE, uma das ANMTE que deixa a sala de guarda de roupas, com formulário contínuo de etiquetas adesivas na mão começa a orientá-los de que não é mais permitido fazer a retirada da medicação usando esparadrapo para o registro das dosagens e pacientes. Ela argumenta que as fitas são mais baratas. Neste mesmo momento, a ANMTE que fazia a retirada da medicação estava usando pedaços de esparadrapo de aproximadamente 30 x 5 cm onde fazia as anotações dos medicamentos. São 13h25min, chega à unidade a enfermeira que responderá pelo plantão da tarde. A exceção da ANMTE que está fazendo a retirada da medicação, as demais se encontram conversando na sala de guarda de roupas. Nenhuma delas foi visitar os pacientes. A enfermeira entra na sala, deixa sua bolsa e, retornando ao PE, cumprimenta-nos cordialmente. A enfermeira não recebeu o plantão e em nenhum momento percebemos seu interesse pelas informações acerca do andamento do trabalho na unidade ou sobre as condições dos pacientes. **(NO N.º 04/Mai 2008/clínica cirúrgica)**

Nos dois momentos de início de plantão a situação que se repete foi recorrente durante todo o tempo do trabalho de campo. Os plantões sempre iniciam na ausência do enfermeiro-assistente e/ou do enfermeiro-gerente. Não há passagem/recebimento do plantão em equipe, as informações são repassadas de forma aleatória e somente consta das situações que fogem à rotina.

A passagem de plantão traduz importante momento do trabalho em equipe de enfermagem e deve ser conduzida pelos enfermeiros que respondem pelas equipes que revezam os horários. Tomando o conjunto dos agentes do trabalho da enfermagem das respectivas unidades de internação, no sentido da “equipe interação”, que deve possuir um “projeto assistencial comum”, a passagem de plantão, como uma das formas de comunicação que assume o sentido de continuidade do trabalho deveria pautar-se na dimensão “intrínseca ao trabalho” e como importante instrumento no processo de trabalho do gerenciamento do cuidado (Peduzzi, 2001).

A evidência de que as atividades dos ANMTE são iniciadas a revelia da presença ou da conduta definida pelo enfermeiro-assistente acerca dos cuidados, complementa os aspectos anteriormente apresentados relativos à indiferença para com a presença ou ausência do enfermeiro no encaminhamento do trabalho dos mesmos. Igualmente pudemos constatar que as situações que dizem respeito às condições individuais dos pacientes e aos cuidados diretos não estiveram no foco de interesse dos enfermeiros no encaminhamento do seu trabalho.

Causou-nos impressão o fato dos ANMTE sempre iniciarem suas atividades com a retirada de toda a medicação a ser administrada durante o plantão, na presença ou ausência do enfermeiro-assistente, sem a preocupação em visitar as enfermarias buscando conhecer as condições dos pacientes, já que não existe a rotina de passagem de plantão. Aqui fica evidenciada, para além do não envolvimento do enfermeiro na assistência direta, conforme já mencionado, a sua negligência com relação à supervisão do trabalho dos ANMTE.

No plantão matutino, dada à sua dinâmica peculiar, são os acompanhantes quem dão início aos cuidados de higiene e administração do desjejum. Aqueles pacientes que não estão acompanhados pela família, a depender do seu grau de dependência/independência encaminham-se ao banho e fazem o desjejum independente do serviço de enfermagem.

Foram comuns as situações em que pacientes mais dependentes e sem a assistência da família receberam auxílio e até assistência de acompanhantes de outros pacientes. Assim como pudemos observar situações em que o próprio ANMTE requisitou o auxílio de acompanhantes na prestação de cuidados a pacientes dependentes e não acompanhados.

> Uma ANMTE que parece atrasada nos seus afazeres chama um acompanhante de outra enfermaria para que ajude no banho de um paciente acamado. O acompanhante responde prontamente, demonstrado certa satisfação por sentir-se valorizado e seguem conversando animadamente para a enfermaria. **(NO N.º 14/Out 2008/clínica médica)**

> Numa enfermaria uma ANMTE pede ao acompanhante que leve o paciente para o chuveiro. O paciente tem dificuldade em deambular. A ANMTE começa a trocar a roupa de cama. Em seguida deixa a enfermaria e vai fazer seus relatórios. O acompanhante dá o banho e, quando deixa o banheiro, meio que "arrasta" o paciente pela mão até o leito. O paciente está nu e ainda molhado. Senta o paciente no leito e começa a enxugá-lo. O paciente é um jovem de 25 anos que sofreu acidente de moto. Fez um TCE e está bastante confuso. O acompanhante é seu irmão e tem 18 anos. O acompanhante enxuga o paciente e troca sua roupa. Depois o deita e vai assistir TV. Observamos que a ANMTE está fazendo o relatório do mesmo paciente. Esperamos ela concluir e pegamos o prontuário para vermos o conteúdo do seu relatório, conforme segue:
> *"Cbá, 30/10/2008 – vespertino*
> *PA 130x70 mmhg, P 82 bpm, T 36.9 ^{O}C. Pacite lúcido, calmo, comunicativo, demabulando. Não referiu queixas álgicas, com boa aceitação das dietas.*
> *Feito M.C.P.M., mantendo com soroterapia, diurese presente, evacuações presentes, segue sob os cuidados da equipe de enfermagem (TE)"* sem nome. **(NO N.º 16/Out 2008/clínica médica)**

Conforme o conteúdo do excerto seguinte, podemos certificar a ausência de interesse por parte do enfermeiro-assistente com relação à assistência de enfermagem.

> São 07h22min quando a enfermeira responsável pelo plantão entra no espaço do PE. Às 07h24min chega a última ANMTE que está escalada na equipe da manhã. Não há passagem de plantão e a enfermeira não faz uma única pergunta aos ANMTE acerca das condições específica dos pacientes. Cumprimenta os presentes e pergunta, dirigindo-se a todos: "es*tá tudo bem aí?... tem alguma intercorrência?..." E*m segunda dirige-se para a saleta de guarda de roupa onde deixa seus pertences.... Em seguida vai verificar o quadro mural... Pega algumas solicitações de exames e começa a encaminhá-los via telefone. Não houve resposta objetiva à pergunta inicial da enfermeira, mas pareceu-nos que o silêncio responde que sim, que esteve tudo bem na unidade, e a enfermeira não pergunta novamente. Uma acompanhante aproxima-se do PE e dirige-se à enfermeira, esta, em tom severo, responde: *"droga, a gente nem coloca direito o jaleco e já começa...."* **(NO N.º 14/Out 2008/clínica médica)**

A pergunta "*está tudo bem aí?...*" colocada a todos e a falta de interesse pela não-resposta dos presentes pareceu-nos que o enfermeiro apenas busca saber se a rotina está mantida. Não presenciamos o contato da enfermeira-assistente que assumiu o plantão com o enfermeiro-assistente que respondeu pela unidade no plantão noturno, este último sequer encontrava-se na unidade quando iniciamos nossos trabalhos as 06h50min.

A enfermeira-assistente inicia suas atividades com o encaminhamento de exames, não percebemos inclusive seu interesse em procurar saber se a equipe de ANMTE está completa naquela manhã.

A reação da enfermeira-assistente com a abordagem da acompanhante que busca encaminhamento para uma situação qualquer relacionada ao paciente demonstra também a sua relação de distanciamento com os pacientes e seus problemas individuais.

Da postura da enfermeira-assistente ao assumir o plantão podemos concluir que o seu comportamento como responsável pela condução do trabalho da equipe de enfermagem imprime a lógica da organização e funcionamento do serviço, em que pese a consideração de que "a enfermagem não é uma prática que se auto-determina e que se vai reproduzindo isoladamente" (Lima e Almeida, 1999: 89).

Ainda que reconheçamos a articulação da enfermagem com outras práticas, como parte do processo de trabalho em saúde, as posturas assumidas pelos enfermeiros daquele serviço, se considerarmos o seu reconhecido papel como

responsável técnico pela condução do trabalho da enfermagem, certamente poderemos responsabilizá-lo pelo estado de coisa aqui considerado.

Em diversos estudos que tratam do processo de trabalho em saúde, especialmente quando relacionado ao trabalho da enfermagem (Melo, 1986; Silva, 1989; Almeida e Yazlle Rocha, 1989; Almeida e Melo Rocha, 1997; Pires, 1989, 2008) é comum encontrarmos entre os autores a consideração de que "o médico tem posição central, por ser responsável pelo diagnóstico e terapêutica, que constituem o lado mais intelectual do processo de trabalho, o que determina relações sociais de dominação e subordinação entre profissões" (Lima e Almeida, 1999: 89).

Diante da postura assumida pelos enfermeiros-assistentes naquele espaço, somos levados a crer que a prática destes foge às análises dos autores citados por não constituir um trabalho que compartilha o mesmo objeto no processo de trabalho no espaço do hospital. Em todo o tempo, nenhum plano de cuidado ou "prescrição de enfermagem" foi encontrado nos prontuários, o que tanto observamos como identificamos no levantamento dos registros nos prontuários. Assim, se o enfermeiro não assume o cuidado ou o seu gerenciamento como o núcleo técnico do seu trabalho, não cabe a consideração da sua prática em relação àquelas outras práticas que se ocupam do verdadeiro objeto e finalidade do processo de trabalho no modelo clínico – o corpo doente e suas necessidades.

Em todo o tempo em que estivemos na área apenas em dois momentos presenciamos o enfermeiro-assistente passando visita às enfermarias, porém nada foi anotado ou registrado nos prontuários. O enfermeiro-assistente não se envolve no processo do cuidado, não planeja individualmente a assistência aos pacientes ou supervisiona a assistência prestada pelos ANMTE. Foram freqüentes as situações em que percebemos que o enfermeiro-assistente não conhece os pacientes internados e seus problemas individuais.

> A enfermeira entra na sala de preparo de medicação, lava as mãos, seca e calça um par de luvas de procedimento. Em seguida deixa o PE em direção a uma das enfermarias. Perguntamos se nós poderíamos acompanhá-la. Ela respondeu positivamente e fomos visitar os pacientes. Logo na primeira enfermaria a enfermeira aborda um dos pacientes perguntando-o como passou o período, se dormiu bem e sem dores. O paciente um pouco apático respondeu que teve pouca melhora. A enfermeira dirigindo-se para nós esclarece que trata-se de um "vozinho"de 64 anos que ainda trabalha... Ele sofreu queda de nível, de uma altura

de aproximadamente 3 metros quando estava fazendo reparos em um telhado. Explicou que já está na terceira drenagem torácica e, apontando para o frasco coletor, observa que ainda tem débito positivo. Com certa surpresa, indagamos se ele não sofrera fraturas... A enfermeira antecipando respondeu que não... Somente trauma torácico. O paciente, mostrando indignação, interrompeu corrigindo a enfermeira e disse que sim, que tivera fratura de costelas.... A enfermeira com certo desapontamento justificou que fratura de costela é tranqüila... Não precisa de intervenção, somente repouso e cuidados... Que é diferente de uma fratura de fêmur... Dirigimo-nos a todas as demais enfermarias... A enfermeira parecia não querer arriscar mais dar informações sobre os pacientes... Passou apenas a cumprimentá-los indagando o estado de cada um, sem anotar as respostas ou demandas relacionadas aos cuidados. **(NO N.º 04/Mai 2008/clínica cirúrgica)**

A enfermeira com uma prancheta na mão e várias tiras de papel com nomes dos pacientes está atualizando o quadro de identificação dos pacientes internados. Em tom mais alto que o usual a enfermeira pergunta a quem pudesse ouvir: "*alguém sabe o nome do paciente do 402-C?*" Não obtendo resposta dos presentes ela continua: "*vou escrever aqui o-c-u-p-a-d-o*". Um aluno da graduação que está por ali encontra o prontuário do paciente e responde a pergunta (nome do paciente)... A enfermeira, em tom de irritação responde ao aluno: "*você sabia e me fez escrever o-c-u-p-a-d-o... agora vou ter que trocar o papel que já colei*"... **(NO N.º 15/Out 2008/clínica médica)**

Duas ANMTE conversam no posto assuntos alheios ao serviço. A enfermeira pergunta: "*qual o paciente que está aguardando a 'tomo' para ser liberado?*" Uma das ANMTE responde que não sabe... A outra diz que quem deve saber é a fulana (uma terceira ANMTE). A enfermeira pergunta: "*vocês não sabem nem o nome dele?*" Elas respondem que não. Trata-se da enfermeira responsável pela unidade de internação. Altas de pacientes, exames, liberação de leitos são questões que compõem as atribuições do Enfermeiro neste hospital. Possivelmente a enfermeira recebera o plantão ou esteve com o médico que recomendou o exame antes da liberação do paciente, porém ela não sabe quem é o paciente. **(NO N.º 03/Abr 2008/clínica médica)**

A enfermeira está no balcão do PE atendendo a uma acompanhante que está com seu esposo ao lado. O esposo trata-se de um paciente que, visivelmente, fez um TCE. A enfermeira manipula os prontuários tentando localizar o do paciente para dar informações às questões colocadas pelos solicitantes. A enfermeira parece confusa, não demonstra segurança ou conhecimento da real situação do paciente. Faz mais perguntas sobre a história da internação que dá respostas às solicitações. Finaliza o diálogo dizendo à esposa do paciente: *"amanhã quando ela vier* (possivelmente a médica responsável pelo caso) *a senhora pergunta".* **(NO N.º 10/Jul 2008/clínica médica)**

Uma acompanhante vem até o PE e pergunta pela "enfermeira Chefe". A enfermeira logo se apresenta. A moça quer saber o porquê do serviço de nutrição estar oferecendo a dieta da tarde para sua mãe já que ela vai ser cirurgiada no dia seguinte. Segundo a acompanhante o médico disse que a operaria na manha do dia seguinte e que sua mãe deveria permanecer em jejum. A enfermeira diz que não está sabendo de nada. Busca informação com a ANMTE responsável pela enfermaria. Não obtendo resposta satisfatória, pega o prontuário e mostra à acompanhante que a dieta está "livre"... A moça insiste que o médico garantiu que sua mãe seria cirurgiada na manhã seguinte e orientou jejum, sem saber precisar

> a partir de que horário. A enfermeira fica confusa e diz que terá de perguntar ao médico. **(NO N.º 12/Set 2008/clínica cirúrgica)**

Outra situação de trabalho do enfermeiro-assistente que pudemos observar, apenas por uma vez, foi a admissão de uma paciente, conforme situação descrita no excerto seguinte:

> No PE estão a enfermeira e três ANMTE envolvidas com seus afazeres quando chega um maqueiro empurrando uma maca com uma paciente idosa com expressão de sofrimento e desânimo. O maqueiro deixa o prontuário sobre o balcão do PE e sai empurrando a maca em direção a uma das enfermarias. Uma das ANMTE, advertertindo-o, fala em tom mais alto que o usual: "*espere, vou forrar a cama*". Entra na sala de guarda da roupa, pega um kit de lençol e os dois saem em direção à enfermaria. A enfermeira ali presente permanece indiferente à chegada da paciente. (...) A enfermeira sentada ao telefone pega o prontuário que o maqueiro trouxe a passa a manipulá-lo e, em seguida, inicia algumas anotações. Percebemos ser uma anotação mais longa que as usualmente feitas pelas ANMTE. Assim que foi possível pegamos o prontuário para lermos o seu conteúdo:
> "*01/09/08 – Pacte admitida na clínica médica às 17h40min, veio de maca com acompanhante e maqueiro. Idosa, acamada, respiração espontânea, dispnéica, taquicárdica, pouco comunicativa, confusa, em uso de cateter de O_2. Segundo acompanhante realizou punção com drenagem de líquido em tórax, + ou – 900 ml cor amarelo citrino encaminhado para cultura em laboratório onde não houve crescimento, aguarda avaliação no ITC, pois tem diagnóstico de câncer de mama. Em uso de fraldão, evacuação ausente no momento, diurese presente. Sem queixas álgicas. FR 20rpm, FC 128 bpm, PA 120 x 70 mmhg. (Enfa. Fulana)"* **(NO N.º 11/Set 2008/clínica médica)**

A admissão foi registrada no prontuário sem que a enfermeira deixasse o PE ou tivesse qualquer contato pessoal com a paciente. No relatório existe menção a um suposto acompanhante que não veio acompanhando o maqueiro e a própria paciente. As informações que constaram no relatório da enfermeira fora extraídas do próprio prontuário, pois a paciente foi internada no dia 28/08/2008, às 00h29min e encontrava-se no Pronto Atendimento do hospital aguardando vaga na clínica médica.

Observamos ainda que, no seu prontuário não continha um único registro assinado por enfermeiros do setor de origem da paciente. Os registros de enfermagem limitavam-se aos parâmetros vitais, anotados de forma incompleta, prevalecendo os dados de pressão arterial e temperatura.

Já no final daquele plantão chamou muito a nossa atenção o diálogo entre duas ANMTE. Uma delas lendo o prontuário da mesma paciente que a enfermeira-assistente admitira, exclama:

> "*mas ela está com nutrição parenteral e não está sondada!!!*" A outra ANMTE responde: "*e agora, quem vai passar a sonda, ela teria que ter subido sondada*". Permanecem por ali com a discussão sobre o cumprimento das normas e rotinas, criticando a enfermeira que recebeu a paciente e não observou que a mesma precisa de sonda para passar a dieta. No relatório da enfermeira, à guisa de admissão da paciente, não consta nenhuma referência à dieta da mesma. **(NO N.º 11/Set 2008/clínica médica)**

Outro registro em prontuário de pacientes que chamou nossa atenção foi a diferença no conteúdo das informações entre uma anotação feita por um enfermeiro-assistente e outra feita por um dos ANMTE e estão relacionadas às condições clínicas de paciente, conforme o excerto das notas de observação que segue:

> "Dadas as circunstâncias daquele plantão, extremamente calmo, a enfermeira parece entediada esperando o tempo passar... As ANMTE que terminaram a administração da medicação das 10h00min vão organizando os prontuários dos respectivos pacientes e começam a fazer seus relatórios dando um tom de fim de plantão, porém ainda não são 12h00min. Pegamos um dos prontuários que estava ao nosso alcance sobre o balcão do PE e começamos a ler as anotações de enfermagem. Naquele prontuário específico, em todo o tempo de internação consta apenas um único registro assinado por enfermeiro. Na mesma folha de prescrição há outro registro da enfermagem assinado por técnico de enfermagem, vejamos a diferença entre os dois registros:
>
> **Enfermeiro**: '23/07/08 - *Paciente apresentou hipertermia no período noturno'.*
>
> **Técnico de Enfermagem**: *'22/07/08 – Matutino PA 120x80mmhg T = 39,2 ^{o}C, paciente calma, lúcida, acamada, não atende as solicitações verbais. Aparentemente sem algias. Aceita dieta por SNE, diurese por SVD, evacuação positiva, realizado banho no leito, feito curativo em escara de região sacra. M.C.P.M., sem mais, segue'".* **(NO N.º 08/Jul 2008/clínica médica)**

Na rotina das unidades os ANMTE cumprem uma escala semanal de trabalho, cada um designado para uma enfermaria. Não percebemos o compartilhamento de "tarefas" entre eles. Cada um cuida isolado do seu conjunto de atribuições e contam apenas com a colaboração dos acompanhantes. À medida que vão concluindo suas atividades de rotina, dirigem-se ao PE para a confecção dos relatórios.

Nos prontuários não há registro do planejamento dos cuidados de forma individualizada. As ações dos ANMTE são encaminhadas seguindo um padrão que compõe a rotina nas unidades. Conforme já mencionado anteriormente, o trabalho dos ANMTE começa com a retirada da mediação para todos os horários do plantão; em seguida eles se envolvem com a higienização dos pacientes, curativos, e com a própria administração da medicação.

Nos plantões vespertinos e noturnos, os banhos e curativos não fazem parte da rotina, o que define uma dinâmica diferenciada ao trabalho. Neste caso os ANMTE permanecem grande parte do tempo no PE e se envolvem mais com a administração dos medicamentos.

O enfermeiro-assistente não se ocupada com a supervisão do trabalho dos ANMTE. Em algumas situações pontuais observamos o ANMTE solicitar ao enfermeiro encaminhamentos relativos aos cuidados no sentido de prover as condições para o seu encaminhamento. Ainda que esta forma de organização do trabalho da enfermagem fosse justificada pela necessidade do enfermeiro de assumir os aspectos administrativo-burocráticos da unidade, a supervisão do trabalho dos ANMTE, como um dos componentes da administração de recursos humanos, deveria constituir objeto da sua atenção.

Ao contrário, de todo o observado podemos seguramente afirmar que o trabalho do ANMTE é orientado pela prescrição médica e consiste basicamente na administração de medicamentos, hidratação venosa, curativos, tomadas dos parâmetros vitais (sempre incompletos) e de glicemia capilar.

Mesmo pacientes que inspiram maiores cuidados, a exemplo daqueles que tiveram alta da Unidade de Terapia Intensiva ou que foram submetidos a cirurgias de grande porte, não percebemos a participação do enfermeiro-assistente nos cuidados ou na orientação e supervisão do trabalho dos ANMTE. Não foram raras as situações em que pudemos observar condutas erradas em procedimentos realizados pelos ANMTE.

> As ANMTE começam a retornar das enfermarias, após a administração da medicação. Uma senhora de meia idade aproxima-se do balcão do PE trazendo em uma das mãos um comprimido e uma cápsula. Chama uma das ANMTE pelo nome e diz: *"fulana... você me deu só dois remédios... não está faltando um... acho que falta meu remédio de diabete"*. A ANMTE pareceu-nos insegura em responder à senhora... Respondeu perguntando: *"cadê o papelzinho que deixei lá com você?... Lá está escrito quantos comprimidos você vai tomar agora..."* A paciente responde: *"está lá no lixo... vou pegar pra você"*. A ANMTE diz à paciente que não precisa e vai verificar no prontuário. Neste espaço de tempo perguntamos à senhora se ela está internada. Ela responde que sim. Nossa pergunta justificou-se pelo fato de a senhora está trajando roupas pessoais, o que nos causou estranheza. Verificado no prontuário a ANMTE, mostrando a prescrição médica à paciente, explica que seriam mais de dois sim, mas que o terceiro não tem na farmácia. A paciente enquanto retorna à enfermaria vai justificando sua dúvida, explicando para si mesma que achou estranho, pois todo o dia toma três remédios nesse horário. **(NO N.º 13/Set 2008/clínica cirúrgica)**

> Uma das ANMTE que estava na sala de preparo de medicação deixa o PE levando em uma das suas mãos um frasco de soro de 500 ml, conectado a um equipo. A mangueira do equipo está parcialmente enrolado no frasco e o restante pendurado com a proteção da ponta. Na outra mão, outro frasco de soro de 500 ml também conectado a um equipo, nas mesmas condições, mais uma seringa sem a proteção, contendo uma solução (possivelmente uma medicação preparada). Enquanto afasta-se do PE pelo corredor que dá acesso às enfermarias, o equipo, parcialmente solto, vai batendo nas cadeiras de fio que se encontra ao longo do corredor da unidade. A ANMTE dirige-se para uma das enfermarias... É hora da medicação das 10h00min. Tudo ocorre na presença da enfermeira que permanece indiferente à situação. **(NO N.º 03/Abr 2008/clínica médica)**

> São 10h40min, os ANMTE começam a deixar a sala de preparo para dar início à administração da medicação das 10h00min. Do balcão do PE observamos uma das ANMTE administrando a medicação numas das enfermarias que fica logo a frente: o paciente encontrava-se sentado no leito. 2/3 do leito estava ocupado com sacolas e bolsas, possivelmente com seus pertences. A ANMTE coloca-se na frente do paciente e entrega-lhe a medicação via oral. O paciente fica com a medicação na mão. Ela pega uma seringa da bandeja que está sobre o leito do paciente e começa a infundir seu conteúdo num *scalp* "heparinizado". Ali permanece por uns 4 minutos até completar a infusão. Quando termina, deixa a seringa sobre a bandeja juntamente com as medicações dos demais pacientes da enfermaria. A ANMTE já se dirigia para outro leito quando o paciente abre a mão e olha para os comprimidos/cápsulas e olha para ela. Os dois trocam palavras inaudíveis pela distância. A ANMTE começa a procurar sob os pertences do paciente que estão sobre o leito e encontra uma garrafa com água mineral. Entrega a água para o paciente e dirige-se para outro leito. O paciente toma a medicação e permanece segurando a garrafa na mão. A ANMTE começa a administração da medicação de outro paciente, sem lavar as mãos. **(NO N.º 03/Abr 2008/clínica médica)**

Conforme considerado anteriormente, ainda que os médicos prescrevam os curativos não há indicação do tipo de curativo, nem tão pouco, o que deve ser aplicado na ferida. O enfermeiro-assistente, por sua vez, independente da dimensão que a ferida tenha, não avalia as condições dos pacientes, não faz os procedimentos considerados mais complexos ou acompanha a realização dos procedimentos.

> Em uma das enfermarias uma ANMTE realizava um grande curativo. O Paciente estava sentado no leito com os pés apoiados numa escadinha e não manifestava sinais de dor. Tratava-se de um curativo nos MMII. Ambos continham extensas lesões que iam da raiz da coxa até aos pés. Havia outras lesões menores por toda a região lombar. O acompanhante ajudava a ANMTE entregando-lhe o material que estava disposto de forma desorganizada sobre um carrinho de curativo posicionado aos pés do leito. Ao lado da ANMTE havia um hamper contendo roupa de cama suja e que servia de lixeira onde eram desprezados o material a ser descartado. A ANMTE estava calçada com um par de luvas. O acompanhante, sem nenhuma proteção, entregava-lhe as gazes que retirava de um pacote aberto sobre o carrinho. A ANMTE segurando uma almotolia contendo o que me pareceu ser óleo trifásico, umedecia as gazes e passava nas lesões do paciente. Nossa presença ali, visivelmente incomodou a ANMTE. Percebemos seu constrangimento já que todo o procedimento, bem como as condições em que era realizado, contrariava todos os princípios que devem orientar a realização de um

> curativo, sobretudo de um curativo daquelas dimensões. Percebendo o embaraço da situação perguntamos o que havia acontecido com o paciente. O acompanhante e a ANMTE responderam quase que simultaneamente, que aquelas lesões foram decorrentes de uma reação alérgica à penicilina cristalina. O acompanhante começou a relatar o caso e a fazer comentários sobre a conduta do médico que prescreveu a medicação a revelia da informação da condição alérgica do paciente. A ANMTE continuou com o procedimento, passando a evitar a ajuda do acompanhante que, por não perceber a situação, insistia em ajudar. (...) Na mesma enfermaria outro paciente encontrava-se gemente e com expressão de muita dor. Tinha a perna direita amputada na altura do joelho e, sentado no leito, segurava o pé esquerdo apertando-o com se buscasse a aliviar a dor. Percebemos que o dedo médio do pé esquerdo estava visivelmente gangrenado. Parecia "murcho" e totalmente preto. A ANMTE enquanto fazia o curativo, voltando-se para o paciente que gemia de dor exclamou: *"você precisa conversar com o seu médico para mudar o analgésico que está usando... "dipirona" para o estado do seu dedo não serve de nada"...* O paciente sem responder, tombou no leito e começou a rolar de um lado a outro, mostrando muita dor. Os demais pacientes da enfermaria observavam a tudo em silêncio e com ares de preocupação. **(NO N.º 07/Jul 2008/clínica médica)**

Situações conforme as descritas nos últimos excertos evidenciam a imperícia técnica dos ANMTE ao tempo que denunciam a negligência por parte do real responsável pela assistência aos pacientes.

Foram raras as situações em que a presença do enfermeiro-assistente fora reclamada numa situação de cuidado. Pudemos observar numa destas oportunidades que a negligência do enfermeiro-assistente não está somente no sentido da omissão no cuidado ou seu gerenciamento, mas na própria realização dos procedimentos, conforme podemos encontrar no excerto a seguir.

> Uma ANMTE chega ao PE e pede à enfermeira para ir ver um paciente numas das enfermarias. Segundo informou, ela puncionou uma veia, houve o retorno normal do sangue, mas o paciente queixa de muita dor local. A enfermeira diz que vai vê-lo logo e continua o que está fazendo, dirigindo-se à enfermaria em seguida. Dirigimo-nos até a enfermaria. A enfermeira assistida por uma estagiária da graduação em enfermagem (estágio de gerenciamento) tenta puncionar ou veia com um *abocath* n.º 22, enquanto a ANMTE que a solicitou a presença da enfermeira está administrando a medicação a outro paciente do leito ao lado. O paciente mostrava-se ansioso e com expressão de sofrimento. Tratava-se de um senhor de meia idade, emagrecido, barba por fazer, usando fraldão. Segundo a enfermeira era um caso terminal de câncer hepático. Observamos que a enfermeira tenta puncionar a veia, sem luvas, e à medida que retira o cateter e tenta reintroduzi-lo toca na parte siliconada com a ponta do seu dedo indicador. Comentamos com a enfermeira, em tom de preocupação com sua segurança, que ela estava sem a proteção das luvas. Sobre um carrinho de curativo que estava logo ao pé do leito percebemos uma caixa com material de curativo e entre eles pacotes contendo luvas esterilizadas. Pegamos um dos pacotes, abrimos e oferecemos as luvas à enfermeira. Com a proteção de uma gaze deixou o *abocath* sobre o leito enquanto calçava as luvas, dizendo com certo constrangimento: "*as luvas me atrapalham um pouco... prefiro fazer sem*". Calçamos uma luva e auxiliamos a enfermeira na escolha de um leito venoso e o local da punção. Ela fez a punção e nós ajudamos na fixação. Deixamos a

> enfermaria e a enfermeira ficou reunindo o material que havia usado. **(NO N.º 06/Jun 2008/clínica cirúrgica)**

Ainda com relação à organização e funcionamento do serviço de enfermagem, que compõem a dimensão do trabalho gerencial em enfermagem, outro achado que chamou nossa atenção está nos registros da assistência prestada aos pacientes, que também expressam a ausência do enfermeiro no cuidado e/ou no seu gerenciamento.

Do material levantado num dos momentos do trabalho de campo, que buscou conhecer os registros contidos nos prontuários dos pacientes internados na área médica-cirúrgica, não foram encontradas anotações feitas por enfermeiros e que estivessem relacionadas ao cuidado em nenhum dos 41 prontuários analisados. Todos os registros foram feitos pelos ANMTE e seguiram o mesmo padrão dos registros encontrados durante os momentos de observação.

Pudemos observar que, via de regra, as anotações são feitas e os conhecidos relatórios de enfermagem são fechados logo em seguida à administração da medicação das 10h00min ou 16h00min, como se o plantão encerrasse com o cumprimento da prescrição médica.

> São 11h05min e uma das ANMTE começa a fechar os “relatórios” do plantão que encerrará apenas as 13h00min. À medida que a ANMTE vai concluindo seus relatórios pegamos o prontuário para lê-los. Percebemos que as anotações são relativas à higienização, medicação, dieta e eliminações. A dieta ainda está sendo distribuída e a ANMTE já relatara a aceitação da dieta. As anotações da ANMTE seguem o mesmo padrão dos registros já observados. **(NO N.º 06/Jun 2008/clínica cirúrgica)**

> São 16h50min, uma ANMTE que esteve por mais de 40 minutos sentada no banco de cimento do saguão da unidade e falando ao celular, entra no PE, reúne alguns prontuários e começa a fazer suas anotações (relatórios)... Ela retira do bolso uma folha de receituário médico, com timbre da instituição, contendo anotações de pressão arterial e temperatura dos seis pacientes da enfermaria que ela cuida. Ela está trajando roupa branca e jaleco branco; usa sandálias brancas, abertas e de saltos altos. Mesmo trajando roupa branca. Observando-a enquanto faz seus relatórios, ao que nos pareceu, ela faz anotações de caráter subjetivo como se tivesse memorizado todas as informações, acrescentando os parâmetros vitais: pressão arterial e temperatura. Observamos que, além dos dados vitais, o papel contém o registro do resultado de teste de glicemia capilar de um dos pacientes. A ANMTE fica visivelmente incomodada com nossa presença observadora. Durante a realização dos registros, pára e busca perceber se continuamos a observá-la, demonstrando misto de constrangimento e incômodo. No final, a ANMTE conta os prontuários como se quisesse certificar-se de ter feito todos os relatórios. Percebemos que os demais ANMTE têm o mesmo procedimento na confecção dos relatórios, tudo parece memorizado. Em um dos prontuários tem o seguinte

> registro: *"Cbá, 27/07/008 – Vesp. Pacte segue acamado, entende qdo solicitado, com boa aceitação da dieta por via oral. Traquestomizado, não referiu queixas. Eliminações fisiol. Positiva realizado cuidados de Enfa. _ méd. COM segue em obs. As. Téc. Enfo. Fulana 16 h Fc 80 Resp 18 PA 130 – 80 (nome da ANMTE)".* (...) Observamos ainda que as anotações do plantão matutino do mesmo dia encontram-se registradas na folha de prescrição médica do dia anterior. Todos os prontuários estão desorganizados. A principal folha de registro é a própria folha de prescrição médica e em mais de um prontuário há folhas com uma única prescrição médica, porém contendo anotações de enfermagem de até três dias diferentes. Não existe instrumento próprio para evolução ou outras anotações relativas à assistência de enfermagem, nem tão pouco registros realizados pelos Enfermeiros. As anotações de enfermagem são realizadas distribuídas aleatoriamente. Encontramos registros delimitados por um quaro riscado em volta do conteúdo registrado, como se quisesse delimitar aquele espaço para aquela anotação do dia. Tais anotações são registradas em todas as direções, tentando ocupar qualquer espaço vazio da folha de papel que caiba o conteúdo do registro. **(NO N.º 09/Jul 2008/clínica médica)**

> Uma ANMTE senta-se no balcão do PE, pega alguns prontuários e, como já observáramos anteriormente, começa a fazer seus relatórios sem nenhuma anotação prévia. Parece ter tudo memorizado. São 17h30min e a ANMTE fecha o relatório do plantão que encerrará às 19h00min. Aguardamos o término das anotações e pegamos um dos prontuários para observarmos a natureza do registro. Em um dos prontuários consta:
> "*01/09/08 – Vespertino*
> *17h00minh – Paciente comunicativa, eupneica, calma, deambulas, aceita a dietas.*
> *Dextro – 158 mg/dl PA* = (não registrou os parâmetros)
> *nome* (sem a identificação da função)" **(NO N.º 11/Set 2008/clínica médica)**

Não percebemos a preocupação do enfermeiro-assistente em revisar os prontuários ou acompanhar o registro da assistência de enfermagem. À medida que os relatórios são fechados o plantão entra em clima de encerramento, não raro encontramos ANMTE e o enfermeiro-assistente reunidos na sala de guarda de roupa em animada conversa. A partir daí as ações de enfermagem somente foram realizadas mediante a solicitação de pacientes ou acompanhantes.

> Uma acompanhante vem até o PE e dirigindo-se a um dos ANMTE pede uma seringa. Um aluno estagiário do curso de graduação em enfermagem que está por ali, mostrando certa autoridade, pergunta: "*para quê você quer uma seringa?*" A acompanhante responde: "*para dar água*". O ANMTE, ignorando o interesse do aluno, entra na sala de preparo de medicação e volta com uma seringa de 10 ml entregando à solicitante. A acompanhante pega a seringa e diz "*muito obrigado*", com certo tom irônico. Deixa o PE e dirige-se para a enfermaria. Acompanhei-a e de longe observei que ela aspirava água de um copo descartável e oferecia ao paciente pela sonda nasogástrica. **(NO N.º 15/Out 2008/clínica médica)**

> Uma acompanhante vem até o PE e coloca a todos em tom de reclamação que o soro do paciente acabou..."*que já está entupido de sangue*". Reclama que a

> Enfermagem não acompanha os doentes e que estes ficam jogados. As ANMTE entreolham-se... uma delas deixa o PE e vai até a enfermaria onde está o paciente. **(NO N.º 15/Out 2008/clínica médica)**

Logo a frente do PE das duas unidades que compõem a área médica-cirúrgica encontrava-se fixado um banner com dimensões de aproximadamente 0.60 x 1,00 m com a seguinte mensagem:

> *"PROFISSIONAL DA SAÚDE, QUAL A IMPORTÂNCIA DO PREENCHIMENTO DO PRONTUÁRIO?*
> *O prontuário é uma documentação de grande valor para o paciente, o hospital e equipe de saúde, o ensino e a pesquisa.*
> *Créditos: Comissão de prontuário do paciente / HPSMC"* **(NO N.º 06/Jun 2008/clínica cirúrgica)**

O trabalho do enfermeiro-assistente na área está menos relacionado ao processo de cuidar ou de gerenciar o cuidado de enfermagem e mais voltado aos encaminhamentos demandados pelo processo de trabalho de outros profissionais, em especial o trabalho médico.

As demandas do serviço de enfermagem ao enfermeiro-assistente estão relacionadas ao gerenciamento da unidade, que inclui o provisionamento de pessoal, materiais, equipamentos e medicamentos, confundindo suas funções com aquelas que são próprias do enfermeiro-gerente. Integram as funções do enfermeiro-assistente o controle das internações e a ele compete a liberação de vagas na unidade, assim como as autorizações para a permanência de acompanhantes; o controle da entrada e saída de roupas, e de utensílios de uso dos pacientes e acompanhantes.

> Num dado momento a enfermeira, em tom mais alto que o usual, fala a todos os ANMTE ali presentes: "*quem está cuidando do 403? Eu estou ligando para o repouso para liberar a vaga do 403*". Uma ANMTE que está por perto reclama para a enfermeira que o "*405-B*" tem prescrito "aldol" EV e a farmácia trouxe VO. A enfermeira liga na farmácia e depois explica para a ANMTE que esta é uma medicação não padronizada e que só tem VO. A ANMTE dá com os ombros e entra para a sala de preparo. A enfermeira ainda em tom alto diz a todos "*meninos, vou descer*!" e deixa a unidade. (...) Passados alguns minutos a enfermeira retorna acompanhada por um acompanhante. Pára na frente do balcão do PE e pede uma caneta. Começa a escrever uma autorização para entrada de um colchão na unidade ao mesmo tempo em que pede desculpas pela demora explicando que ela não tem muita prática com essas coisas, pois não é a enfermeira da unidade, está apenas cobrindo a folga de uma colega. Ao finalizar o atendimento ao acompanhante, voltando-se para as ANMTE que estavam no balcão do PE fala: "*tudo certo né? Nenhum dos pacientes que estão com vocês*

> *estão sem prescrição de hoje!*" As ANMTE respondem que está tudo certo. **(NO N.º 15/Out 2008/clínica médica)**

O enfermeiro-assistente ao informar a existência de leitos vagos ou a alta de pacientes não leva em consideração o perfil ou a condição dos pacientes. Por duas vezes, presenciamos médicos visitantes reclamarem da manutenção de pacientes da oncologia na clínica médica. Segundo os médicos, o enfermeiro deveria triar melhor os pacientes já que o hospital não oferece condições para o atendimento em oncologia e que estes pacientes deveriam ser regulados para outros serviços. Nas oportunidades em que pudemos presenciar os enfermeiros-assistentes liberando vagas para o Serviço de Internação do hospital, em nenhum dos casos ele buscou saber quais as condições dos pacientes e/ou seu diagnóstico.

> O telefone toca, a enfermeira atende e identifica-se como a enfermeira fulana. Trata-se do setor de prontuário de paciente procurando vagas para internação de pacientes que aguardam no Pronto Atendimento do Hospital. A enfermeira informa todos os leitos disponíveis e aqueles que vagarão ainda naquele dia. Não pergunta sobre o perfil dos pacientes, apenas deixa claro o número de leitos para pacientes masculinos e femininos. Numa outra oportunidade, presenciamos um dos médicos visitadores solicitando à enfermeira que não liberasse vagas para pacientes com câncer. Segundo o médico estes pacientes deveriam ser regulados para outro serviço, considerando que no hospital não há condição de assistência adequada por falta de especialista. Segundo o médico, esses pacientes apenas ocupam leito sem ter resolutividade para seu problema. (...) Toca novamente o telefone... A enfermeira atende identificando-se. Alguém pergunta sobre um paciente. A enfermeira responde que não sabe se ele ainda está internado... Deixa o telefone sobre o balcão e vai até uma das enfermarias. Voltando responde que o paciente ainda se encontra internado na unidade. Ao que nos pareceu, tratava-se de uma ligação interna do próprio hospital... Em seguida a enfermeira começa a dizer os nomes dos pacientes que estão de alta médica e aqueles outros que ainda estão internados, por enfermaria e leito. Ela vai citando os nomes conforme lê nos prontuários que estão organizados aos montes, por enfermaria, logo à sua frente. A enfermeira desliga o telefone e começa a preencher um instrumento impresso para a passagem de plantão. No instrumento tem campo para o nome do paciente, enfermaria/leito e os turnos manhã, tarde e noite. São 10h00min da manhã e o plantão termina às 13h00min. Mesmo assim, a enfermeira está preocupada no preenchimento do instrumento para a passagem do plantão. **(NO N.º 03/Abr 2008/clínica médica)**

Em um plantão de rotina, após a passagem da visita médica e encerrados os encaminhamentos de exames e liberações de leitos, o enfermeiro-assistente faz a organização das folhas de prescrição médica nos prontuários. Por vezes, ele faz o aprazamento da medicação, porém esta é uma atividade também desenvolvida pelos ANMTE, em que pese à determinação por parte da gerência da área de que está é uma função do enfermeiro-assistente, conforme o excerto apresentado

anteriormente. Neste momento, as segundas vias das prescrições são separadas e encaminhadas para o setor de dispensação dos medicamentos.

Em uma das ocasiões em que o próprio enfermeiro-assistente realizou o aprazamento das medicações pudemos observar que existe um padrão invariável nos horários, sem a preocupação com a questão da interação dos medicamentos. Assim os horários são abertos conforme o número de doses nas 24 horas, inclusive os antibióticos. Ao perguntar a um dos enfermeiros-assistentes sobre a possibilidade da interação dos medicamentos ele respondeu que a questão está na disponibilidade de funcionários; que não tem como aprazar as administrações dos medicamentos em horários diferentes, dado o número de paciente por enfermaria e o quantitativo de pessoal de nível médio.

Conforme já mencionamos anteriormente, a escalas das unidades da área mantém um ANMTE por enfermaria, com uma relação de um ANMTE para cada seis pacientes, o que, do nosso ponto de vista, não justifica a conduta do enfermeiro. Diante da explicação do enfermeiro-assistente podemos concluir que a rotina atende a uma racionalidade centrada no procedimento e no tempo, deixando de considerar o sentido terapêutico da ação.

De todo o exposto, relativo à externalidade do cuidado e do gerenciamento do cuidado ao trabalho do enfermeiro, colocamos em destaque quatro categorias que respondem parcialmente as questões orientadoras da presente investigação, a partir das evidências acerca da (não) participação do enfermeiro no processo da assistência de enfermagem no hospital estudado, quer no cuidado direto ou no gerenciamento do cuidado. São categorias que se determinam mutuamente, num ciclo de condição que tem como fator desencadeante as características que o trabalho do enfermeiro assume naquele espaço.

Assim, a primeira categoria é expressa pelo distanciamento do enfermeiro do cuidado direto e a efetivação da assistência de enfermagem por meio do trabalho dos ANMTE, situação encontrada em outros estudos (Silva, Gomes e Anselmi, 1993; Peduzzi e Anselmi, 2002; Rossi e Silva, 2005; Hausmann e Peduzzi, 2009) que apontam a prevalência da dimensão gerencial-burocrática do trabalho do enfermeiro em detrimento da dimensão do trabalho assistencial – cuidado ou gerenciamento do cuidado.

A segunda, estreitamente relacionada à primeira, está no distanciamento do enfermeiro do gerenciamento do cuidado expresso pela ausência do planejamento da assistência, evidenciado pela forma como o enfermeiro lida com seus instrumentos e com a própria finalidade do seu trabalho em tese – assistir/cuidar de forma a produzir saúde.

A terceira, que do nosso ponto de vista tem as duas anteriores como determinantes, consideramos o fato do processo de cuidar/assistir nas unidades de internação, encaminhado pelos ANMTE, prescindir da presença do enfermeiro nos seus encaminhamentos.

Já a quarta, representa as consequências do modo de encaminhamento do trabalho do enfermeiro expresso pelo trabalho dos ANMTE, caracterizado como uma atividade individualizada com relação ao contexto do trabalho na unidade, não cooperativo, orientado pela prescrição médica e centrado em procedimentos técnicos.

Desta forma, no contexto da análise consideramos o trabalho do enfermeiro na dimensão do trabalho morto e mediatizado por tecnologias duras (Merhy, 2002; Merhy e Franco, 2003), já que sua ação se dá a partir do produto do trabalho médico e se expressa pelos encaminhamentos demandados por este último e no controle burocrático do ambiente da unidade e do serviço. Em contraposição, temos que o trabalho vivo é aquele produzido em ato, mediado por um saber operante (Mendes-Gonçalves, 1994) e pela aplicação de determinados instrumentos materiais e não-materiais próprios.

A constatação de que os encaminhamentos demandados pelo trabalho médico recobrem grande parte do trabalho do enfermeiro, expresso como um trabalho gerencial-burocrático nos faz considerar o trabalho do enfermeiro como expressão do trabalho morto, em relação ao trabalho vivo do médico, já que o trabalho do enfermeiro não acrescenta a sua própria marca sobre o trabalho já realizado pelo médico.

6.2.2 – A relação do enfermeiro com o paciente/acompanhante

A forma como o enfermeiro encaminha o seu trabalho promove uma relação de distanciamento com o paciente e/ou seu acompanhante. Foram flagrantes as diversas oportunidades onde pudemos perceber que este não conhece os pacientes que estão sob os cuidados da enfermagem nas unidades de clínica médica e cirúrgica do hospital.

> Um acompanhante chega até o PE e fala, em tom firme: *"cadê a enfermeira...? O soro do fulano acabou e está subindo sangue..."*, fazendo referência à ANMTE que responde pela enfermaria. No PE apenas a enfermeira-Assistente responsável pelo plantão está sentada no balcão escrevendo algo. Sem dar atenção ao reclamante, ela volta-se em direção à sala de preparo de medicação onde se encontram algumas ANMTE e chama aquela que está responsável pela enfermaria. A ANMTE prontamente dirige-se até o leito do paciente. Observamos que o acompanhante que veio solicitar a presença da "enfermeira" está acompanhando outro paciente da enfermaria e não o que ele veio reclamar pelo cuidado. **(NO N.º 09/Jul 2008/clínica médica)**

> Um acompanhante chega até ao balcão e pede um lençol. A enfermeira levanta-se, dirige-se até a saleta de guarda da roupa, volta e entrega o lençol ao acompanhante sem dizer uma só palavra. **(NO N.º 01/Abr 2008/clínica cirúrgica)**

> Uma acompanhante dirige-se até o balcão do posto e pergunta à enfermeira se não tem uma medicação para o paciente (possivelmente o que ela está acompanhando). Com expressão de cansaço e sofrimento a senhora diz que o paciente está muito agitado. A enfermeira levanta os olhos e responde: *"você tem que ver isto com o médico"*. Percebendo nossa presença e postura observadora, a enfermeira começa a procurar o prontuário do paciente. Localiza-o e lê a prescrição. Levanta os olhos já respondendo à solicitante que tem sim medicação para o paciente, porém a senhora já havia deixado o balcão e retornado para a enfermaria. A enfermeira fica visivelmente constrangida ao perceber que nós observáramos a situação e dá um sorriso "sem-graça". **(NO N.º 03/Abr 2008/clínica médica)**

> Uma acompanhante de paciente idosa, provavelmente sua filha, vem até o PE e dirigindo-se à enfermeira pergunta sobre a cirurgia que está marcada e por que a nutrição deixou a dieta. Ela quer saber se vai ser mantido o jejum. A enfermeira pergunta às ANMTE que estão por ali se realmente a paciente vai ser submetida à cirurgia. Uma das ANMTE responde que foi feito o pedido da cirurgia, mas que estão aguardando a autorização da central. A enfermeira responde à acompanhante que vai procurar saber e depois repassa a informação. **(NO N.º 14/Out 2008/clínica médica)**

> Chega uma médica no PE e quer saber sobre um pedido de parecer para certo paciente. Depois de procurar o paciente e não localizá-lo, dirige-se à enfermeira e pergunta sobre o mesmo. A enfermeira responde que não sabe e que não o conhece. Uma ANMTE que estava por perto intervém, respondendo que o paciente internou no final da tarde do dia anterior e que já foi transferido para o hospital "X". **(NO N.º 14/Out 2008/clínica médica)**

Além da relação de distanciamento que o enfermeiro-assistente mantém com os pacientes, sua conduta parece se estender a toda a equipe. Pudemos perceber, em diversas situações, o constrangimento dos pacientes e/ou acompanhantes diante da reação dos ANMTE nos momentos em que vão solicitar algo ou reclamar por assistência. Situações como as descritas são tomadas na presença do enfermeiro-assistente, que não reage com sua autoridade técnica perante seus pares de nível médio caracterizando certo compartilhamento de posturas negligentes entre os agentes do trabalho da enfermagem.

> Uma acompanhante vem até o PE e coloca a todos em tom de reclamação que o soro do paciente acabou dizendo: "*já está entupido de sangue*". Reclama que a Enfermagem não acompanha os doentes e que estes ficam jogados. As ANMTE entreolham-se... Uma delas deixa o PE e vai até a enfermaria onde está o paciente. Outra ANMTE, retornando de uma das enfermarias, chega ao PE falando em tom de irritação: "*esses acompanhantes vem pra cá só para ficar olhando para a cara da gente... não querem fazer nada... e ainda ficam mandando na gente. Eu falei para um para olhar se a dieta estava pingando.. e, para o outro para levar a mulher no banheiro,... em vez de ficar querendo mandar na gente deveria é ajudar!".* Os demais ANMTE e a enfermeira-Assistente ouvem o desabafo da colega com naturalidade, passando a fazer comentários sobre suas experiências com os acompanhantes. Todos parecem concordar com a posição assumida pela colega. Enquanto ouvimos os comentários dos ANMTE pegamos alguns prontuários que já estão com os relatórios fechados para conhecer o conteúdo das informações. São 16h00min, aqueles que já fizeram a medicação das 16h00min de fato já fecharam os relatórios com algumas informações conforme segue: "*pacte calmo, comunicativo, aceitou bem as dietas oferecidas... sem intercorrências no período*". O período a que se refere encerrará três horas após o registro. **(NO N.º 16/Out 2008/clínica médica)**

> A filha de uma paciente vem até o PE e aborda a enfermeira perguntando onde conseguir um copo, pois sua mãe está com sede e não tem copo para oferecer-lhe água. A enfermeira recomenda que ela busque o copo com o serviço de nutrição. A moça justifica que já foi ver o copo com a nutrição e a responsável pediu que falasse com a enfermagem. Uma ANMTE que estava por perto interrompe dizendo que no "406" (fazendo referência à Enfermaria 406) tem copo, para que ela fosse pegar lá... A enfermeira reafirma a informação da ANMTE e recomenda que a acompanhante pegue o copo na enfermaria indicada. A moça responde que não sabe o que é e nem onde fica o "406". A enfermeira, em tom de irritação, deixando o PE e entrando na sala de preparo de medicação, responde: "*o 406 fica do lado do quarto onde sua mãe está internada.... esse povo é incapaz de fazer as coisas ... não pode fazer nada... parece que se pegar um copo vai cair a mão"...* A acompanhante, visivelmente constrangida e agradecendo, deixa o PE. A ANMTE sorri como se concordasse com a fala da enfermeira. **(NO N.º 13/Set 2008/clínica cirúrgica)**

O distanciamento do enfermeiro-assistente do paciente representa a maior evidência da não realização do gerenciamento do cuidado conforme o conceito assumido no presente estudo (Rossi e Silva, 2005; Hausmann e Peduzzi, 2009).

Assim, o trabalho do Enfermeiro é descaracterizado da sua referência legal e institucional. O elo entre o paciente e o serviço de enfermagem está no trabalho dos ANMTE que, por sua vez, não corresponde a uma perspectiva específica de cuidado de enfermagem já que este é realizado orientado apenas pela prescrição médica por meio de procedimentos mecanizados pela técnica.

Além do enfermeiro não cumprir o seu papel no gerenciamento do cuidado, ele, igualmente, não se ocupa da supervisão do trabalho dos ANMTE, conforme mencionamos anteriormente. Os ANMTE são os que detêm o conhecimento acerca das condições dos pacientes e é a eles que o enfermeiro recorre nas situações em que necessita da informação.

Quando um paciente ou acompanhante chega até o PE, em busca de informação ou auxílio, eles chamam pelo “enfermeiro” sem fazer distinção entre o ANMTE e o enfermeiro-assistente. Está situação é conhecida por ser comum a não distinção pela comunidade/sociedade entre um e outro profissional da enfermagem. Porém, no espaço institucional do cuidado, onde as funções são delimitadas e as ações relacionadas ao cuidar deveriam ser encaminhadas pelo seu grau de complexidade com envolvimentos diferenciados entre o enfermeiro e os ANMTE, causou-nos estranheza o fato das identidades não serem reconhecidas por aqueles que se servem diretamente do serviço e da assistência de enfermagem.

> Uma senhora de meia idade chega até o balcão do PE e, simpaticamente, anuncia que já está indo embora, despedindo-se de todos. Com certa reverência dirige-se a uma das ANMTE responsável pela enfermaria que está o paciente da sua família dizendo: “*Tchau enfermeira... eu já vou, fique com Deus*”... A ANMTE que estava anotando algo num dos prontuários, voltando-se para a senhora responde à sua saudação. A senhora dirigindo-se a mim, pergunta: “*(...) esse aí é médico?...*” Todas as ANMTE olhando em minha direção respondem quase que uníssonas: “*Não!... Ele é enfermeiro...*” Eu esclareço à senhora a minha condição ali e ela deixa a unidade. **(NO N.º 11/Set 2008/clínica médica)**

Com relação à saudação à ANMTE como “enfermeira” pareceu-nos muito natural, inclusive para a enfermeira ali presente que se manteve indiferente à presença da senhora e o conteúdo do diálogo. Do nosso ponto de vista o incômodo da situação não está numa suposta valorização do ANMTE quando confundido com o enfermeiro, mas sim na não distinção entre um e outro; se são todos iguais na percepção do paciente/acompanhante, preocupa-nos o conceito genérico que estes

mantêm no interior de um serviço onde o enfermeiro tem a possibilidade de evidenciar quão diferente ele deveria ser de um ANMTE.

Aqui consideremos que tal comportamento somente foi percebido na relação do ANMTE com o enfermeiro, onde o primeiro responde pela denominação do segundo, sendo este o seu superior imediato. Já na situação em que o enfermeiro é confundido com o médico a correção é imediata por parte dos ANMTE.

6.2.3 – O trabalho do enfermeiro-assistente expresso como ação gerencial-burocrática

Ainda que seu trabalho tenha como objeto os procedimentos administrativos da unidade de internação, é flagrante a ausência de uma organização ou sistematização das ações. Estas surgem das situações que se apresentam a todo momento e cada enfermeiro demonstrou ter "sua forma própria" de encaminhar as soluções. De todo o observado, podemos inferir que o trabalho gerencial ainda quando desenvolvido pelo enfermeiro-assistente não tem como finalidade o processo de cuidar em enfermagem, mas o encaminhamento das demandas geradas pela estrutura da cura – núcleo tecnológico do trabalho médico. O que define o trabalho do enfermeiro é a necessidade de produção de certas condições que devem ser mantidas/estabelecidas na unidade/espaço hospitalar para que a assistência médica se processe, sem que se vincule diretamente às necessidades de cuidados de enfermagem ou ao seu gerenciamento.

Considerando o papel gerencial assumido pelo enfermeiro-assistente e ainda a existência de um gerente de enfermagem, especificamente para a área médica-cirúrgica, chamam atenção as condições do ambiente das unidades de internação. Naqueles momentos em que tudo parece exatamente igual à rotina, buscamos observar os aspectos relativos ao ambiente do cuidado da área médica-cirúrgica.

É histórica a vinculação do trabalho da enfermagem ao controle da qualidade do ambiente (Melo, 1986; Pires, 1989; Silva, 1989; Almeida, Yazlle Rocha, 1989), em especial no que diz respeito à higienização e controle ambiental do espaço do hospital. Assim, entendemos que o controle dos ambientes e materiais, que estão diretamente relacionados à assistência ao paciente, deve integrar tanto a

competência do enfermeiro-assistente quanto à do enfermeiro-gerente, na perspectiva do gerenciamento da unidade.

> Toda a área que compõem o PE, inclusive as três pequenas saletas que servem à guarda de materiais; guarda de roupa; e preparo de medicação encontra-se desorganizada, com papéis espalhados pelo chão. A área aberta do posto, delimitada por um balcão em "L", encontra-se igualmente desorganizada, com prontuários espalhados pelo balcão. O aspecto é de pouca higiene e limpeza. Deixamos o PE e fomos visitar as enfermarias. A maioria das enfermarias fica contra o sol da tarde que estava escaldante. As janelas não têm proteção, exceto por uma película de filme já bastante deteriorada pelo tempo. Alguns pacientes com alto grau de dependência estão expostos ao sol; o piso está sujo e com vários papéis do tipo folha de jornal, revistas, embalagem de gases e pom-pom, entre outros. Além do lixo pelo chão, algumas comadres e papagaios estão sob os leitos e sobre as escadinhas, alguns contendo restos de eliminações. Mesinhas de cabeceira sujas, algumas com copos descartáveis com dieta e descobertos. Nas gavetas pacotes de gases e pom-pom guardados para uso dos acompanhantes. Todos os pacientes naquela enfermaria têm acompanhantes... Pelos cantos e sobre os leitos algumas malas e bolsas com os pertences dos pacientes e acompanhantes. Os banheiros estão sujos, com roupa de cama pelo chão. Alguns pacientes nus e expostos. Os leitos vagos estão com colchões dobrados expondo os estrados sujos e enferrujados; toalhas de pacientes e de acompanhantes estendidas sobre as cabeceiras dos leitos. Acompanhantes deitados dividindo o leito com pacientes. O ambiente das enfermarias é mal cheiroso e visualmente desagradável. Numa das enfermarias encontramos um paciente contido, sem sonda nasoenteral e com um frasco de dieta nasoenteral sobre sua mesinha de cabeceira. Pela indicação contida no rótulo a dieta deveria ter sido administrada às 12h00min e já são 16h20min. Observamos que dos 24 pacientes internados, 17 estão com acompanhantes. **(NO N.º 13/Set 2008/clínica médica)**

Em que pese a forma de organização do serviço de enfermagem do hospital estudado; o número de ANMTE por unidade; a garantia da permanência de um enfermeiro-assistente por clínica e ainda a designação de um enfermeiro-gerente por área, as condições encontradas naquele espaço não representam a enfermagem brasileira se a considerarmos a partir das normas legais que a regulamentam.

Aqui evidenciamos a assunção por parte do enfermeiro-assistente de funções que seriam próprias do enfermeiro-gerente, colocando ainda em destaque a ausência deste último na área, conforme já mencionamos anteriormente. O fato do enfermeiro-assistente assumir tais funções, em detrimento do cuidado ou do seu gerenciamento, colocamos em questão em que medida os enfermeiros daquele serviço tem a propriedade dos instrumentos, aqui tomados na dimensão do saber tecnológico que deve orientar a forma e o conteúdo do trabalho. Neste sentido cabe ressaltar que o corpo enquanto objeto do trabalho da enfermagem não é natural e

somente poderá ser recortado e apreendido como tal por meio de um saber operante (Mendes-Gonçalves, 1994).

O resultado desta forma de encaminhar o trabalho da enfermagem, tomando a dimensão dos aspectos ético-legais da profissão consideremos que o enfermeiro ao ausentar-se do campo do cuidado incorre em grave erro tanto do ponto de vista da norma legal que regulamenta o seu trabalho quanto do ponto de vista da ética codificada pela própria categoria.

Para além do sentido ético-legal, a partir das categorias referidas no tópico anterior, a forma de encaminhar o trabalho da enfermagem na área médica-cirúrgica compromete o próprio conceito de enfermagem/enfermeiro e passa a constituir em um modelo de serviço que se reproduz pelo ensino ali desenvolvido.

6.2.4 – O trabalho do enfermeiro e as relações que este estabelece no seu encaminhamento

A organização do espaço do hospital concentrou suas atividades em torno das estruturas de cura e de cuidado (Lopes, 2001) que colocou lada a lado, de início, as práticas médica e de enfermagem e ao longo do tempo foi absorvendo outras, que definiu uma forma de trabalho coletivizado, marcado pela sua divisão social e técnica.

> "As atividades relativas ao cuidado e à administração do espaço assistencial, que genericamente constituem o trabalho da enfermagem, só passam a ter características profissionais a partir de 1860, quando (...) Florence Nightingale cria um modelo de formação e prática assistencial que se difunde pelo mundo todo (Pires, 2008: 85)".

Com a reunião das diversas práticas e saberes que passam a compartilhar o mesmo objeto e finalidade do trabalho em saúde no espaço do hospital, este assume, progressivamente, a característica de ação coletiva e compartilhada e tal arquitetura deve recompor os saberes e práticas que foram parcelados com a lógica da organização do trabalho aí subjacente.

Desta forma, trazemos à análise a perspectiva adotada no estudo de Peduzzi, (2001), relativo ao trabalho em equipe a partir das tipologias que a autora adota. No sentido proposto, o trabalho em equipe deve promover a reunificação dos saberes

pela via da integração das práticas e articulação das ações, expressas no planejamento e na execução de um projeto assistencial comum.

Neste tópico, de início, consideraremos o enfermeiro na sua relação com a equipe de enfermagem, tomando-o como o protagonista das ações de enfermagem, para, posteriormente, considerá-lo a partir do compartilhamento do seu trabalho com os demais agentes do trabalho em saúde no modelo clínico.

6.2.4.1 – A relação do enfermeiro com a equipe de enfermagem

Aqui vamos considerar que o projeto assistencial comum que deveria guiar as ações da equipe de enfermagem, no sentido colocado por Peduzzi (2001) deve ser produto do gerenciamento do cuidado como campo de autonomia e reserva técnica do enfermeiro.

De todo o observado, percebemos que o enfermeiro-assistente não assume a equipe de enfermagem com a liderança que deveria pautar o seu trabalho. Diante de posturas negligentes e das situações de imperícia contidas no trabalho dos ANMTE, podemos considerar que naquele espaço o papel do enfermeiro está muito distante daquele definido pela norma legal.

Pela posição hierárquica existente, ditada pela forma de organização do trabalho, a princípio há uma subordinação dos ANMTE ao enfermeiro, o que não é exatamente a mesma coisa que a subordinação do trabalho dos primeiros em relação ao trabalho do segundo, já que em alguns momentos o enfermeiro assume posições autoritárias, ainda que no nível da relação pessoal com os ANMTE.

O trabalho que o enfermeiro-assistente assume de encaminhar as demandas do trabalho médico, não se envolvendo com os aspectos do cuidado de enfermagem ou do seu gerenciamento, o faz declinar da sua posição de autoridade técnica sobre o núcleo do trabalho da enfermagem comprometendo a legitimidade social (Peduzzi, 2001) e técnica perante seus pares de nível médio e, conseqüentemente, estes passam a ter como referência apenas a autoridade técnica do médico, o que acirra a perspectiva da existência de superioridade da profissão médica sobre as demais

profissões de saúde. Foram diversas as oportunidades em que pudemos observar o ANMTE buscar a solução de um problema com o enfermeiro-assistente, porém na sua maioria nas situações de natureza administrativa, dada a sua posição de "enfermeiro-chefe".

Ao encaminhar o seu trabalho na perspectiva da administração burocrática do serviço distanciando-se do seu núcleo tecnológico – o cuidado, o enfermeiro compromete a subtotalidade inerente às funções específicas da enfermagem, no sentido colocado por Schraiber (1993), já que deveria demandar dele o encaminhamento do processo de cuidar na perspectiva colocada tanto pelo discurso como pelas normas legais da categoria.

A perda da subtotalidade decorrente da ausência do enfermeiro no encaminhamento do processo de cuidar e de contribuir com o processo da cura compromete o projeto assistencial comum na perspectiva da integralidade das ações (curar/cuidar) que definem o modelo clínico e é expresso aqui pela evidência de que o trabalho dos ANMTE, quando orientado apenas pela prescrição médica, prescindi da presença do enfermeiro, conforme já tratado anteriormente.

Voltando à questão da relação em equipe, consideremos o conteúdo do excerto que segue:

> Chegamos ao PE às 14h00min. A enfermeira está sentada na frente do balcão. Três ANMTE da equipe e alguns outros ANMTE de outros setores estão conversando animadamente. A enfermeira parece à margem das conversas... Vez ou outra algum ANMTE dirige-se a ela que se limita a fazer comentários breves sobre o assunto. A questão que está sendo tratada é sobre o convênio que o Secretário Municipal de Saúde celebrou com um grupo de ortopedistas para dinamizar as cirurgias ortopédicas do hospital que, historicamente, sempre fora um dos principais problemas da unidade de clínica cirúrgica. Entre estes problemas estão as longas internações de alguns pacientes. Há caso de internações com mais de 3 anos pela falta de encaminhamentos, dada a deficiência no atendimento no próprio hospital. Um dos ANMTE, um rapaz de aproximadamente 25 anos, Técnico de Enfermagem, protagoniza a conversa. Entre outros comentários acerca das rotinas do hospital, demonstrando certa ênfase, como se quisesse chamar nossa atenção, diz: *"aqui no hospital tem enfermeiros que pra dar uma ordem tem que colocar um médico na frente... (...) não tem autoridade e sempre diz que foi o médico quem mandou... Não tem Autonomia sobre nós..."* O ANMTE segue com seus comentários destacando do grupo inclusive pelo tom da sua voz. Vez ou outra se dirige à enfermeira de modo incisivo. Fica evidente sua intenção de demonstrar rebeldia e subversão à autoridade da enfermeira, conforme ele mesmo considerou anteriormente. A enfermeira permanece indiferente aos comentários do ANMTE, às vezes esboçando um discreto sorriso demonstrando pouca importância às posições assumidas pelo Técnico. O Técnico de Enfermagem mudando totalmente o conteúdo da conversa inicial segue com suas críticas à prática do Enfermeiro no hospital. Os demais ANMTE limitam-se a ouvi-lo na presença da enfermeira. **(NO N.º 12/Set 2008/clínica cirúrgica)**

O sentido colocado pelo técnico de enfermagem “precisa colocar o médico na frente” e “não tem autoridade sobre nós” (**NO N.º 12/Set 2008/clínica cirúrgica**) expressa exatamente a nossa percepção com relação ao não exercício da autoridade técnica do enfermeiro na área, autoridade esta que subordinaria tecnicamente o trabalho do ANMTE ao seu e não o próprio trabalhador. A postura assumida pelo técnico de enfermagem não foi recorrente entre os demais ANMTE o que nos leva a pensar que, de fato, foi um ato de rebeldia, mas que não pode ser desconsiderado do contexto da relação que é estabelecida entre enfermeiro e os ANMTE, na perspectiva do trabalho em equipe.

Em outra situação pudemos observar a conduta gerencial do enfermeiro-assistente quando este tenta exercer sua autoridade frente à equipe de enfermagem.

> Uma ANMTE deixando a sala de preparo em direção ao balcão do PE aborda a enfermeira perguntando onde está o pessoal do expurgo. A enfermeira responde que não estão mais lá... A ANMTE diz que não está certo elas cuidarem dos pacientes e ainda ter que lavar o material sujo... Assevera que elas não são *“escravas”*... que não está certo lavar material contaminado na clínica e que ela não fará isto. A enfermeira, sentada no balcão do PE, ouve tudo em silêncio e responde: *“vou colocar isto no relatório”...* A ANMTE continua reclamando e voltando-se para nossa direção diz: *“não é que eu tô ficando preguiçosa... Pela manhã a gente trabalha muito mais... Estou cansada.”* A enfermeira remenda dizendo: *“vamos deixar para o pessoal da tarde...”* Perguntamos à enfermeira se tem CME no andar. Ela responde que não... Explica que a CME está em reforma e por isso o material está sendo processado nos andares e levados para a lavanderia apenas para esterilização, num lugar improvisado e organizado para esta finalidade. A ANMTE decide o encaminhamento e a enfermeira aceita como se apenas “homologasse” a decisão. No mural percebemos um aviso contendo o seguinte conteúdo (sem correções):
> *“Atenção*
> *Conto com a colaboração de todos por motivo da reforma no C.M.E. os materiais sujos deverão ser entregue no expurgo do centro cirúrgico para a lavagem.*
> *O arsenal será no mesmo lugar no C.M.E. para pegar os materiais estéreis.”*
> Dra. Fulana — *enfermeira*
> Dra. Ciclana — *enfermeira Obstetra*
> **(NO N.º 13/Set 2008/clínica cirúrgica)**

Nesta situação a posição assumida pela ANMTE frente a uma determinação da sua “chefia imediata” muda a decisão da enfermeira-assistente que decide remeter o problema para a equipe do período vespertino a ter que fazer valer a sua autoridade técnica sobre a ANMTE.

O excerto seguinte mostra a situação em que uma ANMTE, após uma hora e meia do início do seu plantão, não sabia dizer quem era o enfermeiro-assistente

responsável pela unidade naquele dia ou se algum daqueles profissionais que circulavam pela clínica tratava-se de um enfermeiro.

> São 08h30min, uma hora e meia do início do plantão matutino. Alguns pacientes e acompanhantes estão assistindo TV no saguão da unidade. No PE alguns ANMTE entram e saem em direção às enfermarias. Um dos médicos visitantes está sentado prescrevendo seus pacientes e outro está na enfermaria logo a frente do PE passando visita. Outro profissional, que posteriormente soube que se tratava de um Fisioterapeuta, está sentado manipulando alguns prontuários. A movimentação de acompanhantes, pacientes e ANMTE é intensa. Não percebemos a presença do Enfermeiro que normalmente está na unidade no plantão matutino. Abordamos uma ANMTE que estava preparando uma insulina numa das saletas do PE e perguntamos qual o Enfermeiro que estava respondendo pela unidade naquela manhã. A ANMTE não sabia exatamente... Dirigindo-se ao Fisioterapeuta perguntou se ele era o Enfermeiro responsável... O Profissional respondeu: *"Não... eu sou da fisio"...* A ANMTE então me disse que não sabia... e que "achava" que o Enfermeiro do plantão está de folga. Numa outra situação, perguntamos a outra ANMTE qual o Enfermeiro que estava responsável pelo plantão. A ANMTE confirmou que a enfermeira *fulana* que está na escala estava de folga e que a enfermeira *ciclana*, da clínica cirúrgica, responderia pelas duas unidades. Foi flagrante o fato da ANMTE não saber quem estava respondendo pela unidade de internação e o fato de um Enfermeiro responder por duas unidades, num plantão matutino de segunda-feira. **(NO N.º 07/Jul 2008/clínica médica)**

Durante todo o trabalho de campo apenas em uma situação tivemos a oportunidade de observar o contato entre o enfermeiro-assistente e o enfermeiro-gerente, conforme conteúdo do excerto apresentado no tópico onde tratamos da gerência da área médica-cirúrgica. Naquela oportunidade pudemos perceber o distanciamento do segundo em relação ao primeiro e a ausência de traços que pudessem caracterizar o trabalho em equipe.

Numa outra oportunidade, mesmo que de forma indireta, pudemos observar como se dá a relação entre os diversos enfermeiros-assistentes na área, conforme o conteúdo do diálogo entre um enfermeiro-assistente e um ANMTE, constante no excerto abaixo. Nesta oportunidade, além de podermos identificar a forma de relação entre os enfermeiros da área, mais uma vez nos foi possível considerar a relação do enfermeiro com os ANMTE e vice-versa.

> São 18h15min, a enfermeira comunica a uma das ANMTE que descerá até o Box de Emergência e que voltará em seguida. Às 18h15min chega a primeira ANMTE que renderá o plantão às 19h00min. Tão logo chega, antes do início do seu horário, reúne os prontuários dos pacientes que estarão sob sua responsabilidade, senta-se no balcão do PE e começa a tirar a medicação utilizando tiras largas de esparadrapo para fazer as anotações. Às 18h50min chega o enfermeiro que responderá pelo plantão noturno. Ele traja-se com calça jeans, camiseta vermelha, tênis preto com detalhes vermelhos e jaleco branco. Uma das ANMTE tenta

> passar as informações do plantão para ir embora. O enfermeiro recusa-se a ouvir e diz que o plantão deve ser passado na presença da enfermeira do dia, e completa: "*eu encontrei com ela lá embaixo".* A ANMTE com certa irritação responde que está de plantão naquela noite em outra instituição e diz que tem de ir para a Santa Casa. Com a insistência e justificativa da ANMTE, o enfermeiro responde com certa aspereza que essa é uma questão dele com a enfermeira, ou seja, não trataria do assunto com a ANMTE. Em que pese à advertência do enfermeiro, a ANMTE organiza suas coisas, reúne os prontuários dos pacientes que estiveram sob seus cuidados e deixa a unidade. Percebo que a ANMTE que responderá pela mesma enfermaria ainda não chegou ao plantão. O Enfermeiro deixa o PE em direção a primeira enfermaria do corredor. Observando de longe, percebemos que ele está passando visita, sozinho, em cada um dos leitos. Conversa educadamente com os pacientes e acompanhantes, porém ele não faz nenhum registro. Deixamos a unidade à 19h05min e a enfermeira responsável pelo plantão vespertino ainda não havia retornado à área. Na saída, já no andar térreo do hospital encontramos o enfermeiro-gerente da área médica-cirúrgica. Perguntamos ao enfermeiro pela enfermeira da clínica médica. Ele responde que ela já fez seu relatório e já deve ter ido embora. **(NO N.º 11/Set 2008/clínica médica)**

Daí podemos considerar, por um lado, a não interação entre enfermeiros-assistentes na condução do trabalho, quando um deixa o plantão a revelia da presença do outro que assumirá o seu lugar. Em nenhum momento presenciamos ou ouvimos referências à passagem de plantão na área, em que pesem as advertências escritas deixadas nos murais pelo enfermeiro-gerente. Durante a realização das entrevistas soubemos da existência de um livro de passagem de plantão que fica na Coordenadoria de Enfermagem, onde todos os enfermeiros do hospital fazem os registros das ocorrências das suas respectivas unidades, conforme exemplifica os dois excertos que seguem:

> **"18/09/2007 – CLÍNICA CIRÚRGICA – VESPERTINO**
> Equipe completa (fazendo referência aos ANMTE)
> Nome, com número do Registro Profissional da responsável".
> **"07/10/2007 – CLÍNICA MÉDICA – DIURNO**
> Equipe de enfermagem, com registro de substituição;
> Ficaram sem prescrição os pacientes da "neuro" 402 e 412;
> Os demais sem intercorrências graves;
> Rubrica, com carimbo da responsável".

Quando a enfermeira comunicou a uma das ANMTE que desceria até o Box de Emergência às 18h15min e que voltaria em seguida, ela, na verdade, antes ou depois de ir ao setor, passou pela sala da coordenação e fez o seu "relatório de passagem de plantão", conforme nos informou o enfermeiro-gerente. Infelizmente o livro de passagem de plantão do período relativo ao conteúdo do excerto não foi localizado.

Outro aspecto contido no diálogo do enfermeiro-assistente com a ANMTE, que também remete à relação entre os agentes do trabalho da enfermagem na área, encontra-se a insubordinação do ANMTE a uma determinação do enfermeiro que, por sua vez, permanece indiferente à atitude da ANMTE, que, literalmente, abandona o plantão antes do horário do seu término e sem ter sido rendida por sua colega, conforme a rotina já mencionada.

Diante do exposto, ainda que com alguma reserva, podemos considerar que a prática do conjunto dos agentes do trabalho da enfermagem daquele espaço está mais relacionada ao tipo equipe agrupamento, conforme a tipologia de Peduzzi (2001).

6.2.4.2 – O enfermeiro e o trabalho em equipe multiprofissional

De início retomamos a consideração de que o sentido do trabalho em equipe, no contexto da divisão social e técnica do trabalho em saúde, aprofundada pela multiplicidade crescente das especializações e pela fragmentação entre múltiplos agentes que assumem parcelas do trabalho com diferentes graus de autonomia técnica sobre o objeto, deveria ser espaço de recomposição do trabalho em saúde na perspectiva da integralidade.

A guisa de caracterização da forma de organização do trabalho multiprofissional, a partir da observação do trabalho da enfermagem, aqui, de início, vamos considerar o critério “comunicação entre os agentes do trabalho” como um dos critérios apresentados por Peduzzi (2001) para o reconhecimento das equipes conforme as duas tipologias apresentadas pela autora.

Relativo ao processo de comunicação concordamos com Peduzzi (2001:109) que “a articulação das ações, a coordenação, a integração dos saberes e a iteração dos agentes ocorreriam por meio da mediação simbólica da linguagem. (...) e que a comunicação entre profissionais é o denominador comum do trabalho em equipe”.

Assim, se considerarmos a ausência de registros realizados pelos enfermeiros nos prontuários, justificada pela existência de um livro de passagem de plantão restrito aos enfermeiros pela sua localização na sala da Coordenação do Serviço de Enfermagem, podemos inferir que o processo de comunicação é caótico e quase

inexistente entre a enfermagem e os demais agentes do trabalho em saúde da área médica-cirúrgica.

Além da precariedade da comunicação escrita também não percebemos a comunicação oral entre os agentes do trabalho em saúde como um meio de compartilhamento das ações.

> Chega ao PE uma médica para passar visita. Senta-se no balcão e as ANMTE ali presentes começam a reunir os prontuários dos pacientes que estão sob os cuidados da mesma. A médica dirigindo-se a uma das ANMTE pergunta em tom solene, querendo parecer severa: "onde está o seu uniforme?" A ANMTE tenta explicar que sua roupa não secou... A médica está trajando calça preta e blusa estampada em tons azuis e jaleco. A relação da médica com as ANMTE parece tranqüila e harmoniosa, porém a hierarquia está presente e as ANMTE comportam-se de modo subalterno a ela. A enfermeira retorna da enfermaria, adentra ao PE e continua seu trabalho anterior de abertura dos horários. Médica e enfermeira não trocam uma só palavra, sequer cumprimentam-se. São 11h50min todas as ANMTE estão no PE e dão início ao fechamento dos relatórios. A médica e uma das ANMTE conversam animadamente sobre assuntos diversos. A enfermeira não toma parte da conversa. A médica fala em tom de orientação, indistintamente, a todos os presentes: "*O paciente somente pode ser admitido na clínica cirúrgica com parecer do cirurgião*." Uma das ANMTE avisa à enfermeira sobre uma avaliação e transferência de pacientes... **(NO N.º 06/Jun 2008/clínica cirúrgica)**

A relação entre médico e enfermeiro não é igual à relação entre médico e ANMTE, assim como a relação entre ANMTE e enfermeiros assumem características específicas.

Médicos e enfermeiros mantêm distância profissional e pessoal. Não tratam de assuntos relativos aos pacientes, seus problemas e ações que poderiam integrar um projeto assistencial comum. Quando a médica, indistintamente, observa que o paciente somente deve ser admitido na clínica mediante o parecer do cirurgião, ela está fazendo uma correção ao trabalho específico da enfermeira a quem compete a liberação das vagas e a recepção dos pacientes na unidade, porém o faz sem se dirigir à enfermeira.

Nos raros momentos em que pudemos observar algum diálogo entre médico e enfermeiro, o conteúdo relacionava-se a procedimentos administrativos.

> No PE uma Fisioterapeuta faz suas anotações nos prontuários. Neste mesmo instante chega um dos Médicos para passar visita e prescrever seus pacientes. Trata-se de um Cirurgião Plástico. A enfermeira dirigindo-se ao Médico pergunta: *"o senhor vai abrir ele hoje?"...* O Médico em tom áspero, responde: *"não!"...* A enfermeira insiste: *"...será amanhã?"...* O Médico responde sem tirar a atenção dos seus afazeres com os prontuários: *"é..., possivelmente amanhã"...* Não deu para perceber o quê exatamente a enfermeira estava querendo saber,

> possivelmente referia-se ao curativo de um dos pacientes. Ao deixar o PE, o médico dirige-se à enfermeira e diz: *"somente na quinta..."* A enfermeira responde: *"... amanhã né doutor?..."* (hoje é quarta-feira) O Médico, agora demonstrando certa simpatia, responde afirmativamente enquanto deixa o PE. **(NO N.º 10/Jul 2008/clínica médica)**

Nas situações em que pudemos perceber Médicos e Enfermeiros se relacionado e com certa cordialidade, eles não tratavam de assuntos relacionados ao trabalho na unidade.

> Chega um Médico que ao que nos pareceu veio ver um paciente para dar parecer. Não está escalado para passar visita na rotina da unidade. O médico entra no PE e vai direto ao quadro mural onde está fixado o pedido de parecer. O arranca e vai direto em direção à enfermaria. A enfermeira percebendo sua presença deixa a sala de guarda de roupa onde estava sentada conversando e o acompanha perguntando: *"quem o senhor veio ver?"* Parece ter boa relação com o médico que, sem responder sua pergunta, a toma pelo braço e diz: *"venha, vamos passear pela enfermaria"...* Os dois deixam o PE conversando alegremente. Retornando logo em seguida o Médico passando por nós, cumprimenta-nos e deixa a unidade. Com a saída do Médico a enfermeira fala ao ouvido de uma das ANMTE e deixa a Clínica. **(NO N.º 13/Set 2008/clínica cirúrgica)**

Já entre Médicos e ANMTE, pautada sempre na hierarquia, a relação parece mais harmônica, porém seu conteúdo sequer tangencia o sentido do trabalho, exceto na situação contida no excerto NO N.º 04/Mai 2008/clínica cirúrgica.

> Chega ao PE um dos Médicos visitante. Com um prontuário nas mãos a procura de uma das ANMTE e reclama que aquele paciente é da cardiologia e que os prontuários precisam se melhor identificados. O Médico pede a caneta da ANMTE emprestada para corrigir a informação do prontuário. A ANMTE, como se não tivesse tempo para ficar esperando o uso da caneta, coloca em tom de brincadeira: "*Chefe... chefe... onde está o seu principal instrumento de trabalho?... Cadê a sua caneta...*?" O Médico responde: "*Eu esqueci... empresta só hoje...".* **(NO N.º 02/Abr 2008/clínica médica)**

> Voltando ao PE percebo a chegada de outro Médico para passar visita. Sobre o balcão do PE todos os prontuários estão dispostos de forma desorganizada e aleatória. O Médico resmunga que vai fazer um curso de ortopedia por correspondência, fazendo alusão ao pouco trabalho que os Médicos Ortopedistas têm na unidade. Chega uma ANMTE ao PE e cumprimenta alegremente o médico. O Médico olha para a ANMTE e pergunta: "como você está?" A ANMTE responde: "hoje estou como uma mulher grávida"... o Médico continua: "você está prenha? Quem lhe enxertou"... A ANMTE responde: "credo, benza essa boca"... **(NO N.º 05/Mai 2008/clínica cirúrgica)**

Conforme podemos constatar, não se trata de relação de trabalho, mas de pessoas que pelo tempo de convivência se permitem certas liberdades. Em outras situações tivemos a oportunidade de presenciar a relação entre médicos e ANMTE

na presença do enfermeiro-assistente, em que ficou caracterizado o distanciamento do último em relação ao médico, ao tempo em que este recorre ao ANMTE para obter informações sobre o seu trabalho na clínica. Abaixo, em que pese à conduta inapropriada do médico, ele a toma estabelecendo uma relação com o ANMTE em detrimento de interação com enfermeiro-assistente ali presente.

> Por volta das 12h40min chega ao PE um dos Médicos visitantes. Com sua presença uma das ANMTE vem ao seu encontro e começa a entregar-lhe os prontuários que estavam organizados parecendo aguardá-lo. Neste momento a porta da sala de roupa está aberta e a enfermeira continua sentada numa cadeira no seu interior. O Médico senta-se no balcão do PE e começa a folhear cada um dos prontuários. A ANMTE que lhe entregou os prontuários permanece em pé ao seu lado. O Médico começa a indagar a ANMTE sobre a situação de cada um dos seus pacientes. A ANMTE vai passando as informações em tom de voz mais baixo que o usual. Com as informações da ANMTE o Médico começa a registrar as prescrições. Para um dos pacientes a ANMTE parece não estar segura. Trata-se de um curativo de enxerto. Ela deixa o PE e dirige-se até uma das enfermarias. Em seguida retorna e passa as informações. O Médico responde: “deixe que esse eu vou dar uma olhadinha”. O Médico continua prescrever. Em seguida levanta-se e, acompanhado pela ANMTE, dirige-se à mesma enfermaria. Retornando, o Médico senta-se e prescreve o paciente. No final faz uma brincadeira com a ANMTE... Lê os avisos do quadro mural do PE e deixa a clínica. Em nenhum momento o Médico dirigiu-se à enfermeira... Eles, sequer, cumprimentam-se. **(NO N.º 04/Mai 2008/clínica cirúrgica)**

Com relação ao trabalho do enfermeiro-assistente com os demais profissionais de nível superior que atuam na unidade, a relação é de indiferença e distanciamento. Esta não equivale à relação de distanciamento que o enfermeiro mantém com o médico, porém não percebemos traços de trabalho em equipe.

> São 07h30min, chega uma Fisioterapeuta... Entra no PE, senta-se no balcão e começa a olhar alguns prontuários... Levanta-se e dirige-se a uma das enfermarias sem trocar palavra com os ali presentes, inclusive com a enfermeira. **(NO N.º 14/Out 2008/clínica médica)**

Numa outra situação em que o assistente social buscava a unidade para dar encaminhamento ao seu trabalho, ele aborda o ANMTE que, satisfazendo sua necessidade informação não busca o enfermeiro para tratar dos assuntos relativos aos pacientes na qualidade de responsável imediato pela unidade de internação. A ausência do enfermeiro é perfeitamente suprida pelos ANMTE, conforme podemos perceber no excerto abaixo:

> Logo em seguida chega uma funcionária do Serviço Social no PE. Neste momento ali se encontravam duas ANMTE. A funcionária quer saber se há alguma solicitação médica de transferência ou pedidos de exames externos. Uma das

> ANMTE atende à funcionária... Nenhuma das duas menciona a ausência da enfermeira responsável pela unidade. Satisfeita com as informações repassadas pela ANMTE a funcionária deixa o PE. **(NO N.º 07/Jul 2008/clínica médica)**

Conforme observamos no cotidiano do trabalho na equipe de enfermagem, para considerarmos que o trabalho entre os agentes na área médica-cirúrgica igualmente cabe na tipologia “trabalho agrupamento”, além do processo de comunicação caótico, consideramos também a hierarquia que se apresenta, velada ou explícita, a depender da identidade dos agentes; a ausência de um projeto assistencial comum; e a subordinação técnica entre agentes onde ambos deveriam exercer da autonomia técnica no seu núcleo tecnológico específico de trabalho (Peduzzi, 2001).

Relativo ao trabalho específico da enfermagem/enfermeiro resta-nos ainda a consideração de que, para o compartilhamento de um projeto assistencial comum na área haveria necessidade do compartilhamento do objeto e finalidade do trabalho do enfermeiro com os demais agentes do trabalho em saúde. Ocorre que, conforme consideraram Mendes-Gonçalves (1994) e Schraiber (1996), o objeto do trabalho não se constitui naturalmente, e aqui acrescentaríamos que igualmente não vai se constituir por meio de imperativos legais, mas sim quando tomado a partir de um recorte orientado por um saber operante.

O saber operante é o que vai permitir e presidir os recortes que vão constituir os núcleos de competência (Campos, 1997) que, por sua vez, definem os potenciais de sub-totalidade contida nos trabalhos compartilhados (Schraiber, 1996; Peduzzi, 2001), na perspectiva da integralidade, definindo assim os contornos que devem caracterizar

o trabalho em equipe. Assim, a interação no trabalho pode ainda significar a interação e integração de saberes.

6.3 – PERCEPÇÕES DO ENFERMEIRO ACERCA DO SEU TRABALHO – O DITO

No tópico 6.2 apresentamos o trabalho do enfermeiro considerando como este o realiza no cotidiano do hospital, onde buscamos caracterizar “o feito” frente à perspectiva adotada nesta pesquisa.

Neste tópico, buscaremos, a partir das manifestações dos sujeitos, identificar como estes concebem a sua atuação no contexto mais geral do trabalho da enfermagem, considerando o cuidado e o gerenciamento do cuidado; a definição do modelo de assistência empregado; a importância atribuída aos registros da assistência de enfermagem; e a articulação interna à equipe de enfermagem e desta com a equipe multiprofissional.

As reflexões acerca da percepção dos sujeitos frente às questões colocadas serão tomadas em relação aos aspectos já explicitados no tópico 6.2, no sentido de pontuar as coerências e/ou contradições entre o dito e o feito.

6.3.1 – As concepções do enfermeiro acerca do seu trabalho

Entendemos o cuidado de enfermagem como núcleo tecnológico do seu trabalho no âmbito do hospital. Considerando os distintos momentos do processo de trabalho, na perspectiva da sua divisão técnica, ao enfermeiro cabe o momento da concepção, que envolve o planejamento e a organização das ações, com a delegação de parcelas deste trabalho aos ANMTE e o controle da sua execução (Brasil, 1986).

No desenvolvimento do trabalho em saúde, em especial no espaço do modelo clínico, dada sua organização tecnológica, o trabalho da enfermagem assume características determinadas por sua articulação com outros trabalhos nessa organização, o que lhe define um espaço social específico na produção do cuidado (Lima e Almeida, 1999).

Historicamente, o desenvolvimento do hospital, com a consequente reconfiguração do processo de produção de cuidados em saúde, deu origem a duas estruturas diferenciadas, a de cuidados e a de cura (Lopes, 2001). Foi a necessidade da organização do espaço da cura e, conseqüentemente, da organização e execução do cuidado como meio de viabilizar a cura, que possibilitou o desenvolvimento da enfermagem como uma prática social e institucionalizada. Neste sentido, a enfermagem com o seu trabalho no espaço do hospital, juntamente com outras práticas, constitui a própria identidade do modelo clínico e sua organização tecnológica (Silva, 1989; Pires, 1989 e 2008).

No contexto social do trabalho em saúde, no modelo clínico, vamos encontrar o trabalho médico como o núcleo tecnológico hegemônico, a partir do qual são definidas as práticas e ações específicas dos demais agentes do trabalho em saúde, que assumem graus diferenciados de autonomia e de subordinação ao trabalho médico no processo de cuidar (Silva, 1989; Almeida, Yazlle Rocha, 1989; Pires, 1989 e 2008).

Desta forma, as demais práticas que integram o trabalho em saúde orbitam a decisão médica, porém, ainda que consideremos o núcleo do trabalho médico como hegemônico, no que diz respeito ao diagnóstico e a terapêutica, vale ressaltar que tal autonomia é relativa, já que as demais práticas também concorrem para o sucesso ou insucesso da cura, estabelecendo uma relação de interdependência com o trabalho médico (Lima e Almeida, 1999).

Concordamos com Silva (1989), quando considera que “a enfermagem se liga fundamentalmente à terapêutica, prestando aos doentes, em última instância, os cuidados prescritos pelo médico”. No sentido colocado pela autora não se trata de apenas executar o comando médico, no que se refere à sua terapêutica, mas, a medida que presta cuidados, construir um conjunto de evidências relativas ao tratamento que possibilita à equipe multiprofissional, e especialmente ao médico, “manter, complementar ou alterar” sua própria conduta, estabelecendo vínculos mais profundos de interdependência no trabalho em equipe.

Em que pese a sua dependência direta com relação ao trabalho médico, entre as demais profissões que dividem o espaço da cura e do cuidado, a enfermagem goza de relativa autonomia, pois participa desde a recepção do doente, seu tratamento e alta. Neste processo, a enfermagem pode lançar mão de saberes, de forma peculiar, que informam uma prática relativamente autônoma voltada para o atendimento das necessidades do doente que são decorrentes ou relacionadas ao processo patológico que definiu a sua internação e tratamento.

Portanto, para além da execução da terapêutica médica, focada nos aspectos anatomopatológicos da atenção à saúde no modelo clínico, a enfermagem, por sua auto-definição, deve estar atenta a outra ordem de manifestações do seu objeto, que inclui os aspectos psíquicos, sociais e espirituais do processo saúde-doença, dando espaço à sua autonomia à medida que ela lança mão de tecnologias leve-duras e leves, específicas, no sentido colocado por Merhy (1997), ao lidar com o seu objeto de trabalho conferindo identidade à sua prática.

Assim o trabalho do enfermeiro no modelo clínico deve estar direcionado ao atendimento de necessidades definidas como biopsicossociais e espirituais, no sentido de antecipá-las e/ou atendê-las utilizando tanto do saber clínico como de outros saberes articulados a aspectos psíquicos e sociais.

A partir das normas legais que regulamentam o exercício da profissão no Brasil, está definida a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) como um dos instrumentos que garante a aplicação de tecnologias próprias da enfermagem à prática da cura e do cuidado (Brasil, 1986; Brasil/COFEN, 2002).

A partir da manifestação dos sujeitos acerca dos encaminhamentos que realizam no processo de cuidar em enfermagem, frente à SAE, procuramos conhecer a forma de trabalho do enfermeiro e em que medida este trabalho está articulado com o conjunto das normas legais que o define institucionalmente.

Ao fazerem referência à forma de encaminhamento do trabalho de enfermagem, na tentativa de explicarem com se dá a organização do cuidado, pela natureza ideológica da fala, encontramos mais o tipo padrão idealizado que a coerência entre o dito e o feito, evidenciado nos momentos de observação, onde percebemos o distanciamento do enfermeiro do cuidado e de seu comando.

> "Eu chego..., primeiro gosto de passar visita em todas as enfermarias, vejo todos os pacientes, converso com os acompanhantes, porque todos eles têm acompanhantes, acompanho todos os curativos, sejam eles (...) principalmente os contaminados que tem as lesões mais complicadas e, posterior, se tiver alguma visita médica eu ainda acompanho a visita médica, gosto de ir com os médicos até para estar questionando o quadro clínico do paciente. E antes de finalizar o plantão eu verifico prescrição por prescrição de cada paciente, medicações, horários das medicações, cada um deles, e encaminhamentos, se for o caso eu também acompanho os encaminhamentos." **(ENF02/PM)**

> "O meu trabalho consiste na assistência ao paciente, questão assim de supervisionar prontuário, ver o que está faltando para o paciente, ver se irá realizar algum exame, se está no período do exame, encaminhá-lo; ver a dose do medicamento que está faltando, o que não tomou e avaliar a evolução clínica. Esse é o trabalho meu (...) O trabalho meu nesse momento na clínica médica é quando assim, chegou o paciente, o técnico da enfermaria de onde ele chegou fala assim: "enfermeira chegou o paciente". Aí a admissão é por sua conta, então eu termino de fazer o procedimento que eu estou fazendo mediante àquela informação, aí no tempo livre vou até o paciente que chegou até a unidade, conheço a história do paciente e faço a minha admissão com a evolução do paciente, na clínica médica, dentro do pronto socorro somente dá para fazer uma parte assim evolutiva, a prescrição não se usa, da enfermagem assim, dentro assim do pronto socorro, enquanto profissional, enquanto aluno, acadêmico ainda faz, a gente observa que tem a prescrição dos acadêmicos de enfermagem." **(ENF04/PV)**

O enfermeiro ENF02/PM pretende evidenciar em seu trabalho a sua participação na assistência ao paciente – o cuidado, com isto não só se distancia do que realiza como também explicita e reafirma uma participação assistemática e voltada para procedimentos técnicos de rotina e dependentes do trabalho médico. No que diz respeito à visita de enfermagem aos pacientes, a enfermeira igualmente busca descrever uma situação que se identifica mais com um trabalho do tipo idealizado do que com o trabalho real na área.

Outro aspecto que podemos considerar contraditório entre o dito e o feito está na relação de integração entre enfermeiro - médico. Quando a enfermeira fala de seu interesse pela visita médica, como momento em que busca “questionar” o “quadro clínico” do paciente, identificamos uma forma de tentar agregar valor técnico ao seu trabalho, como parte de um trabalho em equipe. Porém, na observação do cotidiano evidenciamos uma relação subordinação e distanciamento profissional entre médicos e enfermeiros. Em que pese o aspecto da subordinação presente na relação entre ANMTE e médicos, o distanciamento do último não é o mesmo com relação ao enfermeiro, sendo os primeiros o elo entre pacientes e médicos.

No último excerto percebemos uma tentativa de caracterizar o trabalho sistemático de admissão do paciente, porém a enfermeira ENF04/PV deixa evidente que o faz no seu “tempo livre”, quando a carga de processos burocráticos a permite, demonstrando a secundarização do processo do cuidar no seu trabalho.

As visitas de enfermeiros aos pacientes ou o contato direto com estes, de acordo com nossas observações, não foram realizadas nem nas situações de passagem de plantão. Nos raros momentos em que encontramos o enfermeiro no interior das enfermarias, estes não anotavam qualquer informação e não registravam ou recomendavam alguma intervenção à equipe de enfermagem.

As demandas relacionadas aos cuidados são expressas mais por meio dos acompanhantes ou dos próprios pacientes, quando mais independentes, do que a partir de uma avaliação por parte do enfermeiro ou dos ANMTE.

Conforme colocamos em evidência anteriormente o enfermeiro não realiza o planejamento da assistência de enfermagem de modo a individualizar o cuidado, o que tanto observamos como identificamos no levantamento dos registros nos prontuários. As exceções foram àquelas prescrições feitas por acadêmicos de enfermagem em situação de estágio. Mesmo quando os acadêmicos de enfermagem elaboravam as prescrições, não havia a descrição dos passos

constantes na SAE, exceto um resumido histórico seguido de informações acerca das condições físicas do doente.

> "Matutino – 10 hs, 3º. DI – TRM
>
> Relatório das últimas 24 horas. No dia 16/01 sofreu queda de uma altura de aproximadamente 3,20 m. Bateu cabeça e rosto, caindo sentado. O SAMU chegou em 20 minutos. Permaneceu sem se movimentar até o atendimento. Sono preservado, queixa tontura movimentos bruscos com a cabeça, dor na região lombar e hemitórax D. Alega não conseguir sentir e movimentar os MMII, sem comer por falta de apetite. À ausculta pulmonar, MVF, SP 0_2 = 92%. Usando cateter nasal tipo óculos infundindo 5 ml de oxigênio. FR = 17 bpm. Eupneico. Perfusão periférica preservada, pulso forte e contínuo.FC = 95 bpm; PA = 163 x 114 mmhg. Acesso venoso em terço médio de MSE infundindo por cateter sobre agulha: SF 0,9% + KCL 19% + NaCl 0,9%. Normocárdio, hipertenso, Dieta livre, porém e, jejum por falta de apetite. RHA positiva. eliminações intestinais negativa. Presença de SVD tipo fowley. Drenando urina amarelo escura, desprezado 1700 ml nas últimas 24 horas. Orientado no tempo e no espaço, consciente e calmo. Ausência de deformidades esqueléticas. Paraplegia, sem mobilidade e sem sensibilidade de MMII a nível pubiano. Presença de hematoma extradural em região occiptal. Corte em região zigomática esquerda apresentando 7 pontos com crosta, hematomas e edema local. Presença de sangue em esclerótica E externa. Carimbo e Assiantura da Acadêmica de Enfermagem UFMT." **(Prontuário N.º 05/Unidade de Internação de Clínica Cirúrgica)**.

No mesmo prontuário analisado consta a prescrição da assistência de enfermagem, vazada nos seguintes termos:

> "1. Manter restrição total no leito em decúbito dorsal;
> 2. Mobilização em bloco;
> 3. Banho no leito com mudança em bloco;
> 4. Massagem na região sacral e calcânea para prevenir úlceras de decúbito;
> 5. Manter monitorização cardíaca e respiratória;
> 6. PA 6 x 6 horas;
> 7. Registrar aceitação e volume urinário.
>
> (Plano de cuidado elaborado por Acadêmica de Enfermagem / UFMT. Assinatura e carimbo da aluna. Assinado pela aluna e Professora" - **Prontuário N.º 05/Unidade de Internação de Clínica Cirúrgica)**.

O plano de cuidado elaborado pela estagiária encontrava-se anexado ao prontuário, porém não continha nenhum registro adicional feito por parte do serviço médico ou de enfermagem. Outra folha foi anexada na seqüência, onde foram registradas a prescrição médica e a assistência prestada pelos ANMTE naquela mesma data, conforme a rotina. Neste prontuário, em que pese às condições clínicas do paciente descritas no relatório da acadêmica de enfermagem, não foi encontrado qualquer anotação ou registro feito pelo enfermeiro responsável pela unidade durante a internação do paciente.

Ainda que a prescrição de enfermagem feita pela acadêmica não tenha nenhum dos seus itens checados, pudemos observar, conforme mostra o excerto abaixo, relativo aos relatórios feitos pelos ANMTE dos plantões matutino, vespertino e noturno, o cumprimento e registro de parte do conteúdo do plano de cuidado.

> **"Matutino** – Paciente calmo, lúcido, comunicativo, relata que foi vítima de queda de altura, mantendo repouso no leito. PA = 140 x 80 mmhg; T = 36 ^{0}C. Diurese: 700 ml. Segue em observação. Rubrica (Sem Informação da Função)
> **Vespertino** – Às 14:00 h. PA = 160 x 90 mmhg. Paciente calmo, consciente acamado, com queixas de dor, de cefaléia, costela lado D + lombar, com dieta oferecida aceita, hematoma no olho E, com sonda vesical de demora, desprezado 800 ml de diurese cor clara, mudança de decúbito com ajuda de colegas. Pré-nome (Sem Informação da Função).
> **Noturno** – Desprezado, as 06:00, 1.300 ml de diurese amarelo ouro. Rubrica (Sem Informação da Função)" **(Prontuário N.º 05/Unidade de Internação de Clínica Cirúrgica)**.

Já no dia seguinte o mesmo prontuário não traz a prescrição de enfermagem e nos relatórios dos ANMTE não consta qualquer informação acerca da conduta recomendada no plano assistencial de enfermagem do dia anterior, o que não deixa de evidenciar certa adesão dos ANMTE à Sistematização da Assistência de Enfermagem, como forma de orientação do seu trabalho.

> **"Matutino** – paciente lúcido, orientado, pouco sonolento, feito banho de leito e curativo nas escoriações. Aceita a dieta parcial, diurese pouco concentrado. Mantendo repouso no leito aguardando ressonância magnética. PA = 130 x 80 mmhg; P = 86. Pré-nome (Sem Informação da Função).
> **Vespertino** – PA = 160 x 100 mmhg. Feito toda a medicação prescrita. O mesmo lúcido, sem queixas, aceita toda a dieta oferecida. Pré-nome (Sem Informação da Função).
> **Noturno** – Paciente deu entrada nesta clínica vinda do semi-intensivo, lúcido, comunicativo, com sonda vesical e hidratação venosa em MSD e edema causado por infiltração de soro (soroma) em MSE, sem movimentos MMII, feito os cuidados de enfermagem, queixa cefaléia. Segue em observação. PA = 130 x 80 mmhg; P = 78 bpm; R = 22 mrm. Rubrica (Sem Informação da Função)" **(Prontuário N.º 05/Unidade de Internação de Clínica Cirúrgica)**.

Com relação ao estado crítico do quadro clínico do paciente, evidenciado tanto no histórico como nos itens do exame físico realizado pela acadêmica de enfermagem, quanto pelos relatórios dos ANMTE, diante da ausência de qualquer registro ou anotação por parte dos enfermeiros responsáveis pelos plantões, percebemos que, ainda nas condições inspiradoras de cuidados mais complexos por parte da equipe de enfermagem, o enfermeiro não toma parte nos cuidados ou do seu planejamento (Brasil, 1986).

Os excertos que seguem trazem posições diferenciadas daquelas assumidas nos excertos ENF02/PM e ENF04/PV, onde os enfermeiros, ainda que no nível da idealização do trabalho, referem a sua ação como voltada aos aspectos do cuidado ou do seu gerenciamento.

> "O meu trabalho baseia-se estritamente em seguir as prescrições médicas uma vez que não temos a sistematização da assistência de enfermagem implantada, o paciente que, durante a minha visita, eu detecto que precisa de cuidados especiais eu faço a prescrição de enfermagem e observo durante o plantão se é seguida a risca." **(ENF05/PN)**

> "A enfermeira aqui na clínica cirúrgica, ela tem um trabalho meio que dividido, dificilmente presta assistência porque a gente mexe muito com a questão burocrática, acho que mais por ser um órgão público, para tudo tem muitas coisas para serem feitas, para um exame você tem que estar fazendo muita coisa, a gente depende muito de médico, é um pouco até difícil o trabalho aqui mais por causa dos médicos. (...) Aqui**,** eu mexo mais na parte de gerenciamento, porque a parte da assistência em si eu tenho um suporte muito bom, que eu sei que as meninas que estão comigo já têm muitos anos de serviço na área então tem muitas coisas que eu posso estar deixando para elas fazerem, que elas fazem e não precisa estar falando, elas já sabem que elas podem fazer então nem pedem, então eu preencho muito na área do gerenciamento, que tem muita coisa para ser feita, tem dia que eu não consigo nem sentar, porque tem muita coisa para ser feita, que tem que estar correndo atrás, tem que estar indo na assistência social e aquilo é demorado, tem que levar o paciente não sei para onde, tem que estar indo atrás de médico, aqui é mais puxado a parte do gerenciamento. A questão de assistência eu tenho um suporte muito bom com a equipe aqui é muito boa. **(...)** Assim que as meninas chegam cada uma chega e já pega o prontuário, já está dividido e elas já sabem (...) elas sentam e pegam o seu prontuário, já tiram as medicações que tem que ser feitas, os cuidados que tem que ser feitos e elas mesmas já passam: "enfermeira, tem tal procedimento para ser feito em fulano, passar sonda (...) é vesical, enteral..., alguma coisa que eu tenho que fazer, então às vezes já passo, aí tiram a medicação, já vai ver as medicações certinho e já deixa tudo arrumado, já preparam, já olham se tem que fazer curativo, troca o curativo e a gente segue mais à tarde na mediação de intercorrência mesmo." **(ENF03/PV)**

No excerto seguinte temos uma manifestação da enfermeira ENF06/PN que corrobora nossa percepção com relação ao trabalho do enfermeiro e o cuidado, em que pese à referência ao trabalho genérico da enfermagem e não da sua própria atuação.

> "Olha, no meu caso eu falo para você, eu chego, eu olho todos os quartos e vejo quais são os cuidados que tem, então eu tenho seis funcionários, então cada um é responsável por um quarto, então, por exemplo, o quarto "x" então eu vou lá no "fulano" e falo "olha, tem curativo para o fulano de tal, o paciente x tem as dietas, tem aspiração", mas tem muitos técnicos e auxiliares que já têm aquele costume, já chega e já vai pegando as atividades e já vai fazendo curativo, já vai fazendo a

> medicação que precisa, então eu costumo direcionar muito dentro das atividades que eles fazem aqui.” **(ENF06/PN)**

Além de assumir que seu trabalho é focado na burocracia, nos excertos anteriores, as Enfermeiras ENF06/PN, ENF03/PV e ENF06/PN deixam claro que o cuidado é parte do trabalho dos ANMTE e estes, pela prática, assumem inclusive as decisões acerca do que fazer e como fazer no encaminhamento da assistência aos pacientes. Mesmo evidenciando traços da hierarquia presente no trabalho em equipe de enfermagem, a enfermeira inverte os papéis quando assume que o “suporte” da equipe, fazendo referência aos ANMTE, nas questões relacionadas aos cuidados está na própria vivência prática dos destes, ainda que subordinados à sua “autoridade técnica”.

A posição das Enfermeiras ENF03/PV e ENF06/PN de que os ANMTE, pela sua prática, já sabem o que fazer sem a necessidade de serem orientados por elas, corresponde ao observado quando evidenciamos que todo o processo de cuidar está a cargo dos ANMTE e o enfermeiro não toma parte deles. Ainda, segundo os mesmos relatos, quando os enfermeiros tentam demonstrar que realizam uma prática assistencial, mais uma vez deixam claro um trabalho assistemático, remetendo à “equipe de enfermagem”, fazendo referência aos técnicos e auxiliares de enfermagem, inclusive a responsabilidade de informar as condições dos pacientes e suas necessidades. Isto foi frequentemente destacado durante as seções de observação e confirmado pela manifestação de quatro dos seis enfermeiros entrevistados, conforme segue:

> “O tempo que o paciente fica aqui, a gente já vai conhecendo e vai sabendo qual que é a necessidade de cada paciente, dois dias que eu passo fora daqui eu procuro sempre (...) tipo agora eu fiquei aqui sexta-feira, já é segunda..., eu já procuro conversar com a equipe que estava aqui tudo que aconteceu, para eu sempre estar sabendo, para eu estar sabendo qual que é a necessidade, às vezes não dá tempo de eu entrar na enfermaria, mas eu estou sabendo o que está acontecendo com o paciente..., “ah hoje eu não entrei ali”... Mas eu estou sabendo quem está ali e o que cada um necessita, o que precisa ser feito, para não estar deixando nada de fazer. Pelo menos assim que eu trabalho no meu plantão, e não é o que acontece em todos, mas eu mesma procuro levantar a necessidade de cada um, de saber de cada um e estar cobrando da equipe a assistência necessária para cada paciente.” **(ENF03/PV)**

A fala representa, ainda, a justificativa da não sistematização de um trabalho e traz no seu conteúdo contradições já que a “equipe” (sempre fazendo referência

ao conjunto dos ANMTE) ora assume o papel de informar ao enfermeiro as necessidades dos pacientes, ora deve ser “cobrada” no sentido destas mesmas necessidades serem atendidas por eles.

Ainda que o enfermeiro seja considerado o detentor do núcleo tecnológico do trabalho da enfermagem, no cotidiano do serviço, a depender da experiência dos ANMTE, o trabalho assistencial pode prescindir da sua presença e orientação, o que dá sentido ao observado nas situações em que os enfermeiros das unidades encontravam-se de folga ou faltavam ao plantão e o serviço caminhava independente da sua presença, ou da presença direta de outro enfermeiro que o substituísse.

Outra evidência encontrada está, mais uma vez, no trabalho da enfermagem no cumprimento da terapêutica e das ações demandadas pelo trabalho médico, sendo este um trabalho de cunho essencialmente anatomopatológico, o que restringe, conforme assumimos anteriormente, o potencial de autonomia que o trabalho da enfermagem poderia se revestir naquele espaço (Lima e Almeida, 1999).

Toda a justificativa da enfermeira para o seu distanciamento do cuidado está nas funções administrativas que deve assumir no cotidiano do trabalho. Tal característica encontra-se evidenciada em outros estudos (Andrade e Vieira, 2005; Sanna, 2007; Azzolin e Peduzzi, 2007; Hausmann e Peduzzi, 2009) que trataram das dimensões administrativas e assistenciais do trabalho do enfermeiro, tomando-o como protagonista das ações de enfermagem.

Porém, no espaço específico de realização do presente estudo, o que chama atenção é que as atividades gerenciais da unidade e aquelas relacionadas ao cuidado ou ao gerenciamento do cuidado estão formalmente divididas na organização do serviço entre enfermeiros-assistentes e enfermeiros-gerentes, de forma que a justificativa apresentada pela enfermeira não corresponde imediatamente à estrutura daquele serviço de enfermagem.

De todo o exposto e considerado na presente análise, aqui não se trata apenas da dicotomia do trabalho do enfermeiro entre cuidado e gerenciamento do cuidado ou gerenciamento administrativo-burocrático da unidade, relacionado à divisão social e técnica do trabalho em saúde/enfermagem, mas de um distanciamento e estranheza do enfermeiro com relação ao seu objeto de trabalho no espaço do hospital – o corpo doente e suas necessidades, que tem outras causas e entre estas arriscaríamos considerar o próprio despreparo do enfermeiro na assunção das suas

funções; a falta de identificação com a dimensão do cuidado no encaminhamento do seu trabalho e a consequente fuga do trabalho real; a desvalorização do cuidado e de quem o realiza; e a ausência de comando no sentido do gerenciamento institucional do trabalho do enfermeiro.

No excerto abaixo, tratando do seu trabalho, a enfermeira faz referência à sua autonomia como circunscrita à assistência de enfermagem, em contraposição à autoridade técnica do médico. Define seu trabalho como articulador do trabalho médico e os encaminhamentos ditados por este. Quando faz referência à assistência de enfermagem em si, anteriormente considerada como seu campo de autonomia, a depoente, do mesmo modo que a enfermeira ENF03/PV, remete ao ANMTE a responsabilidade pelos cuidados. Para justificar sua posição também considera o acúmulo de trabalho que demandaria a presença de mais um enfermeiro na unidade para a divisão do trabalho burocrático e o trabalho assistencial, sem mencionar ou fazer considerações à figura do enfermeiro-gerente e suas atribuições específicas.

> "O enfermeiro tem autonomia somente na parte assim que envolve a assistência da enfermagem, o que vai acontecer quanto a exames, agendamento a enfermagem que faz também, então a elaborar exames, datar o dia dos exames, encaminhar para o centro cirúrgico, é tudo mediante a decisão médica; tudo isso aí a gente só faz com base no que o médico está decidindo; e a parte que a enfermagem tem autonomia para estar ela decidindo é somente isso aí; sabendo os horários que devem ser realizados os procedimentos a gente encaminha meia hora até antes. A enfermagem procura deixar o paciente mais à vontade, informando o que vai acontecer com o paciente, como que é o procedimento, e essa parte aí somente a enfermagem que decide. **(...)** Como a enfermagem não consiste só no enfermeiro, ela é composta de técnicos e enfermeiros, o técnico também já sabe o que deve acontecer e deve fazer para o paciente; somente quando tem alguma coisa que foge da competência dos técnicos eles recorrem ao enfermeiro. (...) A gente fica mais na parte burocrática, seria necessário na clínica médica ter dois enfermeiros por turno, um ficaria com a parte assistencial, e outro ficaria com a parte burocrática, que é encaminhar documento, encaminhar paciente para exames, conversar com médico, ir à central de parecer, essas coisas aí que são burocráticas né?... E a assistencial ficaria somente na clínica mesmo, direto com o paciente." **(ENF04/PV)**

Em que pese o reconhecimento da importância da sistematização da assistência de enfermagem como instrumento da sua prática, o enfermeiro justifica a não adesão a esta forma de trabalho pela excessiva carga de atividades de cunho burocrático-administrativo como determinante para o seu distanciamento das funções assistenciais. Nenhum dos Enfermeiros ao apontar a sobrecarga de trabalho administrativo mencionou a forma de organização do serviço de enfermagem no hospital que mantém um enfermeiro-gerente por área. Se

considerarmos a possibilidade de melhor articulação entre dos enfermeiros dos diversos turnos no sentido do trabalho em equipe (Peduzzi, 2001); uma atuação mais presente do enfermeiro-gerente na área e ainda o número de leitos e o número de ANMTE mantidos na escala de serviço, certamente seria possível a “implantação” da Sistematização da Assistência de Enfermagem como importante instrumento do cuidado ou do seu gerenciamento.

Outro aspecto que não podemos deixar de mencionar está na forma como os enfermeiros fazem referência à SAE: como algo que não faz parte da sua “valise tecnológica”, nos dizeres de Merhy (1997), configurando como algo externo ao seu trabalho e que precisa ser implantado, quando deveria estar incorporada à sua prática como definidora da sua identidade profissional.

Ao responderem à pergunta sobre como as ações relacionadas à assistência de enfermagem são encaminhadas nas unidades os enfermeiros entrevistados buscaram justificar mais a ausência das ações sistematizadas que esclarecer o modo como realizam seu trabalho. Cada um, ao seu modo, deixa evidente a inexistência de uma referência comum no encaminhamento das ações assistenciais, fazendo referência a um modo particular de encaminhar o processo do cuidado.

Na ausência de uma prática cuidadora, conforme apontado anteriormente, a experiência vivenciada durante o curso de graduação é referida como o modo ideal, seguido sempre da justificativa das condições locais de trabalho como a razão da não realização do idealizado.

As atividades administrativas são referidas como o fator principal do distanciamento do seu trabalho do processo de cuidar, sem considerar a forma de organização do trabalho já mencionada anteriormente.

> “Olha, eu falo para você, eu tento fazer o que eu aprendi na faculdade né? Por exemplo, eu tento lembrar ou fazer mesmo o que eu sei, o que eu aprendi na faculdade, nos livros né? De Horta, das necessidades básicas humanas, seguir essas coisas, mas nem sempre (...), por exemplo, às vezes como a clínica é um pouco tumultuada, têm vários visitadores médicos que passam só uma vez por período; muitas coisas eu que acabo observando melhor porque eu fico mais tempo na clínica, e às vezes fazendo que eles também pensem a mesma coisa, sem dizer assim que eu tô falando né? Como se eles tivessem feito, como se eles tivessem visto né? Por exemplo, eu não tenho como fazer a sistematização da assistência de enfermagem, mas, por exemplo, como eu aprendi na faculdade, o que deveria ser feito para tal paciente..., para esse paciente..., muitas vezes assim eu não escrevo assim por escrito, só verbalmente ou coloco o quê que cada técnico tem que fazer para esse paciente; o paciente que ele tem que ter mais foco, esse que está mais grave esse que você tem que fazer mais vista, que você tem que me chamar quando acontecer alguma coisa; assim fica um pouco assim..., falta um pouco de organização na verdade.” **(ENF01/PM)**

Ainda quando faz referência a um tipo ideal de trabalho e ao seu saber, a enfermeira ENF01/PM demonstra o distanciamento da prática do cuidado, tendo que "lembrar" o que "sabe", evidenciando o não pertencimento de uma prática identificadora da sua identidade profissional. Ao buscar recuperar os conceitos que dão sustentação a um suposto saber, faz referências incompletas evidenciando apenas sua experiência acadêmica sem a vivência no cotidiano do trabalho.

A tentativa de contrapor a ausência do registro de um possível trabalho sistemático, com o argumento de encaminhá-lo verbalmente, não encontra correspondência com o observado durante o trabalho de campo. Ao contrário, raras vezes o enfermeiro esteve presente no interior das enfermarias, inclusive naquelas ocasiões em que um novo paciente é internado na clínica. O trabalho dos ANMTE, frente ao que observamos tanto na dinâmica do trabalho quanto nos registros contidos nos prontuários, salvo melhor juízo, não tem orientação sistemática escrita ou verbal.

Quando interrogados sobre como os enfermeiros dividem o tempo, considerando os papéis de cuidar e gerenciar a unidade, a função assistencial aparece de forma idealizada, seguida sempre da justificativa de que o papel gerencial a que são "obrigados" a assumir não permite que se dediquem ao cuidado.

Ao fazer referência à sua preferência pelo papel assistencial, a enfermeira ENF04/PV cita a "administração de medicamentos" como parte da função idealizada de cuidar juntamente com o acompanhamento da "evolução clínica do paciente", evidenciando mais uma vez que, ao tentar caracterizar o seu trabalho, o enfermeiro não se localiza entre as ações que compõem os momentos de concepção (próprio do médico) e de execução (próprio do ANMTE) do trabalho de cura e de cuidado, deixando de fazer referência a ações que comporiam as funções próprias do enfermeiro no processo de cuidar ou de gerenciar o cuidado (Brasil, 1986; 1987; 2002).

> "Ah eu tenho preferência pela parte assistencial, de administrar medicamentos, ver a evolução clínica do paciente, eu fico feliz quando eu vejo que está melhorando satisfatoriamente o paciente, e quando eu vejo que a enfermagem faz, faz, faz e não está surtindo resultado satisfatório isso é ruim para enfermagem, porque não vê o seu serviço render, por isso muitas vezes a gente larga a assistência e vai correr atrás da diretoria clínica para ver que posição eles vão tomar e ficamos mais na parte burocrática." **(ENF04/PV)**

Considerando as atribuições que devem compor o núcleo tecnológico do trabalho da enfermagem e que são de responsabilidade direta do enfermeiro no processo de cuidar ou de gerenciar o cuidado, dada as freqüentes situações observadas durante nossa presença em campo, relativas à participação dos acompanhantes nas ações de cuidar, buscamos compreender como os sujeitos percebem esta situação.

As posições assumidas pelo conjunto dos enfermeiros entrevistados guardam pontos em comum, a saber: 1) a responsabilização dos ANMTE por, supostamente, permitirem que os acompanhantes auxiliem nos cuidados aos pacientes como forma de diminuir a carga de trabalho; 2) a inevitabilidade da ajuda de acompanhantes nos cuidados, já que seu "ente querido" apresenta necessidades e ele adianta-se em atendê-las; 3) a interpretação de que o bom acompanhante é aquele que ajuda (fazendo referência a alguns cuidados); 4) o "uso" do acompanhante como o elo entre a enfermagem e o doente, cabendo a ele informar as intercorrências à equipe.

> "A questão do acompanhante é como eu já falei, a gente tem que estar observando que tem pessoas da equipe que dá para o acompanhante fazer coisas que é da gente, da enfermagem, aí o que acontece? Por ele estar ali com um ente querido ele vai fazer, não é da função dele, mas ele acaba fazendo e é cômodo para questão de alguns técnicos, para a equipe da gente que é de nível médio, para eles é confortável, é um procedimento a menos, a gente observa isso de alguns. É diferente de estarem participando, não realizando procedimento nosso que é da enfermagem, mas o que eu observo é que tem pessoas da equipe que deixam para que eles façam. Assim, vou dar um exemplo simples, a questão de dar um comprimido, você chegar e dar o comprimido para o acompanhante dar para o paciente, é coisa nossa, da enfermagem, é simples, mas a gente tem que estar ali, será que ele vai aceitar aquele comprimido, está com a família, mas e se o acompanhante não conseguir, e ele está com a sonda, mas o acompanhante já sabe dar então dilui em um copinho e deixa para o acompanhante dar, porque ele já sabe dar. Então eu sou taxada de chata por causa dessas coisinhas, eu já questionei pessoas da minha equipe, técnicos que assim para eles é normal, até você mostrar que não é assim, que é função nossa é que aí eu fico pensando "poxa!" precisava eu estar vendo isso, já passaram tantos colegas enfermeiros aqui e não tinha visto isso? Não tinha observado isso? Aí acaba eu sendo taxada de chata." **(ENF02/PM)**

> "Os acompanhantes, alguns são bons, tem alguns que ajudam e outros que só atrapalham, mas eu acho que é importante eles estarem presentes. **(...)** olha, aqui tem alguns casos assim, tem acompanhante eles ajudam no sentido de te ajudar mesmo, de estar ali junto do paciente, se acontece alguma coisa com o paciente eles te chamam, mas sempre estão acompanhando o paciente e te dando toda a orientação daquilo que está acontecendo com o paciente, agora tem outros acompanhantes que além deles estarem lá e eles terem o aval da direção, eles atrapalham, porque a gente já pegou muitos casos de acompanhantes que não queria que você colocasse mão no paciente, e eles nesses casos recebem apoio muitas vezes da direção daqui, então a gente já teve acompanhante que já foi assim, para fazer uma dieta eles não queria que a equipe fizesse a dieta, eram eles que tinham que fazer, para fazer curativo era eles que tinham que fazer,

> então ficava assim, atrapalhava a enfermagem, porque qualquer coisa...; e além de tudo eram pessoas agressivas com a equipe, coisas assim que aconteceram com o paciente em algum momento e eles achavam que a coisa iria acontecer novamente, eu acho que a gente teve uns três casos desse tipo aqui, então foi muito difícil os acompanhantes eram assim extremamente agressivos, não gostavam que mexesse no paciente, não gostava que qualquer coisa que acontecia com o paciente eles jogavam a culpa na enfermagem." **(ENF06/PN)**

Ao dar exemplo acerca da forma de participação do acompanhante nos cuidados, a enfermeira deixa claro que estes administram inclusive medicação via oral e dieta e medicação por sonda nasogástrica, o que para a ENF02/PM é considerado como "um exemplo simples", sem considerar, para além da técnica que de fato é simples, o significado da administração de um medicamento ainda que por via oral ou de medicamentos e dietas pela via nasogástrica.

O posicionamento dos enfermeiros, buscando justificar a participação do acompanhante e responsabilizar o ANMTE por esta transgressão, não considera também a sua responsabilidade na definição do plano assistencial e na supervisão das funções delegadas aos ANMTE.

Retomando aqui as situações observadas durante nossa presença em campo, foram muito frequentes as situações em que os acompanhantes buscavam o PE com solicitações de lençóis, roupa para pacientes, luvas de procedimento, soluções hidratantes, seringas, entre outros materiais, que se destinavam aos cuidados aos doentes. Por diversas vezes as solicitações eram feitas diretamente aos enfermeiros, que os atendiam sem questionar o destino e a razão do solicitado, deixando evidenciada a sua anuência acerca da participação do acompanhante no processo de cuidar.

Aqui cabe uma reflexão do ponto de vista ético. Para tanto vamos considerar as três infrações éticas que constam no Código de Ética dos Profissionais da Enfermagem – CEPE, que compõem o conjunto de normas infra-legais que regulamentam o exercício da profissão: a imperícia, a imprudência e a negligência. Diante do conhecimento do enfermeiro de que os acompanhantes participam do processo de cuidar realizando alguns procedimentos, a sua condição de responsável pelo serviço de enfermagem o coloca na condição indireta de infrator pela imperícia do leigo-acompanhante envolvido nos cuidados que são próprios da enfermagem e na condição direta de infrator no sentido da imprudência, por permitir tal envolvimento consciente dos riscos que podem acarretar e de negligência pelo não

cumprimento de atributos legais e indelegáveis da sua competência profissional (Brasil, 2007).

Não raro durante os momentos de observação presenciamos os acompanhantes dirigindo-se ao PE para comunicar que “o soro acabou”... “que a veia está entupida”..., entre outras demandas, conforme já apresentado no tópico inicial deste capítulo. Não menos raras foram as posições assumidas por alguns acompanhantes acerca da indiferença da enfermagem com relação aos problemas dos pacientes, chegando a considerar que estes são “tratados como cachorro”.

A posição assumida por alguns acompanhantes, ora no sentido de comunicar o estado dos pacientes ou ao solicitar recursos materiais para o cuidado, ora em tom de revolta e reclamação com relação à conduta da equipe, evidencia o descaso e a negligência da enfermagem com o cuidado aos pacientes. Houve situações em que observamos que a relação paciente / acompanhante chegou a 1 / 1, além do fato de acompanhantes assumirem o cuidado de pacientes que não estavam acompanhados e cujo grau de dependência requeria ajuda direta.

No excerto da fala da enfermeira ENF06/PN, a posição por ela assumida evidencia o caos a que está submetido o serviço de enfermagem do hospital. Ela deixa evidente a relação da enfermagem com o paciente, corroborando nossa análise com relação à assunção dos cuidados que seriam próprios da enfermagem pelos acompanhantes.

Ainda relativo ao conteúdo do CEPE, o comportamento acima descrito mais uma vez é caracterizado como um ato de negligência, que vai muito além do comportamento do enfermeiro-assistente, abrangendo os ANMTE, a gerência de enfermagem da área e até a coordenação do serviço de enfermagem do hospital, ou seja, caracteriza-se como um problema institucional.

Com relação à própria organização do hospital, durante todo o tempo de nossa permanência em campo não observamos medidas que tivessem como objetivo avaliar a qualidade dos serviços e a garantia da qualidade da assistência prestada ao usuário. Neste sentido, toda a problemática apontada no presente estudo parece invisível à administração do hospital.

> “(...) Olha, eu falo para você, acho que a enfermagem está muito não sei te dizer a forma, mas a assistência de enfermagem está deixando muito a desejar, a gente pega paciente, por exemplo, a gente acha que não poderia estar acontecendo essas coisas, por exemplo, eu estava fazendo uma visita agora lá no 403, tem uma senhora que veio da UTI, tem dois pacientes da UTI, está tudo com escara,

> quer dizer nós da clínica médica vamos receber esses pacientes que são provenientes de um setor que não poderia ter apresentado escara e ali na médica a gente vai tentar resolver esse problema, tentar amenizar, a gente sabe que não vai conseguir, então, por exemplo, eu vejo que a enfermagem poderia estar melhor porque ela tem toda a capacidade, tem toda estrutura, tem uma formação adequadas e assim a gente vê que a assistência de enfermagem está muito a desejar, paciente com escara paciente que as vezes ele evacua e fica sujo, paciente que evacua a tarde e a noite a gente vai pegar ele e está duro, é sinal que a enfermagem não entra no quarto para ver, a enfermagem não mexe no paciente, ou se mexe é só ali, é soro seco, eu fui desobstruir uma subclávia agora que a mulher me chamou, ela disse que não estava descendo o soro, e ela disse que estava desde à tarde indo a funcionária lá olhar e não olhou, aí então ela foi ver assim, foi me procurar "enfermeira você pode estar dando uma olhada lá, porque eu acho que vai precisar tirar". Aí eu fui lá olhar, não precisou tirar, só estava obstruído, então eu acho que a enfermagem não olha paciente, o paciente assim fica meio abandonado, eu acho que a enfermagem com todo o conhecimento, com todo o investimento, mesmo assim está muito a desejar." **(ENF06/PN)**

Ao fazer menção à capacidade técnica da enfermagem em resolver problemas, mais uma vez encontramos a referência a um trabalho do tipo idealizado. Pelo conteúdo da fala da enfermeira ENF06/PN, coerentemente com o conteúdo do observado, podemos considerar que o trabalho da enfermagem no hospital está muito distante do idealizado pelos depoentes, cujas falas, ao tentar fazer uma análise acerca do próprio trabalho na área, se colocam fora dele.

6.3.2 – O modelo de assistência de enfermagem, empregada na área médica-cirúrgica, pelo enfermeiro

A organização de qualquer processo de trabalho, ainda que seja em função da prestação de um serviço, pela própria definição de trabalho humano, na perspectiva marxiana, contará com os distintos momentos de concepção e execução. Para que o trabalho seja compreendido enquanto ação exclusivamente humana, o momento da execução nunca prescindirá o momento da concepção, o que possibilita ao sujeito a antevisão do produto e o valor-de-uso em potencial que ele conterá.

Sem desconsiderar que qualquer trabalho, sendo humano, só se realizará com o concurso do pensamento ou da ação reflexiva (Mendes-Gonçalves, 1994), o modo capitalista de produção, conforme a visão de Braverman (1987), organizou o trabalho de modo a racionalizar o seu custo, definindo e destinando para cada um dos momentos constituintes do processo de trabalho diferentes perfis profissionais a partir dos recortes dos saberes, conforme a sua necessidade. É neste sentido que o

autor considera a importância que a gerência adquire no contexto trabalho pós-capitalista, como medida racionalizadora dos custos e controladora da qualidade do trabalho.

Transpondo a mesma lógica para a organização do trabalho em saúde, identificamos tais traços de modo especial na forma de organização do trabalho da enfermagem. Historicamente, além dos aspectos da divisão social do trabalho, a divisão técnica sempre possuiu contornos nítidos, cabendo ao enfermeiro o momento de concepção do trabalho pela definição do plano geral e específico da assistência de enfermagem e a delegação de etapas do processo de cuidar aos ANMTE. Já estes últimos participam da etapa de execução do trabalho assistencial e devem fazê-lo sob a supervisão do enfermeiro – o gerente do cuidado (Brasil, 1986 e 1987).

Neste sentido, o trabalho do enfermeiro, necessariamente, deverá ser organizado por meio de um método já que representa a etapa intelectual da ação de cuidar. Assim, buscamos identificar junto aos entrevistados qual o método ou a metodologia de assistência, conforme usualmente empregado na literatura geral da enfermagem, que é utilizada na condução do processo assistencial na área médica-cirúrgica.

De início, de forma coerente com o que pudemos observar, a consideração predominante entre os entrevistados é de que não existe uma metodologia definida para o serviço de enfermagem do hospital. No excerto abaixo, a enfermeira é categórica quando responde não saber definir a metodologia utilizada, afirmando em seguida que de fato ela não existe.

> "Não sei, eu não saberia te dizer (...) nós não temos uma metodologia específica, nós fazemos a rotatividade, eu tenho quatro técnicas e auxiliares, cada uma fica com uma enfermaria e já chegam e já vão verificando a medicação, fazendo a listagem todinha e quando chega a medicação elas já separam e já deixam na sua bandeja para quando tiver 40 ou 50 minutos antes do horário já fazem a diluição, a preparação tudinho e nesse intervalo e depois que acabaram elas já vão nos leitos para saber se tem alguma providencia, curativo, se o paciente quer ir no banheiro, troca de diurese, esse tipo de coisa, escrito nós não temos nada, mais é a prática que o trabalho já evolui por isso." **(ENF05/PN)**

Buscando descrever a forma de organização do trabalho, numa perspectiva metodológica, a enfermeira ENF05/PN traz elementos racionalizadores do trabalho levando em consideração o número de enfermarias e sua relação com o número de ANMTE e o conteúdo do trabalho.

O trabalho é citado como execução de procedimentos técnicos, tendo como eixo central o cumprimento da prescrição médica. As falas das enfermeiras apenas corroboram nossas impressões inicias de que a forma de cuidar no hospital não se enquadra em qualquer proposta metodológica de organização da assistência de enfermagem e que, inclusive, o enfermeiro não participa como o agente principal do seu encaminhamento, o que contraria a norma legal específica (Brasil, 1986 e 1987).

> "Não tem um modelo, a assistência não está sistematizada não. **(...)** É... como eu falei, falta muita coisa, não tem normas e rotina, a equipe em si, eles fazem um trabalho assim, sem uma organização; porque assim, por exemplo, eles vão e voltam, eles correm, muitas vezes não tem material eles correm e eles vem, eles vem e deixam uma lesão aberta que não poderia estar aberta; não têm uma organização, não tem um planejamento, não tem uma observação correta, não tem uma coisa padronizada uma coisa correta para estar desenvolvendo as atividades." **(ENF02/PM)**

Uma manifestação comum entre os enfermeiros entrevistados foi a tentativa de responsabilizar ora o ANMTE pela não organização do trabalho, ora o colega enfermeiro do outro plantão, sempre no sentido de eximir-se da reconhecida responsabilidade na condução do trabalho assistencial na unidade. Em que pese o reconhecimento de tal responsabilidade, à medida que ele atribui ao outro a razão do não cumprimento do trabalho parece resolver o conflito com a sua própria consciência diante da sua postura negligente.

Mais uma vez encontramos os aspectos relativos ao cuidado ou seu gerenciamento como algo externo ao trabalho do enfermeiro e desconsiderado como atributo legal das suas competências profissionais. No excerto seguinte, a enfermeira ENF06/PN faz críticas aos ANMTE como se o trabalho destes fosse independente do seu próprio trabalho. Chega a fazer denúncias graves relativas à negligência destes com relação a não administração de dietas e que estas são desprezadas pelos ANMTE, quando na verdade ele está fazendo referência à sua própria conduta negligente, já que ao enfermeiro cabe o acompanhamento e supervisão do trabalho dos seus pares de nível médio.

A mesma enfermeira (ENF02/PM) deixa explícita sua inércia (negligência) diante da forma como os ANMTE desenvolvem o trabalho; faz críticas e, mais uma vez, desconsidera o seu papel indelegável de gerente da unidade, ainda que apenas ao sentido da organização das rotinas administrativas na clínica, e de supervisora do trabalho da equipe de enfermagem. Nesta direção, a enfermeira considera a

importância da “educação continuada”, mas não menciona a supervisão do trabalho dos ANMTE como parte da suas atribuições. O exercício da supervisão demanda atitudes educativas para com os demais membros da equipe, se consideramos estas como uma das competências gerenciais do enfermeiro e ainda o processo de trabalho ensinar, conforme propõe Sanna (2007).

> “É o que estou falando para você eu acho que está bem desorganizado (...) e ele precisaria ser mais bem organizado, (...) se a gente conseguisse sentar com todos e reorganizar, eu acho que ficaria melhor, (...) se você andar nos quartos você vê muitos problemas, então a enfermagem é assim, você chegou, assume o plantão, a equipe não vai nem no quarto ver o paciente, às vezes o paciente está lá, está desmaiado, está em coma, e se às vezes o paciente está precisando de atendimento médico com urgência (...) o acompanhante que vem até a enfermagem, e não a enfermagem que vai até o paciente, o pessoal chega para o plantão e já senta ali naquele balcão e não vai lá ver o paciente, depois de duas ou três horas aí que resolve ir, depois que tira toda a medicação isso é o costume de todo mundo e é difícil tirar esse costume, aí se tem curativo da noite eles vão querer fazer curativo assim, meia-noite, uma hora, às vezes eles têm que dar a dieta e eles demoram para dar a dieta, não dão no horário correto, as vezes põem dieta oito horas que eles vão dar a dieta assim dez horas, quase meia noite quando já está chegando outra dieta..., então é muito difícil porque tem muitos vícios que você tem que estar cortando, e tem que estar acompanhando porque as vezes no caso da dieta de repente você assusta e eles estão jogando dieta fora, porque não deram, então você tem que estar acompanhando bem, então eu acho assim que a enfermagem precisaria ver uma educação continuada, estar atento a muitas coisas porque parece um pouco tão cansados de fazer as atividades que ficam com preguiça de fazer e ficam assim empurrando, empurrando, empurrando, aí o outro também não faz e empurra, então eu acho muito difícil.” **(ENF06/PN)**

Ainda, a guisa de compreendermos como o enfermeiro percebe a organização do seu processo de trabalho, apresentamos os equívocos constantes na fala da enfermeira, ENF04/PV, ao fazer referência à SAE como “o processo de enfermagem não está todo **definido pelo SAE**” (grifo nosso), seguida da justificativa de que faltam enfermeiros em número suficiente para a divisão das atividades assistenciais e administrativas, mais uma vez deixando de considerar a organização do serviço daquele hospital, conforme já foi mencionado.

> “O processo de enfermagem não está todo definido **pelo SAE** (grifo nosso) como se propõe que seja, porque falta enfermeiro para parte de assistência e a parte administrativa, burocrática. A parte burocrática demanda mais tempo para o enfermeiro e deixa a desejar muitas coisas, que não dá para ser feito, realizado né? Então a metodologia é a “enrolativa” né? (risos) a gente procura fazer o que é possível dentro da enfermagem o que você não consegue realizar a gente passa para o plantão seguinte. “Ficou faltando tal coisa com o paciente, não foi feito porque aconteceu da gente correr com o paciente para gente ir para a emergência e lá demandou mais tempo”; e assim vai indo e os dias vão passando... (...) Mas,

> eu utilizo a metodologia assim de delegar as atribuições para os meus colegas, que são os técnicos; em que sentido? Eu escalo quais as enfermarias que caberá para cada um e o que vai acontecer ali na enfermaria eu já sei, aí fala assim “ah o paciente X está agendado para fazer um ultra-som tal dia e tal horário, nesses horários você deve descer o paciente”, aí eles anotam que atividade vai acontecer naquela enfermaria dele. Esses são os procedimentos que a enfermagem, no meu caso e da maioria dos enfermeiros daqui fazemos.” **(ENF04/PV)**

Com tom jocoso a enfermeira define a metodologia como “enrolativa”, onde as ações não realizadas “por falta de tempo” são demandas para o plantão seguinte, num ciclo que define a própria identidade daquele serviço de enfermagem.

Ao mencionar o que denomina de sua própria metodologia de trabalho, explicitando como entende o trabalho sistematizado, a enfermeira descreve a distribuição dos ANMTE por enfermaria e coloca em evidência procedimentos relacionados ao encaminhamento de exames como parte da sistematização do seu trabalho, deixando evidenciar a divisão das atribuições administrativas da unidade com os ANMTE, como parte do processo de trabalho assistencial.

Diante das falas, buscamos compreender como os enfermeiros entendem o trabalho da enfermagem como uma ação sistematizada. Ao explicitar seu entendimento acerca da sistematização da assistência de enfermagem, em nenhuma das entrevistas, os enfermeiros fizeram referência aos passos contidos na Resolução COFEN N.º 272/2002 (histórico de enfermagem; exame físico; diagnóstico de enfermagem; prescrição da assistência de enfermagem; evolução da assistência de enfermagem; relatório de enfermagem) (Brasil, 2002). Como no caso do enfermeiro ENF03/PV, os demais enfermeiros não demonstraram segurança em definir o que deveria constar na sistematização da assistência de enfermagem. O próprio vocabulário técnico não aparece nas falas e por vezes recorrem a expressões genéricas demonstrando pouco domínio técnico acerca do assunto.

A posição assumida pelos enfermeiros entrevistados nos remete ao pensamento de Freidson (1998), que na perspectiva de delimitar a diferença conceitual entre profissão e ocupação, considera que,

> “(...) o profissionalismo é definido por meio das circunstâncias típico-ideais que fornecem aos trabalhadores munidos de conhecimento os recursos através dos quais eles podem controlar seu próprio trabalho, tornando-se aptos a criar e a aplicar aos assuntos humanos o discurso, a disciplina ou o campo particular sobre os quais têm jurisdição.”

Assim, considerando as condições do trabalho da enfermagem no hospital estudado, a partir da perspectiva assumida por Freidson (1998), nos impõe o reconhecimento de que, naquele espaço, a enfermagem está muito longe de ser considerada uma profissão. Ao contrário, a partir de como ela se apresenta na realidade empírica estudada cabe-lhe mais apropriadamente o conceito de ocupação.

Nos excertos abaixo, em especial quando a enfermeira ENF03/PV faz referência a "sistematizar o paciente" ou quando coloca "... uma SAE, dá para fazer? ... Às vezes até umas três ou quatro", como se fosse possível "sistematizar" apenas parte do conjunto dos pacientes ou do seu trabalho, do nosso ponto de vista, além da falta do domínio do núcleo tecnológico do seu trabalho ela trata com estranheza tanto o conceito quanto o vocabulário técnico relativo a ele.

> "Entendo a metodologia de assistência como ver o paciente como um todo, pegar o paciente de inicio quando ele entrou, fazer aquele exame físico, dar aquela assistência integral ao paciente, ver ele em todas as suas dificuldades, em todos os seus problemas, pegar ele do início, todas as intercorrências dele, o processo dele dentro do hospital até o momento da alta, a sua evolução diária. Para mim, isso é **sistematizar o paciente** [grifo nosso], pegar ele integralmente, isso que eu falo que aqui é muito difícil porque nós temos muitas coisas para serem feitas e o tempo é pouco para estar fazendo essa assistência, **uma SAE, dá para fazer? ... Às vezes até umas três ou quatro** [grifo nosso], mas nós temos aqui 24 pacientes." **(ENF03/PV)**

> "A sistematização da assistência de enfermagem seria a gente prestar o cuidado é (...), sistematizar essas atividades da gente organizadamente, teria que estar o enfermeiro da manhã já fazendo, já elaborando os cuidados, o da tarde também e o da noite também, então quais são os cuidados que tem que ser realizados, checados e executados e para gente não deixar nenhum cuidado sem fazer, então eu acho que a sistematização é assim, para a gente sistematizar esses cuidados nos três períodos com os pacientes." **(ENF06/PN)**

Já a fala da enfermeira ENF06/PN nos pareceu tentar encontrar uma alternativa diante do acúmulo do trabalho administrativo, sempre apresentado como justificativa para não existência de um trabalho sistematizado que pudesse aproximar o enfermeiro do seu objeto de trabalho no modelo clínico. De fato foi a única posição que indicou um possível trabalho em equipe como possibilidade de otimizar a capacidade técnica do grupo em torno do cuidado ou do gerenciamento do cuidado.

A enfermeira faz conjecturas a partir do trabalho idealizado, colocando em evidência o reconhecimento da importância do trabalho articulado entre os

enfermeiros que atuam na área, ao tempo em que denuncia, indiretamente, o modo de trabalho real que é desarticulado e individualizado.

6.3.4 – O registro da assistência de enfermagem a partir da concepção dos Enfermeiros

Do conjunto das normas legais (a LEPE e o Decreto que a regulamenta) e infra-legais (conjunto de Resoluções e Decisões do Sistema COFEN/COREN´s) que constituem o estatuto legal do trabalho da enfermagem no Brasil, tomamos a Resolução COFEN N.º 272/2002, que estabelece a Sistematização da Assistência de Enfermagem, de modo subsidiário à própria LEPE, pois na condição de instrumento do trabalho do enfermeiro esta expressa mais objetivamente o próprio conteúdo das normas legais, no que se refere ao trabalho privativo do enfermeiro.

Assim, no seu artigo 3º consta:

> "a Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE deverá ser registrada formalmente no prontuário do paciente/cliente/usuário, devendo ser composta por: - Histórico de Enfermagem - Exame Físico - Diagnóstico de Enfermagem - Prescrição da Assistência de Enfermagem - Evolução da Assistência de Enfermagem - Relatório de enfermagem" (Brasil, 2002).

Desta forma, neste estudo tratamos os registros da assistência de enfermagem como um dos elementos que poderiam evidenciar, se não a sistematização conforme manda a norma, pelo menos o conteúdo das intervenções próprias do enfermeiro no trato com o cuidado ao paciente ou com o seu gerenciamento.

Nas entrevistas, dadas as evidências anteriores da ausência de anotações ou registros realizados pelos enfermeiros nos prontuários dos pacientes, buscamos compreender qual o significado atribuído pelos sujeitos aos registros da assistência de enfermagem e como estes os realizam.

Confirmando o encontrado na etapa de análise documental (conteúdo dos prontuários), os enfermeiros fazem referência aos registros como algo eventual e condicionado ao seu papel assistencial. Como as evidências demonstraram que o

papel assistencial não é assumido pelo conjunto dos enfermeiros, os registros também não aparecem como parte do trabalho dos mesmos.

Na tentativa de justificar a ausência de registros como parte das suas atribuições, os enfermeiros recorrem ao mesmo argumento que usam para justificar a não participação nos cuidados ou no seu gerenciamento. O fator tempo é mais uma vez apresentado como o que impede a realização das funções próprias e privativas do enfermeiro.

Outro aspecto recorrente está na referência aos registros como parte do trabalho dos ANMTE. Conforme declaração da enfermeira ENF01/PM, os "relatórios de enfermagem" não são partes do trabalho do enfermeiro. Quando afirma que somente se ocupa dos relatórios quando admite um paciente, em especial quando este é transferido da UTI, nos pareceu querer justificar que somente assume o paciente em estado grave, numa referência ao próprio conteúdo da legislação.

A sobrecarga de trabalho também é atribuída aos ANMTE, agora para justificar a qualidade dos ditos "relatórios comuns" ou "relatórios de enfermagem" realizados pelos mesmos. Durante nossa permanência em campo, não constatamos a ausência de funcionários sem que houvesse a reposição da escala, porém, buscando justificar a baixa qualidade dos registros e a sua própria negligência na supervisão do trabalho dos ANMTE, que incluem o acompanhamento do conteúdo dos registros nos prontuários, o enfermeiro advoga em defesa dos mesmos.

> "Olha, tudo que é feito nos pacientes, são feitos somente relatórios de enfermagem, na papeleta e eu só faço assim relatório quando eu estou admitindo um paciente, aí eu faço; principalmente quando o paciente vem da UTI e os pacientes críticos, por exemplo, esses pacientes eu gosto de eu fazer o relatório. Os técnicos fazem os relatórios comuns, a marcação de sinais vitais, de alguma intercorrência que teve. E assim que é feito a marcação do que a enfermagem produz; muitas coisas que a enfermagem até faz não é relatado pela demanda, e muitas vezes, por exemplo, que eu tenho pela manhã duas funcionárias ou três funcionárias, depois que elas fazem todos os cuidados, todas as medicações; muitas vezes elas ficam tão sobrecarregadas que na hora de fazer o relatório você fala "vixi" isso aqui é um relatório? Mas aí eu fico pensando como que eu como enfermeira posso cobrar desse técnico de enfermagem que deu dez banhos de leito e fez mais de quinze curativos, que fez medicações, que puncionou veias, então como que eu vou cobrar dele depois, cansado às onze horas, onze e meia ou meio dia que faça um relatório digno." **(ENF01/PM)**

> "Nos casos assim de paciente mais graves o relatório é de competência do enfermeiro, os que estão num quadro clínico mais estável ficam por conta dos técnicos. **(...)** Na parte do enfermeiro, se encontra como que a enfermagem está vendo o paciente, que intercorrência apresentou, se foi feito alguma intervenção para conter aquilo ali, se resultou em benefício, se não (...) e relatar o que ainda mantém da parte clínica do paciente. Os técnicos vão dizer se o paciente está

> acamado, se deambula, se não deambula, se registrou temperatura vai dizer, se não, é para dizer também, e se não apresentou intercorrências graves fecha dizendo assim: sem intercorrências clínicas no período." **(ENF04/PV)**

As falas não divergiram e guardaram em comum o suposto registro do enfermeiro apenas nas situações em que o paciente está grave. Ainda assim, nestas circunstâncias, os registros não contemplam o planejamento do cuidado, apenas fazem referência às intervenções pontuais realizadas ou recomendadas pelo enfermeiro.

Entre todas as falas encontramos a posição equivalente à assumida pela enfermeira ENF03/PV, como que justificando a ausência de registros, de que as anotações de enfermagem somente servem a ela mesma, evidenciando a ausência de um trabalho na perspectivas da equipe multiprofissional.

> "Na verdade relatório de enfermagem só nós mesmos lemos, médico não lê, não lê o nosso relatório, já nós lemos o relatório de médico, quando tem. Mas esses relatórios são só para equipe mesmo (referindo-se à equipe de enfermagem). Só na passagem de plantão para o outro estar avaliando o que teve, se ele for para o centro cirúrgico, eu creio que a enfermeira de lá vai estar avaliando o paciente, se precisar descer para uma UTI, se precisar voltar para o Box (setor de emergência), creio que também a enfermeira deva estar lendo, é o que tem que fazer." **(ENF03/PV)**

Diferentemente da perspectiva colocada pela enfermeira, Possari (2007) defende a importância dos registros em prontuário dada sua relevância técnica e estratégica no campo da comunicação, pois permite a intercomunicação entre as diferentes práticas, favorecendo a continuidade do tratamento, a integração da equipe multiprofissional (Peduzzi, 2001), além de possibilitar a verificação e avaliação da evolução do tratamento e cuidados prestados ao paciente.

Em todas as falas, no sentido de justificar a ausência de registros nos prontuários, os enfermeiros mencionaram o livro de passagem de plantão localizado na sala da coordenadoria do serviço de enfermagem do hospital. Este livro, já mencionado anteriormente, destina-se às anotações pontuais das intercorrências administrativas e de outras relacionadas ao estado clínico de pacientes em estado grave e que requerem maior atenção por parte do enfermeiro/equipe.

A implantação do livro foi justificada pela dificuldade no cumprimento da rotina de passagem de plantão, já que está foi evidenciada como não sendo uma prática do serviço. Ao final de cada período, antes mesmo da chegada do enfermeiro que

assumirá o turno subsequente, o enfermeiro desce até a sala da coordenação e faz o seu relatório.

Quando o enfermeiro faz menção ao livro de passagem de plantão, o faz em oposição à prática dos relatórios da “equipe”, fazendo referência aos ANMTE, como se estes ocupassem outro espaço que não o do próprio trabalho da enfermagem.

> “O registro em si, nós temos um livro de passagem de plantão, a equipe faz o relatório deles no prontuário, eu quando vejo que o paciente precisa, se tem alguma intercorrência, alguns assim que eu acompanho, faço o registro e nós temos o livro nosso na gerência. (...) No nível de enfermaria (...) e se for relacionado com o paciente é no prontuário..., a gente vai colocar todas as intercorrências dele no prontuário, agora se for alguma coisa que eu tenha que passar para a colega eu vou registrar no livro da gerência, assim..., por enfermaria, se aconteceu alguma coisa eu identifico por enfermaria, eu vou colocando os leitos e vou colocando o que aconteceu, eu particularmente prefiro passar o plantão em si, mas isso dificilmente acontece.” **(ENF02/PM)**

A evidência do não reconhecimento do outro (ANMTE) como parte do seu trabalho, assim como a não identificação em dados momentos do seu próprio trabalho como parte do todo que constitui trabalho de enfermagem, já apontados em outros momentos revela uma visão fragmentada do trabalho e o não entendimento da dimensão do trabalho em equipe (Peduzzi, 2001). Isto também está associado à forma isolada com que os enfermeiros desenvolvem seu trabalho.

Esta forma de perceber o trabalho por parte dos enfermeiros trataremos a seguir.

6.3.5 – Concepções dos enfermeiros acerca da articulação do trabalho entre os componentes da enfermagem

O trabalho da enfermagem tem sido, desde início da segunda metade do século XX, tomado na dimensão do trabalho em equipe. Inicialmente, nos Estados Unidos e posteriormente no Brasil, pensar o trabalho de enfermagem na perspectiva da equipe foi resultado da busca de uma racionalidade no sentido de redimensionar as potencialidades no atendimento ao paciente, já que o trabalho em equipe é tomado como uma modalidade de trabalho coletivo possibilitando a superação do trabalho individual e não cooperativo no interior dos serviços de saúde e de enfermagem (Peduzzi e Ciampone, 2007).

Na busca pela compreensão das características do trabalho da enfermagem, a partir da sua institucionalidade, durante todo o percurso do trabalho de campo, chamou muito a nossa atenção, como buscamos evidenciar em relação ao feito, a forma isolada com que os enfermeiros desenvolvem o seu trabalho o que compromete gravemente o seu potencial no encaminhamento e resolução dos problemas relacionados ao cuidado do paciente.

Nas entrevistas, balizados pela noção de trabalho em equipe (Peduzzi, 2001), tomando ainda, por referência, o arcabouço jurídico-legal do trabalho da enfermagem no Brasil, percebemos que a ausência da perspectiva do trabalho em equipe se coloca como um dos principais fatores que dificulta o trabalho da enfermagem, comprometendo a sua identidade enquanto prática que deve se ocupar do cuidado ao corpo doente/sadio no espaço do hospital.

Conforme já foi mencionado em tópicos anteriores deste capítulo o trabalho da enfermagem não possui características do trabalho em equipe segundo a perspectiva colocada por Peduzzi (2001), inclusive quando considerado apenas os agentes do trabalho da própria enfermagem.

Nas entrevistas buscamos identificar como o enfermeiro percebe a relação do seu trabalho com o trabalho dos seus pares, no sentido da organização do processo de cuidar ou gerenciar o cuidado.

À parte a recorrente justificativa da insuficiência de recursos humanos por parte dos enfermeiros, do ponto de vista da presente análise, entre os fatores que têm dificultado a realização do trabalho da enfermagem em conformidade com o que manda a legislação, está a não existência do trabalho em equipe, já considerado anteriormente, conforme podemos verificar na fala constante do excerto que segue:

> "Olha para te falar assim, eu nem conheço a enfermeira da manhã, nunca vi, eu conheço uma enfermeira da noite a outra eu nunca vi; é complicado, assim, a divisão assim, eu não reclamo, eu chego as vezes tem muito trabalho acumulado que poderia ser resolvido na parte da manhã, mas eu não reclamo, as outras enfermeiras reclamam se a outra deixa para o outro; não estou querendo merecer e desmerecer ninguém é que eu procuro fazer a coisa mais certinha, se tem quatro Raio-X o que for para fazer, eu procuro deixar tudo feito, todas as medicações tem que ser feitas, todos os relatórios tem que ser feitos, todos os Raio-X têm que ser feitos, todas as tomografias, se tem avaliação, solicitação de avaliação, eu procuro levar um parecer, se tem que levar alguma coisa no SPP (Serviço de Prontuário do Paciente), se tem AIH para fazer eu faço, se tem prontuário, como todo dia tem, prontuário sem prescrição. No meu plantão eu procuro estar correndo atrás de médico para estar prescrevendo, se dá, porque se não der eu relato para outra enfermeira estar correndo atrás, mas assim, eu procuro deixar em prol do paciente. Agora divisão realmente de serviço a gente não tem. (...) Eu não sei em outras unidades. Aqui é o meu primeiro emprego, eu

> vejo as pessoas falarem que aqui é mais fácil e eu vejo as pessoas falarem que aqui é mais difícil, mas eu acho que o fato de ser um órgão público os trabalhadores são menos (...) vamos dizer comprometidos, então ninguém está "nem aí" se deixou de passar plantão, se não passou, o que tem que ser feito, o que não é, bateu o ponto entrou e saiu no horário, está cumprindo a carga horária para estar recebendo o salário dele, para ele está bom, (...) vamos dizer aqui 80% dos funcionários não fazem o serviço certinho em prol de ninguém, de paciente, de nada, é só cumprir carga horária." **(ENF03/PV)**

Ainda sobre a realização do trabalho na perspectiva do trabalho em equipe, além de considerarmos a racionalidade como otimizadora da capacidade técnica do grupo, colocamos em evidência a continuidade da assistência como um traço historicamente presente no discurso da enfermagem no que se refere à forma de organização do seu trabalho.

Na área médica-cirúrgica, além da não realização de um trabalho em equipe, a continuidade das ações relativas aos cuidados está apenas no discurso de parte dos sujeitos, quando no assistir as diferentes equipes pouco têm contato e o processo de comunicação se dá de modo pontual e por meio do livro de ocorrências de acesso exclusivo dos enfermeiros.

Considerando a relação entre o trabalho do enfermeiro e dos ANMTE, de tudo o que pudemos apreender por meio do feito e do dito, concordamos com Peduzzi e Hausmann (2004) ao considerarem que são graves e nefastos os efeitos, do ponto de vista ético-político e técnico-assistencial, que o distanciamento entre o enfermeiro e seus pares de nível médio tem acarretado à qualidade do cuidado no modelo clínico e que o trabalho da enfermagem neste espaço, assim como as relações que seus agentes estabelecem no seu encaminhamento, necessitam urgentemente serem ressignificados na perspectiva do cuidado e sua integralidade.

Quando interrogado sobre a articulação dos trabalhos realizados entre os enfermeiros dos diversos turnos na perspectiva do trabalho contínuo da enfermagem, apenas um destes manifestou sobre a existência da continuidade da assistência no cotidiano do serviço, conforme o primeiro excerto que segue, em contraposição ao seguinte que correspondeu à posição dos demais, de que na área médica-cirúrgica não existe a articulação do trabalho entre os enfermeiros dos diversos turnos:

> "Temos, temos um trabalho contínuo sim, na passagem de plantão, a gente passa o plantão, pode não ser na clínica, mas pelo menos estamos no corredor e conversamos com quem vai assumir, então vamos passar para coordenação, a gente passa a informação do quadro crítico que esteja acontecendo na enfermaria aí terminamos dizendo assim que os demais seguem a rotina, somente o paciente

> da enfermaria tal, damos o nome e o que está acontecendo com ele, o que foi feito e o que precisa ser feito.” **(ENF04/PV)**

> “Não, não é articulado. Não existe, na médica, não existe articulação, porque é isso aí, a gente deixa muitas coisas que passam, a gente faz aquilo que a gente pode fazer, o que dá para gente fazer e a gente passa para outra da manhã, não existe aquela articulação que aí no caso seria a sistematização que eu vejo, mas não existe. (...) Não existe divisão, durante o dia não; é o que eu fiz à noite eu vou passar para a enfermeira do dia “olha, eu fiz isso, isso e isso; ou eu deixei isto, isto e isto; o paciente está assim”. Aí a gente passa da manhã passa para da tarde e o da tarde passa para o da noite.” **(ENF06/PN)**

Do primeiro excerto, percebemos a contradição na fala da enfermeira ENF04/PV quando busca evidenciar a continuidade do trabalho entre os enfermeiros, já que a passagem de plantão se dá por meio do livro de ocorrências ou no próprio corredor do hospital, mas também expressa que as informações são pontuais e relacionadas às situações que “não seguem a rotina”.

Já no excerto seguinte, a fala da enfermeira ENF06/PN corresponde ao observado. De fato não há articulação entre os enfermeiros dos diversos turnos no sentido de dividir os pacientes e as atribuições como forma de potencializar a capacidade técnica do grupo na organização do processo de cuidar.

Quando indagamos sobre a articulação do trabalho dos enfermeiros-assistentes com o trabalho do enfermeiro-gerente, no sentido da divisão do trabalho, as respostas foram unânimes sobre a não existência de articulação entre o trabalho gerencial e o trabalho assistencial.

Aqui, mais uma vez consideramos que a forma de organização do trabalho da enfermagem no hospital estudado, com a definição das atribuições gerenciais e assistenciais destinadas aos diferentes agentes poderia possibilitar maior contato do enfermeiro-assistente com os ANMTE e com os pacientes. A divisão das enfermarias entre os diversos turnos poderia ser mais uma estratégia de otimização do quadro de enfermeiros em cada uma das unidades, de modo que fosse construído um projeto assistencial comum cuja execução pudesse contar com um sistema de comunicação e de interação no sentido colocado por Peduzzi (2001).

A fala seguinte demonstra a baixa capacidade de articulação entre os enfermeiros, incluindo o enfermeiro-gerente, cujas ações são restritas aos aspectos dos recursos humanos, não se envolvendo com o projeto assistencial da unidade no sentido do provimento das condições mínimas para possibilitar o processo de cuidar.

> "Não existe não porque a gerência fica somente com a parte assim de (...) burocrática quanto ao corpo da enfermagem, envolvendo todos eles e a parte burocrática de competência dos pacientes, do que acontece dentro da clínica é do enfermeiro assistencial, a enfermagem é cobrada muito no sentido de que tem que fazer a assistência do paciente, a parte burocrática se deveria deixar de lado, mas a burocrática é um complemento do modelo de você dispensar a atenção ao paciente porque se você deixar de lado assim o pedido de exame que o médico solicita, se o médico não tem o trabalho de descer no laboratório, de agendar ficaria por ali; o enfermeiro então pega o pedido dos exames e vai encaminhar para onde tem que ser feito; o médico ele somente assim, passa na unidade e fala assim que, é (...) "estou prescrevendo esse exame aqui e quero que vocês encaminhem para fazer esses exames", só isso que eles fazem, a enfermagem é que fica com o papel de saber para onde que vai ser feito os exames, qual setor que trabalha com aquele papel; aí não dá de você ficar com a atenção para o paciente." **(ENF04/PV)**

Assim, a divisão social do trabalho no interior da equipe de enfermagem não tem sido fator de contribuição para a otimização do cuidado, considerando que este deve ser assumido como a atividade central do trabalho da enfermagem no espaço do hospital.

6.3.6 – Concepções dos enfermeiros acerca da articulação do trabalho de enfermagem com a equipe multiprofissional

A enfermagem no hospital, em articulação com as demais práticas que integram o trabalho em saúde deve ocupar-se da dimensão do cuidado. Historicamente, pela natureza e características do seu trabalho tem-se constituído como elo entre o paciente e as demais profissões, em especial com o médico, integrando a equipe multiprofissional em saúde.

A concepção do enfermeiro acerca do trabalho na equipe multiprofissional em saúde no espaço do hospital ganha importância neste estudo à medida que a forma como ele articula a sua prática com as demais pode ser indicadora das características que o seu trabalho assume frente a perspectiva teórica aqui adotada.

Quando a LEPE trata das competências profissionais do enfermeiro, o faz colocando em evidências os aspectos que são privativos da sua prática e aqueles outros que são parte de um trabalho comum e devem ser desenvolvidos no interior da equipe de saúde.

Neste sentido consideramos a proposição de Campos (1997), quando trata das práticas de saúde em duas dimensões, a do campo e a do núcleo de competência.

Na saúde, em especial no espaço do hospital, o convívio das práticas na dimensão do campo de competência tem limites imprecisos onde diferentes agentes dividem o mesmo objeto de trabalho na perspectiva da cura e do cuidado e podem operar a partir de projetos terapêuticos e tecnologias comuns na busca do atendimento das necessidades do seu objeto. Já no que se refere aos núcleos de competências o convívio é sabidamente tensionado por imperativos legais e pela hierarquia de saberes que definem autonomias e subalternidades, sendo esta última definidora da forma de organização do trabalho em saúde no espaço do hospital.

O trabalho médico, historicamente, detém o núcleo hegemônico da cura, sendo definidor do diagnóstico e da terapêutica. As demais práticas, incluindo a enfermagem, assumem de modo subsidiário os aspectos do cuidado e tem seu trabalho subordinado ao primeiro.

Assim, a arquitetura do trabalho em saúde no modelo clínico, em que pese a hegemonia e a centralidade do trabalho médico, requer a participação de diversas práticas cuja somatória deve resultar na reconstituição de uma prática integral fragmentada pela organização do trabalho a partir do advento do modo capitalista de produção (Peduzzi, 2001).

Conforme defende Peduzzi (2001), a argamassa que deve juntar os diversos núcleos de saberes e competências será o processo de comunicação e interação em torno de um projeto comum organizado sob o binômio cura – cuidado, no sentido de ampliar a dimensão anátomo-patológica do trabalho médico e inserir no pólo ‘hiposuficiente” do cuidado a dimensão humana, social e psicológica, conforme defende o discurso da enfermagem profissional (Silva, 1989).

Acreditamos que nesta perspectiva o trabalho da enfermagem tem grande parte do potencial que pode recriar as relações de trabalho no espaço do hospital já que nela recai a responsabilidade de permanecer integralmente no cenário da cura e do cuidado mantendo uma relação de maior proximidade e de interação com o objeto.

Isto, porém, depende da forma como o enfermeiro encaminha e realiza o trabalho da enfermagem. É neste sentido que trazemos para a discussão o modo como o enfermeiro concebe e percebe o seu trabalho no interior da equipe multiprofissional.

Conforme já mencionamos anteriormente, a partir das nossas primeiras impressões nos momentos de observação, a relação que o enfermeiro estabelece

no interior da equipe multiprofissional é de subordinação ao trabalho médico e de distanciamento dos seus pares de nível médio e também dos demais agentes do trabalho em saúde. Quando o enfermeiro faz referência à sua relação com o trabalho em equipe ele deixa de considerar a dimensão do trabalho e se refere mais à dimensão da convivência social, numa perspectiva de agrupamento de pessoas que dividem o mesmo espaço de trabalho e não de equipe que compartilha o mesmo projeto de ação (Peduzzi, 2001).

> "Eu me relaciono bem com todos os profissionais da clínica, desde fonoaudiólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, até os próprios médicos, eu tento ter um jogo de cintura com todos eles. (...) Me dou bem com todos eles, não tenho nada o que queixar de nem um e nem outro." **(ENF01/PM)**

> "A gente tem mais acesso livre com a nutrição e o serviço social que são as duas classes profissionais que estão mais em contato conosco... Com os médicos então nem se contam, eles não querem ouvir muita coisa não somente se a gente assim (...) chegou o médico na unidade para você tentar passar alguma informação para ele fala assim: "ah doutor aquele paciente que está sob os seus cuidados apresentou isso assim". Aí ele somente olha para pessoa num indício assim "acho boa a informação"; (...) se o paciente está com acompanhante eles vão confirmar a informação, se não (...) ou então a gente também para ter contato com o médico a gente escreve na frente do prontuário aí a pessoa vai falando da enfermagem mas é uma informação que a gente quer que ele veja. Mas, no geral cada um deles quer mostrar independência, cada um quer mostrar que a sua profissão ali é auto-suficiente, não tem aquele trabalho de compromisso de um depender da informação do outro, eu vejo assim." **(ENF04/PV)**

Ainda que a manifestação comum entre os enfermeiros seja remetida mais ao convívio social no interior do trabalho, sem fazer referências ao processo de cuidar em equipe, todos os entrevistados fazem referências ao médico, demonstrando uma relação desigual, marcada pela subalternidade e dependência.

Considerando o processo de comunicação como o elemento chave para a interação entre os agentes do trabalho em saúde no modelo clínico, na perspectiva da equipe multiprofissional, ao indagarmos a forma de comunicação escrita utilizada, os enfermeiros são unânimes em considerar a desvalorização dos registros de enfermagem por parte dos demais membros da equipe multiprofissional, sem considerar a qualidade dos mesmos e o seu valor enquanto fonte de informação que pudessem subsidiar a avaliação e evolução da cura /cuidado por parte do trabalho dos demais profissionais.

> "Eu já ouvi de dois médicos que eles não perdem tempo lendo essas informações desses relatórios, mas a nossa coordenação fala assim que esse relatório é um

> documento que assegura, dá a proteção e segurança para o profissional de enfermagem, que se alguma coisa acontecer com o paciente, se a família do paciente quiser levar algum caso que acha que foi negligência por parte dos funcionários tem como até a coordenação nos socorrer, baseado nisso daí, não importa que os médicos falem que eles não lêem. (...) Eu digo que os relatórios só servem para a enfermagem, pois o psicólogo tem o seu relatório, os médicos têm o seu relato, é (...) a nutrição também tem o seu relato, e ninguém aqui se baseia na informação da enfermagem, segundo a informação da enfermagem eu pelo menos ainda não vi nenhum desses multiprofissionais chegarem e falar assim." **(ENF04/PV)**

Se considerarmos o processo de "comunicação como o denominador comum do trabalho em equipe" (Peduzzi, 2000), dada as características e o conteúdo dos relatórios e anotações realizados pela enfermagem, tomado aqui como uma forma comunicação escrita, certamente a fala da enfermeira corresponde à posição referida a cerca do posicionamento dos médicos de indiferença ao conteúdo dos mesmos.

Conforme já mencionado anteriormente, os registros realizados pelos ANMTE, sem a supervisão por parte dos enfermeiros, de longe poderão se constituir em subsídio para o trabalho da equipe multiprofissional, tanto pela quantidade como pela qualidade das informações. Já os registros realizados pelos enfermeiros sequer têm a pretensão de estabelecer o processo de comunicação, já que todo o seu conteúdo está no livro de ocorrências de uso restrito aos enfermeiros e gerentes de enfermagem que têm acesso à sala da coordenação do serviço de enfermagem.

6.4 – A RELAÇÃO DO TRABALHO DO ENFERMEIRO COM O CONTEÚDO DAS NORMAS LEGAIS QUE O REGULAMENTAM

A jurisdição, no sentido utilizado por Freidson (1998), sobre as ações de enfermagem, antes de qualquer outra análise, é definida no Brasil por normas legais que garantem o controle de um mercado de trabalho, uma vez que no país não se admite que trabalhadores não credenciados pelo Sistema COREN´s/COFEN assumam as funções relacionadas às suas competências (Brasil, 1986).

Tais normas garantem ao enfermeiro as prerrogativas universais sobre o trabalho e o ensino de enfermagem, conferindo a este a hegemonia sobre o saber operante da enfermagem (Mendes-Gonçalves, 1994). Assim, cabem ao enfermeiro, privativamente, o planejamento, a organização, a coordenação, a execução e a

avaliação dos serviços da assistência de enfermagem, além do seu ensino em todos os níveis (Brasil, 1987).

Além das atribuições privativas, ao enfermeiro ainda incumbe, como integrante da equipe multiprofissional em saúde, ações relativas ao planejamento, execução e avaliação de programas e ações de saúde, relacionadas a todos os níveis de atenção à saúde e ainda a sua participação nos processos de gestão (Brasil, 1987).

Aqui nos interessa mais especificamente aquelas competências atribuídas privativamente ao enfermeiro e que são desenvolvidas no modelo clínico, no espaço do hospital.

Conforme já explicitado, no percurso da presente investigação buscamos compreender qual a relação entre o conteúdo e a forma do trabalho do enfermeiro e o conjunto de normas legais que conferem a institucionalidade ao trabalho da enfermagem. De início, considerando o enfermeiro como protagonista do trabalho da enfermagem, nos detivemos aos aspectos mais gerais da sua organização e execução, por meio da análise do “feito” em comparação com o “dito”, apreendido a partir da percepção dos sujeitos.

Neste momento passamos à análise mais específica da realidade empírica encontrada com o conteúdo das normas legais, tomando por referência a organização do processo de cuidar como ação sistematizada e que tem como elemento central o enfermeiro e seu trabalho.

Tomando como referência as normas legais que regulamentam o trabalho da enfermagem no País (Brasil, 1986; 1987) vamos considerá-lo na sua prerrogativa universal, expresso no modelo clínico por meio das competências de cuidar e gerenciar o cuidado e, ainda, de responder pelo gerenciamento da unidade, no sentido apresentado por diversos estudos (Silva, Gomes e Anselmi, 1993; Almeida, Mishima e Peduzzi, 1999; Lima e Almeida, 1999; Peduzzi e Anselmi, 2002; Silva e Rossi, 2005; Sanna, 2007; Pinho, Santos, e Kantorski, 2007; Lima e Marques, 2008; Hausmann e Peduzzi, 2009) entre outros.

Para a compreensão da relação que o trabalho do enfermeiro guarda com o conteúdo das normas legais, vamos considerar aqui as distintas atribuições definidas pela estrutura organizacional do hospital em questão. Desta forma, consideraremos aquelas que são próprias do enfermeiro-gerente e aquelas outras destinadas ao enfermeiro-assistente, tendo em vista que nesta situação não

podemos tomar a análise a partir do conjunto de atribuições genéricas definidas pelas normas legais, sem fazer a distinção dos diferentes momentos do processo de trabalho em análise e como ele se organiza no espaço específico do estudo.

6.4.1 – A concepção do enfermeiro acerca das normas legais que regulamentam o seu trabalho

Na perspectiva de compreendermos o trabalho do enfermeiro na dimensão das suas normas legais, de início buscamos entre os depoentes em que medida estes conhecem o conteúdo da legislação que regulamenta a profissão. Os depoentes foram unânimes nas respostas acerca do conhecimento da lei, em que pese à evidência de graves equívocos com relação ao seu conteúdo e entendimento.

Relativo aos equívocos, a enfermeira ENF05/PN, fazendo referência à LEPE, chega a considerar a participação do fisioterapeuta na "equipe multiprofissional", como se a legislação própria da enfermagem devesse ser alterada no sentido de abranger a regulamentação do trabalho deste profissional. Tal posição evidencia o desconhecimento do papel das normas legais da profissão, enquanto instituto legal específico de definição e regulação do próprio trabalho, não sendo extensivo a outras práticas profissionais.

Contraditoriamente, os depoentes, de maneira geral, não consideraram os dispositivos constantes nas normas legais que recepcionam os ANMTE e até a parteira como integrantes da equipe de enfermagem, como também não fizeram referência à responsabilidade legal que têm sobre a supervisão do trabalho destes.

> "Olha, eu penso assim, é importante né? Mas, muitas vezes só fica no papel. (...) Me lembro, quando fala de lei, me lembro da minha professora "fulana", (...), eu sei de lei... Eu acho que a lei do exercício profissional de enfermagem é importante; ela que nos dá base, que regulamenta o nosso exercício, mas muitas vezes, quando você sai da faculdade é difícil o enfermeiro que volta a ler, a saber mais da sua importância, porque parece que no dia-a-dia, os direitos dos enfermeiros, estão tão longe. (...) Que o enfermeiro tem que fazer a sistematização da assistência de enfermagem eu sei, mas como já falei para você, a sistematização da assistência de enfermagem é uma coisa muito boa, só que primeiro tem que organizar, para depois ela ser feita, não ser assim, obrigatoriedade a ser feita, muitos falam que futuramente vai ter multa para aqueles que não fazem né? Isso eu acho que não." **(ENF01/PM)**

> "Bom eu acho que ali está colocado tudo que o enfermeiro tem que fazer, eu acho que em relação à lei eu acho que ela contempla tudo que é privativo ao

> enfermeiro, embora eu ache que muitas coisas ali que de repente pode estar mudando, com essa questão de novos profissionais, novos da equipe, que quem trabalha é a equipe, no caso, por exemplo, o fisioterapeuta, hoje já tem dentro de uma equipe de trabalho multiprofissional, então eu acho que tem coisas ali que vem a ajudar, agora em relação à lei eu não sei item por item, mas em relação a enfermagem eu acho que contempla tudo que é necessário para o enfermeiro." **(ENF05/PN)**

Nas posições assumidas por Wilensky (1970)[18] e Moore (1970)[19], citadas por Machado (1991), o primeiro fazendo referência ao processo de profissionalização e o segundo à própria definição de profissão, há a consideração acerca da necessidade da regulamentação das ocupações/profissões por meio de institutos legais e ainda fazem referência ao conhecimento e aceitação destes institutos por parte dos agentes como forma de identificação enquanto grupo, no sentido corporativo.

Desta forma, o pouco conhecimento demonstrado pelos depoentes acerca das normas legais que conferem institucionalidade ao seu trabalho e a delimitação do seu grupo profissional é característico do não-profissionalismo, conforme a argumentação apresentada pelos autores.

Sobre o conteúdo e sua importância, as falas vão à mesma direção da posição assumida pela enfermeira ENF01/PM, que traz a sua lembrança acadêmica de contato com a legislação, assumindo que o conhecimento do texto das normas legais está restrito a experiência vivida durante o seu processo de formação. Faz ainda, confundindo a hierarquia das normas, referência ao conteúdo da Resolução-COFEN N.º 272/02 (Brasil, 2002), que trata da Sistematização da Assistência de Enfermagem e compõem o conjunto das normas infra-legais, exarada pela própria corporação.

Entre os depoentes chama ainda atenção a fala da enfermeira ENF01/PM quando faz referência à legislação como definidora de "direitos" dos enfermeiros, assunto tratado no CEPE. Além de atribuir à lei um papel exercido por outra norma, ela faz referência ao pagamento de "multa" pelo profissional que não cumprir a legislação.

---

[18] Wilensky, HL. The profissionalizations of everyone. En Grusky, Oscar y George Miller (eda), The sociology of organizations: basic studies. Nueva York, The Free Press, (1970) apud Machado, MH. Sociología de las profisiones: un nuevo enfoque. Educ. Med. Salud, 25(1):28-36, 1991.

[19] Moore, WE. The profissions´roles and rules. Nueva York, Russell Sage Foundation, (1970) apud Machado, MH. Sociología de las profisiones: un nuevo enfoque. Educ. Med. Salud, 25(1):28-36, 1991.

Em nenhuma norma legal da enfermagem encontramos a previsão do pagamento de multa pelo não cumprimento dos seus dispositivos. Tal posição evidencia a falta de conhecimento por parte da enfermeira com relação ao conteúdo da legislação, contrariando a posição que ela nos apresenta.

Ao considerar o conteúdo da lei a enfermeira ENF01/PM retoma a questão da sistematização da assistência, reconhecendo-a como parte das atribuições do enfermeiro, porém, ao tratar sobre o assunto, ela o faz como algo que deve ser acrescido ao papel do enfermeiro a depender das circunstâncias onde ele exerce o seu trabalho e não como algo próprio de uma prática que deve ser desenvolvida como parte integrante da identidade de um trabalho.

Esta posição foi recorrente entre todos os depoentes em vários momentos durante as entrevistas, deixando transparecer que o enfermeiro não reconhece a sistematização da assistência de enfermagem enquanto momento de concepção do seu trabalho específico e, por conseguinte, um atributo inseparável da suas competências. É como se a própria identidade fosse algo externo ao sujeito e que é imposta por imperativos legais.

De modo diferente, mas na mesma perspectiva, encontramos na fala da enfermeira ENF03/PV a justificativa para o distanciamento entre o regulamentado e o feito.

É como se a regulamentação fosse algo externo à corporação e que seus dispositivos fossem impostos como um constrangimento que vem sem a devida contrapartida. Nas falas não são consideradas as conquistas da profissão por meio de um dispositivo legal que reafirma a institucionalidade da sua prática como trabalho, resultado de uma luta histórica dos pares que as antecederam.

> "Assim, se for para ser estabelecido tudo que tem que ser feito de acordo com a lei o trabalho vai funcionar legal, mas como a gente sabe que não é, falta um pouco mais de comprometimento com relação às leis do que tem que ser feito. **(...)** Por parte de quem elabora, de quem tem que cobrar quem que está lá? É o presidente que faz as leis provisórias que regulamenta o que tem que ser feito, tanto o prefeito, o secretario de saúde, o pessoal da enfermagem, todo mundo tem que trabalhar em conjunto nessa parte eu acho; eu vejo assim, porque do jeito que está ali bonitinho que é para ser, mas eu acho que a nossa classe é um pouco menosprezada, a gente trabalha muito e ganha pouco, e todo funcionário que ganha pouco (risos), é pouco comprometido, aí busca o que, o enfermeiro tem que trabalhar três períodos para poder sobreviver, para poder pagar as suas contas..., o que acontece? Ele vive estressado, ele está cansado, aí acaba fazendo vamos dizer realmente o serviço meia-boca." **(ENF03/PV)**

A referência à SAE foi recorrente como parte do conteúdo legal da enfermagem, mas, como referimos anteriormente, sempre seguida da justificativa da ausência de tempo e condições para sua utilização/realização. Ao fazer referência à SAE mais uma vez o enfermeiro parece renunciar a sua própria identidade em nome do trabalho genérico relacionado à gerência do trabalho geral da unidade de internação. A SAE necessita ser "implantada" e "cobrada", evidenciando como algo sem pertencimento à sua prática. Expressões tais como "como é que vou conseguir fazer uma SAE do paciente", do ponto de vista da presente análise, remete à externalidade do cuidado, ou do seu gerenciamento, do campo de competência profissional.

Todo momento em que os enfermeiros fizeram referência à SAE deixaram explicito o seu limitado entendimento acerca da sistematização enquanto método que deve ser aplicado como uma ferramenta para operar o saber de enfermagem no planejamento, execução e avaliação do processo de cuidar. Estes colocam a SAE como o próprio conteúdo do trabalho e não como uma possibilidade de sistematizar uma ação – um meio/instrumento.

Diante da fala da enfermeira ENF03/PV, que é representativa da posição assumida por todos os depoentes, resta-nos uma questão que consideramos fundamental para compreendermos em que medida o enfermeiro sabe o real significado da "SAE": seria possível em uma enfermaria um paciente "ter" a SAE em detrimento de outro, conforme sugere a enfermeira?

> "SAE em si, essa legislação, tudo é o que eu falo para você, a partir do momento que isso é implantado, isso é avaliado para poder ser cobrado. Por quê?... Tá vamos implantar a SAE, e chega lá na gerência, na coordenação, na diretoria: a partir de hoje todo mundo tem que ter SAE; todos os pacientes de todas as enfermarias têm que ter SAE. Nós vamos fazer SAE, mas tem que ter suporte, aí tem que analisar a nossa situação. **(...)** Eu falo assim, como é que eu vou conseguir fazer uma SAE do paciente nessa correria que eu vivo aqui?" **(ENF03/PV)**

A resposta imediata é que um trabalho é sistematizado ou não, não sendo possível sistematizar apenas parte dele. Aqui vamos considerar novamente a SAE como meio de viabilizar o trabalho e não como o próprio trabalho. Esta ordem de equívocos nos remete a outra questão, que perpassa quase a totalidade da presente análise: o saber do enfermeiro acerca do seu próprio trabalho como algo questionável.

6.4.2 – Percepções do Enfermeiro acerca da adequação do seu trabalho ao conteúdo das normas legais da Enfermagem brasileira

Diante das manifestações dos depoentes, buscamos compreender em que medida os enfermeiros consideram a adequação do conteúdo e forma do seu trabalho ao conteúdo das normas legais e infra-legais que regulamentam e orientam o processo de cuidar.

Entre os seis depoentes as opiniões se dividiram, sendo que três responderam que o seu trabalho é realizado em conformidade com a legislação e os demais foram categóricos em afirmar que não consideram que o trabalho realizado está em conformidade com as normas próprias da profissão, trazendo novamente a questão polêmica da sistematização da assistência de enfermagem como forma de expressar o trabalho idealizado.

Entre aqueles que afirmaram cumprir a legislação, dois justificam as suas respostas apresentando uma forma de trabalho em contraposição a uma suposta prática negligente do médico, situação em que o enfermeiro deve assumir inclusive competências que "extrapolam" a sua própria competência legal.

No excerto que segue, a enfermeira ENF03/PV considera que não cumpre "cem por cento" a legislação da enfermagem na realização do seu trabalho, porém, nas situações em que o médico deixa de realizar alguma ação própria da sua competência, em nome da segurança e do cuidado ao paciente, ela, a exemplo, assume o papel do médico autorizando os ANMTE a repetirem a prescrição do dia anterior. A enfermeira, ao, supostamente, assumir o papel do médico, considera que, por vezes, faz muito mais do que a legislação da enfermagem manda.

> "Olha, 100% não..., (risos) olha não vou mentir não, as vezes a gente faz muita coisa que não é para ser feita... Às vezes (risos), eu procuro assim tudo o que eu procuro fazer, eu acho que procuro fazer respaldado, mas às vezes acontece, por exemplo, ontem, nós tivemos um problema de paciente que veio da clínica médica sem prescrição, o médico da ortopedia passou, viu que estava sem prescrição, mas como ele não quer assumir esse paciente ele não prescreve, aí o que acontece? Hoje à tarde se tiver um médico legal, vamos dizer assim, se tiver um médico legal lá no Box de plantonista eu desço e peço pra ele prescrever o paciente, mas se não tiver eu vou largar o paciente sem prescrição e medicação? Eu não posso largar um paciente que está fraturado, um paciente que foi cirúrgico, que está com dor, que está com ciclo de antibiótico; eu não posso largar..., aí eu peço para as meninas fazerem a medicação dele... (risos). Eu peço para repetir a

> prescrição anterior. **(...)** Mas tem outras coisas também... que eu faço além do que está na lei." **(ENF03/PV)**

Diante da fala da enfermeira ENF03/PV, resta-nos considerarmos a contradição que a permeia, expressa pelo fato do paciente ficar sem a prescrição médica ser caracterizado como um grande problema que deve ser resolvido pelo enfermeiro, em contra ponto, o fato dos pacientes não receberem a devida assistência de enfermagem, de forma sistematizada e individualizada, é perfeitamente justificável por todos os depoentes.

Aqui consideremos que se a fala representa a própria ação intencional do sujeito e pode ser apreendida nas suas diferentes dimensões, neste caso específico, a consideração mais imediata que tivemos foi de que as enfermeiras quando se colocam como cumpridoras da legislação posicionam-se diametralmente opostas às suas práticas, na tentativa de escamotearem a caótica realidade do trabalho.

Já a enfermeira ENF02/PM foi categórica em assumir que não só cumpre a legislação da enfermagem como, por vezes, extrapola os limites da sua competência legal no encaminhamento da assistência na clínica. Aqui mais uma vez encontramos a contradição entre o extrapolar para funções que não lhes são próprias, ao tempo em que não cumprem a legislação, conforme evidenciamos durante toda a presente análise.

> De vez em quando eu extrapolo um pouquinho (...). Tem coisas que é para o médico ver, só que eu não aguento e aí eu acabo extrapolando, eu acabo passando por cima e fazendo coisas que não é da função da enfermagem. (...) A questão assim, vamos supor, como você falou a questão de sinais, vamos colocar a questão respiratória, um paciente com dreno de tórax..., esses dias chegou lá e a gente está vendo que não está tendo uma evolução respiratória boa; não precisava eu ter que estar questionando, tendo que descer na diretoria para brigar, assim eu falo brigar, assim para chegar e falar na diretoria clínica que o colega [referindo-se ao médico] não está prescrevendo uma fisioterapia, e está assim na cara que precisa, que aquele quadro precisa. Então assim eu acabei questionando a conduta do médico e eu sei que não é a minha função, que o chefe dos médicos que deveria ver, mas ele não foi..., aí eu fui e assumi isso daí..., e fui lá, assumi na total irresponsabilidade porque ali é o quadro clínico, era o paciente que estava evoluindo de uma forma ruim, tanto que depois que entrou com a fisioterapia ele teve uma evolução melhor; e isso assim é um exemplo básico de algumas questões que eu acabo me envolvendo, assim questão de prescrições essas coisas que a gente vê que não é correto..., que a gente sabe que é uma dosagem, é um medicamento que não tem na fórmula que eles colocam e quer que a gente dê jeito de uma forma ou de outra. (...) Eu tento seguir, assim, é como eu te falei, eu faço coisas, eu sei, eu faço, mas assim, sempre pensando na questão das leis, nos direitos e deveres da enfermagem, para não extrapolar aquilo entendeu? Então assim tudo o que eu faço, eu tento assim, se eu não tenho conhecimento, ou se eu estou meio na dúvida eu corro e vou atrás, então assim, quando eu tenho tempo eu vou ao COREN para eu questionar isso, para ver até que ponto eu estou

> correta ou não estou; e quando eu posso também eu entro no site para estar lendo e me informando em relação a isso; mas eu tento estar desenvolvendo sempre dentro do que a enfermagem pode estar desenvolvendo suas atividades, dentro das leis. **(ENF02/PM)**

Do mesmo modo que encontramos no conteúdo da fala da enfermeira ENF03/PV, a enfermeira ENF02/PM descreve uma dada situação como forma de comprovar a posição assumida com relação ao cumprimento da legislação no encaminhamento do seu trabalho. Durante todo o tempo, como se quisesse valorizar a sua prática, a enfermeira ENF02/PM utiliza expressões tais como "estar questionando"..., "não é minha função"..., "a gente vê que não é correto".

Nos dois relatos, as enfermeiras ao afirmarem que cumprem a legislação na realização do trabalho da enfermagem buscaram dar ênfase às situações em que o trabalho médico pode ser questionado sem, no entanto, fazer qualquer menção ao próprio trabalho da enfermagem.

Segundo a enfermeira ENF023/PM, ela se utiliza da lei para não extrapolar ao que a própria lei define como sendo sua competência. Nos casos em que ela tem dúvidas costuma buscar o Conselho Regional de Enfermagem para "questionar" os pontos da legislação que suscitam dúvidas no trabalho. Em outras situações recorre aos *sites* na busca de esclarecimento e de conhecimento, reafirmando que todo seu trabalho é balizado pelo conteúdo das normas legais.

Já na fala da enfermeira ENF05/PN, a seguir, ela chega a afirmar que não faz "nada que fira os nossos princípios éticos e legais" e mais uma vez, contraditoriamente, aparece a justificativa do não cumprimento do trabalho em conformidade com as normas legais da enfermagem devido às condições que são oferecidas pela instituição. Quando faz referência à "SAE" a trata como "isso", justificando sua não realização em função do tempo disponível, e questiona a "autonomia" da coordenação do serviço de enfermagem em "implantar" a Sistematização da Assistência de Enfermagem. A idéia de alguém "implantar" mais uma vez traz o sentido de externalidade ao seu trabalho, como algo que não faz parte da prática do enfermeiro.

> "Acredito que está sim de acordo, porque eu não faço nada que fira os nossos princípios éticos e legais. (...) Quando eu não faço de acordo é porque não tenho condições de fazer. (...) Principalmente a SAE, eu não sei dizer qual seria a autonomia da coordenadora para fazer implantar isso, porque a gente sabe que isso aí vai em verbas, porque são impressos e os impressos são caros, e aí tem mais resistência de enfermeiros que "ah não vai dar tempo, e não tenho condição,

> é muito paciente, é muita rotatividade", eu escuto isso aqui, porque como eu falei, já são enfermeiros que estão há quinze, vinte anos aqui, já se acostumaram a fazer de acordo com a demanda e somente os procedimentos mais cotidianos, não deixa registrado, não estão preocupados em registrar, como eu chego aqui e eu fui vista de forma não muito agradável por muitos colegas, porque sempre eu vou fazer o livro de relatório de enfermagem eu demoro..., demoro..., demoro..., "mas você vai fazer um jornal", não eu tenho que deixar registrado; porque se eu registro somente no prontuário do paciente, o prontuário são folhas descartáveis, aqui pelo menos se alguém arrancar uma folha, vai arrancar uma folha que é numerada..., vai se saber que arrancou, o prontuário se eu deixar registrado, principalmente alguns procedimentos que a gente faz que é mais tipo um improviso." **(ENF05/PN)**

Segundo a enfermeira ENF05/PN, para que a SAE seja "implantada" há a necessidade de adotar impressos, que gerariam custos. Ela atribui a não sistematização da assistência ao vício institucional a que o enfermeiro é submetido pelo tempo de serviço e pelo costume de "fazer de acordo com a demanda e somente os procedimentos mais cotidianos".

Entre os enfermeiros que assumiram que seu trabalho não está em conformidade com as normas legais da enfermagem, dois excertos de falas são dignos de nota:

> (...) não está..., toda ela não está..., não está não. (...) Porque a..., é..., essa instituição aqui ela se tornou, como fala? Um vício né? Um vício que você não consegue modificar..., entra enfermeiro..., sai enfermeiro..., continua sempre a mesma rotina, desde o início a mesma rotina. **(ENF04/PV)**

> Não, sobre a sistematização eu vi só no tempo da faculdade, da minha monografia, fora isso não. (...) Porque se fosse seguir, por exemplo, a lei e a resolução da SAE, seria para eu estar fazendo a sistematização na clínica. Seria para eu fazer várias coisas que estão embasadas..., e não são feitas. Não estou fazendo aquilo lá, então eu não estou de acordo, estou fugindo da regra, estou fugindo do que está escrito para eu fazer, que eu aprendi na faculdade, que quando eu formasse eu teria que fazer, eu teria que aplicá-la, então eu futuramente poderia levar uma multa por não estar fazendo uma coisa que eu fui ensinada e orientada a fazer, então eu não estou. (...) Olha, eu me vejo como mais uma entre milhões, entre vários que não fazem, só que eu tenho uma fé em mim, uma esperança que futuramente uma janela, uma porta irá se abrir e eu vou poder fazer tudo isso, e que eu não esqueça tudo que eu fui ensinada, eu penso assim que a essência, a base a gente nunca esquece; mas muitas vezes pelas condições que são oferecidas pelo nosso cotidiano, a gente não aplica, eu acho assim que todo enfermeiro sabe fazer a sistematização da assistência de enfermagem, todo enfermeiro conhece a lei, talvez ele não saiba "trechinhos" que estão escritos com seqüência, mas ele sabe..., ele já leu..., ele aprendeu..., ele já fez prova sobre isso..., ele sabe..., ele tem conhecimento..., muitas vezes é um conhecimento que está lá atrás esquecido, mas se relembrar ele sabe. **(ENF01/PM)**

A primeira (ENF04/PV) considera que o não cumprimento da legislação é um problema da própria cultura viciosa do serviço de enfermagem do hospital,

reafirmando o posicionamento da ENF05/PN. O “vício que você na consegue modificar” remete à idéia de que o conteúdo de um trabalho pautado na sua institucionalidade é algo estranho à realidade daquele serviço.

Na segunda fala o relato é mais dramático e a enfermeira ENF01/PM traz alguns elementos que dão sentido às condições daquele serviço de enfermagem, conforme nossa percepção durante todo o trabalho de campo.

Assim, a enfermeira fazendo referência à Sistematização da Assistência de Enfermagem, como forma de cumprir as normas legais do trabalho da enfermagem, faz considerações acerca da dificuldade em encaminhar o seu trabalho apontando aspectos do seu saber como algo relacionado à sua experiência acadêmica e que não se aplica ao cotidiano do trabalho. Aqui o saber do enfermeiro aparece como determinante da forma como o trabalho da enfermagem é organizado e encaminhado.

Ainda na fala da mesma enfermeira ela considera ser “apenas mais uma entre milhões” demonstrando que o distanciamento entre o conteúdo das normas legais do trabalho da enfermagem e a realidade concreta da prática do enfermeiro não é uma condição peculiar à instituição onde atua, mas trata-se de uma condição da própria profissão.

Em que pese o conjunto de normas legais constituírem o arcabouço jurídico-legal da profissão, inclusive do ponto de vista da sociologia das profissões (Wilensky , 1970; Moore, 1970; Freidson, 1998; e Machado, 1991) e, como um dos pilares da própria legitimidade social enquanto campo profissional, diante dos posicionamentos assumidos pelos depoentes, não nos pareceu que o grupo dos enfermeiros conhecem a natureza das normas, seu conteúdo e aplicabilidade.

A consequência mais imediata que pudemos observar está na descaracterização do próprio trabalho da enfermagem do ponto de vista legal, já que ficou evidenciado o distanciamento entre o conteúdo e a forma do trabalho frente ao que o conjunto de normas legais e infra-legais definem para a enfermagem brasileira.

Se consideramos o desconhecimento como o fator definidor do não cumprimento das normas, aqui teremos um atenuantes do ponto de vista ético, porém o “estado de coisas” evidenciado por meio do feito e do dito não nos permite outra posição senão a de que o enfermeiro no encaminhamento do seu trabalho prescindi das normas legais e infra-legais incorrendo em graves infrações éticas.

Diante de posições assumidas tais como aquelas em que os depoentes tentam justificar a não realização do trabalho conforme manda a lei, atribuindo à instituição as responsabilidades pela não oferta de condições de trabalho, além de exigir dos enfermeiros atividades outras que não as suas próprias, nos remete à conduta oposta dos profissionais médicos. Estes, em que pese o crescente processo de assalariamento da sua prática e a necessidade de vincular-se a empresas médico-hospitalares, não permitem interferências externas no conjunto de suas práticas, estabelecendo verdadeira blindagem em torno do seu núcleo de competência, no sentido colocado por Campos (1997).

Já o grupo dos enfermeiros que participou do estudo, além da justificar a não atuação na perspectiva da institucionalidade do seu trabalho, quando fazem referência à SAE, espera que um movimento externo ao grupo venha "implantar" seu modo de agir no trabalho, demonstrando distanciamento do seu objeto, estranheza e pouco conhecimento acerca do seu núcleo de competência.

Entre os depoentes (ENF03/PV) encontramos posições que reivindicam contrapartida salarial adequada para que seu trabalho seja encaminhado em conformidade com as normas que o define enquanto profissão.

Para além das diversas posições assumidas pelos depoentes, que trazem em si a intencionalidade de justificar a forma como realizam o trabalho, podemos considerar, mais uma vez, a fragilidade no domínio do núcleo de competências do trabalho da enfermagem, que inclui o saber operante e demais instrumentos, como o fator determinante do modo de ser no trabalho dos enfermeiros naquela realidade.

6.4.3 – Percepções do enfermeiro acerca do seu preparo técnico para a assunção das suas funções na unidade

Compreendendo saber na perspectiva dos estudos acerca do processo de trabalho em saúde (Mendes-Gonçalves (1994) e Schraiber (1993 e 1996) e em enfermagem (Melo, 1986; Almeida, Yazlle Rocha, 1989; Almeida, Melo Rocha, 1997; Pires, 1989 e 2008; Silva, 1989) nos permitimos tecer algumas considerações acerca do preparo técnico do enfermeiro no encaminhamento do seu trabalho.

Sem a pretensão de pontuar e colocar em evidência os elementos que interferem na forma de encaminhar o trabalho pelos enfermeiros, já que não foi o

que nos propusemos de início, diante das constatações por meio da observação do "feito" fomos levados a considerar o saber operante como tecnologia que se aplica ao trabalho da enfermagem, já que é somente a partir dele que torna possível tomar para si um objeto de trabalho (Mendes-Gonçalves, 1994; e Schraiber, 1993 e 1996).

Considerando o saber operante como mediador do trabalho, na perspectiva de Mendes-Gonçalves (1994), buscamos identificar entre os sujeitos como eles percebem o seu preparo técnico, considerando o trabalho na área médica-cirúrgica.

Apenas uma das seis depoentes afirmou considerar-se preparada para a assunção das funções próprias do enfermeiro, assim como demonstrou sua preocupação e empenho em manter-se atualizada para o trabalho.

> "Eu me sinto preparada, o que eu te falei é..., assim..., eu tenho sede de quanto mais eu tenho conhecimento mais eu quero ir atrás, no caso agora tem umas questões de curativo que eu estou agora indo atrás pra ver se tem algumas coisas para mudar..., então assim..., eu tenho sede para estar conhecendo, se eu estou em uma unidade eu vou atrás para estudar um pouquinho mais, e estar conhecendo tudo o que se passa para essa unidade; então assim, eu me sinto preparada." **(ENF02/PM)**

As demais falas posicionam-se de modo diferente da primeira e entre elas encontramos aspectos divergentes acerca do preparo técnico e sua aplicação no cotidiano do trabalho da enfermagem.

A enfermeira ENF01/PM justifica o seu não preparo pela pouca oportunidade de acesso a processos de capacitação, quer no ensino formal, quer em programas de atualização profissional, ainda que pontuais.

> Não estou preparada... Como eu te falei, não é por falta de procurar, só que a grande maioria do que eu vejo aí são cursos e palestras..., coisas rápidas..., é uma coisa bem superficial, não é o que eu procuro..., uma coisa assim mais profunda, que venha alguém assim com o conhecimento bem amplo sobre essa área. **(ENF01/PM)**

A posição assumida pela enfermeira é coerente com os dados relativos ao perfil profissional dos enfermeiros do hospital, conforme apresentamos no capítulo anterior.

Entre os enfermeiros que responderam ao questionário relativo ao perfil sócio-demográfico e profissional, apenas 44,9% referiram ter tido acesso a um curso de especialização, porém, considerando a totalidade dos especialistas, apenas 16,5% dos títulos estão relacionados ao processo de trabalho de cuidar no modelo clínico.

Conforme considerado no capítulo anterior, a oferta de cursos de especialização em Mato Grosso ainda é bastante incipiente, em que pese à existência de quatro cursos de graduação em funcionamento e um em processo de implantação na Grande Cuiabá.

Já em capacitações de menor duração, do tipo atualização profissional, 50,7% dos sujeitos declararam não ter participado de qualquer tipo de curso com carga horária igual ou maior que 40 horas, nos últimos cinco anos. Os dados mostram o aspecto da baixa qualificação dos sujeitos o que demonstra a ausência de uma política efetiva de educação permanente para os profissionais de saúde do SUS Cuiabá.

Diferente da fala anterior, a enfermeira ENF03/PV, ao responder acerca do seu preparo técnico, retoma a questão da sua formação ainda na graduação. Assim, faz considerações acerca do seu preparo acadêmico a partir das competências gerenciais, numa abordagem burocrática genérica e em oposição à sua competência para o cuidar. Segundo a posição assumida pela enfermeira, na sua formação houve maior valorização da ”prática”, fazendo referência ao cuidado, em detrimento do gerenciamento. Ainda que na sua formação houvesse maior valorização da “prática”, ela considera que a abordagem foi muito mais relacionada aos procedimentos técnicos, chegando a considerar que “a faculdade (...) treina muito para (...) ser um técnico de enfermagem”. Considera ainda que houve relativo preparo para a execução de uma assistência sistematizada, porém a ênfase ainda foi nas técnicas de enfermagem (procedimentos).

> Olha..., assim a parte do gerenciamento, é vamos dizer assim..., tem a parte do gerenciamento de enfermagem que é aquilo que a gente aprende na faculdade, o que tem que ser feito e tem aquela parte burocrática que varia de cada hospital. Aqui do pronto socorro eu já estou bem mais assim..., quando eu entrei, eu fiquei mais atenta, já peguei muita coisa que eu vejo que muitos enfermeiros que já trabalham aqui há muitos anos não conseguem fazer; a parte de gerenciamento, eu acho assim que eu me preparei bem, não estou totalmente preparada, mas a cada dia que passa eu vou buscando melhorar, eu vou buscando conhecimentos novos e eu acho que a faculdade não foi muito boa para essa parte não, acho que falhou muito, a parte do gerenciamento..., eu acho que a faculdade, ela te ensina mais a prática, ela treina muito para você ser um técnico de enfermagem, é medicação e outras técnicas..., a SAE tem uma parte que você faz, tudo bem só a SAE, tirando a SAE, é só medicação, curativo é isso e isso, ela não te ensina a dominar uma enfermaria, não te ensina a como você ter autonomia com a sua equipe, não te abre espaço para você trabalhar, é muito essa questão de prática, e já a questão de prática, assim tem muita coisa que eu estou fazendo agora em campo..., é vamos dizer, quando eu vim para cá eu tinha passado pouca sonda, na faculdade eu aprendi com todo aquele suporte da faculdade, aqueles materiais todos bonitinhos, e quando eu cheguei aqui eu tive que passar uma sonda rápido

> em um paciente com um campo de gaze, eu me assustei mas hoje eu passo tranquilamente, mas têm práticas que realmente ainda não fiz, que na época de faculdade eu não fiz, então eu não estou totalmente habilitada assim para tudo não. **(...)** Para os cuidados..., eu vou dizer bem claramente, associar a teoria e a prática, tem uma teoria muito boa, mas às vezes não tem aquela agilidade de olhar aquele paciente e ver se ele está com aquilo ali que tem que ser feito; tem muita coisa que eu estou meio que aprendendo no dia a dia. (...) Então..., eu procuro fazer sempre o melhor, fazer o que eu sei..., o que eu aprendi..., eu estudei quatro anos e não é à toa..., então eu procuro fazer as coisas certinhas do jeito que têm que ser feitas, mas a gente sabe que nem tudo dá para ser feito, mas falar realmente que eu estou preparada eu acho que isso vai só com o tempo mesmo..., que eu vou conseguir ter maior segurança. **(ENF03/PV)**

Da nossa experiência durante o levantamento do material empírico desta pesquisa e das reflexões ainda durante o trabalho de campo, acreditamos que a posição da enfermeira ENF03/PV guarda coerência com o encontrado, pois, uma coisa é conhecer o método de trabalho com seus passos – a própria normatização da sistematização da assistência de enfermagem –, outra, é conhecer o conteúdo do processo de trabalho cuidar ou gerenciar o cuidado, no sentido do seu principal instrumento – o saber operante que permite apreender o corpo como objeto do trabalho.

Neste sentido, ainda que reconhecendo a importância de outros saberes na prática do cuidado, voltamos a considerar o saber clínico da enfermagem, independente da consideração se a enfermagem tem ou não um saber clínico próprio. Do nosso ponto de vista, a questão central aqui não está na propriedade ou não de um determinado tipo de saber, mas em que medida os enfermeiros se utilizam destes saberes para conhecer o corpo no reconhecimento das suas necessidades no percurso do processo saúde-doença, considerando este como o objeto do seu trabalho no modelo clínico.

O ensino de enfermagem baseado em procedimentos técnicos não possibilita ao enfermeiro o domínio do corpo e suas manifestações, mesmo que de modo subsidiário ao trabalho de diagnóstico e terapêutica do médico. Ainda que dependa deste profissional a decisão pela internação de um diabético com seu metabolismo descompensado e as circunstâncias da futura alta hospitalar, durante a hospitalização, se a enfermagem pretende avançar para além da execução da prescrição médica e encaminhamento na realização de exames, ela necessitará saber minimamente da fisiopatologia do diabetes e para tanto deverá saber de anatomia, fisiologia, bioquímica, farmacologia entre outras disciplinas que informam o tratamento e o cuidado deste paciente.

Nesta perspectiva é que consideramos que, apenas o conhecimento do método não permitirá o cuidado ou seu gerenciamento, na perspectiva colocada pela própria legislação, que define as competências do enfermeiro e demais agentes da equipe de enfermagem.

Assim, aqui arriscaríamos considerar que o "tropismo" do trabalho do enfermeiro para o campo genérico do gerenciamento/administração pode ser um mecanismo de livrar-se do constrangimento do não domínio dos saberes que informam o campo do cuidar em enfermagem na dimensão que este é tratado no discurso e na legislação da categoria.

Ainda que o enfermeiro assuma o que denominamos de campo genérico do gerenciamento/administração como eixo estruturante do seu trabalho, em detrimento das ações de cuidar e/ou gerenciar o cuidado, sua prática aqui também se expressa de forma assistemática e desarticulada do campo do cuidado. Em Almeida e Melo Rocha (1997) encontramos que, além da ação de cuidar a enfermagem deve assumir a administração do espaço do cuidado, como ação privativa do enfermeiro. Para tanto, segundo as mesmas autoras, a enfermagem deve utilizar os "modelos e métodos próprios da administração, normas e rotinas, a força de trabalho em enfermagem, os equipamentos e materiais (...)" (p. 21), sem perder de vista que no espaço do hospital toda ação encaminhada no sentido da administração deve ter como foco o próprio processo de cuidar e produzir a cura.

O sentido colocado por Almeida e Melo Rocha (1997) aponta para a necessidade do enfermeiro ter o domínio e utilizar de um outro tipo de conhecimento, além do saber cuidar, o saber administrar. Contudo, cada enfermeiro fez referência a um modo particular de encaminhar o trabalho, o que evidencia a não utilização de saberes relacionados ao campo da gestão/administração. Desta forma, mais uma vez, a questão do saber do enfermeiro ganha importância na interpretação da realidade.

A fala da enfermeira ENF05/PN vai à mesma direção, quando considera que o enfermeiro uma vez graduado insere-se no mercado de trabalho e não continua o seu processo de qualificação.

> "Nós deveríamos estudar mais, eu digo nós porque o enfermeiro forma-se e quer ir trabalhar, trabalhar, trabalhar e trabalhar, se ele empregasse o que ele aprendeu na faculdade, principalmente com relação à sistematização seria ótimo, porque aqui nós temos quantos enfermeiros recém formados; não estão nem aí preocupados com a SAE, são os primeiros que estão resistentes; e aí quando a

> gente chega e (...) até para fazer esse curso da SAE que o COREN veio fazer foi difícil do pessoal assistir, porque se alega que tem outros empregos e isso daí não vai dar em nada..., assim, como que a SAE vai funcionar? está muito complicado". **(ENF05/PN)**

Aqui chamou nossa atenção o fato da própria corporação, ao tentar implementar uma forma de trabalho sistematizado, recorrer a um instrumento legal e ainda designar aos Conselho Regionais de Enfermagem a promoção de "encontros, seminários, eventos" no sentido de capacitar "técnica e cientificamente" os profissionais de enfermagem (Brasil, 2002), assumindo que para o enfermeiro utilizar um instrumento que deveria ser inerente ao seu trabalho precisa ser capacitado para tal. Na fala há o reconhecimento da enfermeira ENF05/PN acerca da importância do treinamento e apresenta a sua não realização como um dos fatores que impedem a operacionalização da SAE, nos termos da norma que a instituiu.

Estudos no campo do trabalho da enfermagem quando tratam do grau de dependência em relação ao trabalho médico, são unânimes em considerar o caráter de profissão dominante da medicina pela estruturação e forma de utilização de um saber que lhe é próprio, em oposição à inexistência ou incipiência do saber da enfermagem. (Silva, 1989; Rezende, 1989; Pires, 1989 e 1988; Almeida, Yazlle Rocha, 1989; Almeida, Melo Rocha, 1997; Lopes, 2001).

Neste sentido cabe aqui a consideração de Mendes-Gonçalves (1994) quando admite a medicina como uma prática científica que se utiliza dos diversos saberes na organização da sua forma de produzir a cura/cuidado. Tal posição nos remete à consideração de que a medicina tem de fato a propriedade sobre uma prática que se orienta por um saber que define sua forma e conteúdo de trabalho e neste sentido falta à enfermagem o mesmo movimento que ocorreu na prática médica e vem ocorrendo em outras práticas no campo da saúde tais como na nutrição, a odontologia e na fisioterapia. Já com relação à enfermagem, o que fica evidenciado é que apenas a graduação não tem sido suficiente para garantir ao enfermeiro a assunção das suas competências legais.

> A gente a cada dia, como eu sou nova aqui, eu estou mais aprendendo agora, eu aprendi uma coisa na faculdade hoje aqui eu estou fazendo outra que eu nunca imaginei que eu ia fazer e que a gente faz. **(E/ENF03/PV)**

Se compararmos com o processo de formação do enfermeiro com a formação do médico, já na graduação podemos apontar o diferencial com a modalidade de

estágio do último na forma de internato, momento em que o aprendiz tem a possibilidade de verdadeira imersão no seu futuro processo de trabalho, ainda sob a orientação docente.

Para além da graduação, podemos citar a modalidade de residência médica como forma de especialização, também num processo de imersão no trabalho em oposição aos cursos de especialização em enfermagem na realidade do estado de Mato Grosso que, na sua maioria estão organizados com a carga horária mínima de 360 horas e sem atividades práticas consistentes.

> "A minha profissão de enfermeira..., olha, eu vejo que..., eu acho que a enfermagem, a profissão da enfermagem a gente tem que preparar melhor..., eu vejo hoje que a enfermagem..., até já comentei, ela está deixando muitas coisas a desejar, muitas coisas mesmo, principalmente o enfermeiro..., principalmente no caso da enfermagem, eu acho que assim são formadas muitas pessoas de qualquer jeito, de qualquer forma, e o conhecimento técnico, está ficando muito a desejar, está ficando muito a desejar a habilidade, atitude também, eu acho que é um repensar da faculdade..., agora a profissão a atuação..., muitas vezes o enfermeiro está aprendendo no serviço o que a faculdade deveria fazer..., eu não sei se é questão da escola..., da grade curricular..., do conteúdo eu não sei..., mas muitas vezes algumas faculdades você vê deficiência quando o enfermeiro sai da faculdade, e eu não sei, eu sou formada há 23 anos, eu formei na época que o curso era integral e hoje a faculdade eles não trabalham nessa linha..., mudou, mas a questão é que muitas vezes a parte de prática está muito pouco..., então têm muitos enfermeiros que saem mesmo sem experiência, sem conhecimento". **(ENF05/PN)**

A fala da enfermeira ENF05/PN corrobora as nossas impressões e é significativa da condição da enfermagem/enfermeiro na realidade estudada.

CAPÍTULO 7 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

7.1 – O trabalho do enfermeiro: a relação entre o regulamentado, o dito e o feito no cotidiano do hospital

A organização e o conteúdo do trabalho do enfermeiro no cotidiano do hospital, apreendidos por meio da observação direta e da documentação da assistência, em forma dos registros do trabalho da enfermagem – o feito e pela própria representação dos sujeitos por meio das suas falas – o dito, evidencia uma cisão com a institucionalidade deste trabalho, expressa nas normas legais que regulamentam e regulam o exercício profissional da enfermagem brasileira.

No modelo clínico, no espaço do hospital, o núcleo tecnológico do trabalho da enfermagem está relacionado à estrutura de cuidados e seu trabalho deve ser encaminhado numa relação de articulação e interação com a estrutura da cura, por meio do trabalho em equipe multiprofissional, na perspectiva da integralidade da assistência.

Ainda que a estrutura de cuidados, historicamente, subordina-se à estrutura da cura, será o saber organizado em torno da primeira – o saber de enfermagem – que definirá a medida desta subordinação e as possibilidades da construção de autonomias em torno do seu núcleo tecnológico de trabalho.

Outro aspecto histórico que não podemos desconsiderar na análise do atual trabalho do enfermeiro esta no fato de a enfermagem ter se organizado a partir da sua necessidade enquanto uma prática voltada para o cuidado em si e para a administração do ambiente da cura. O primeiro designado às mulheres de pouca instrução e sem a necessidade de grandes investimentos em seu preparo para a função exercida; a segunda destinava-se a outro grupo de mulheres, requerendo além da boa formação geral um preparo que as possibilitassem conhecerem toda a estrutura do espaço da cura e o próprio cuidado.

A institucionalidade da enfermagem brasileira garante o espaço de trabalho do enfermeiro, definindo o que é privativo deste, tanto em relação à equipe de enfermagem quanto à equipe de saúde, situando-o ainda naquelas funções que

compõem o campo de competência da área da saúde como integrante da equipe multiprofissional.

Ocorre que, apenas a definição legal do trabalho da enfermagem não nos pareceu suficiente para que o enfermeiro, no âmbito da realidade estudada, pudesse assumir seu papel em torno do cuidado, protagonizando as ações de enfermagem, e em torno da cura, num processo de articulação e interação com os demais trabalhos na área da saúde.

O que ficou evidenciado foi o distanciamento do enfermeiro do trabalho assistencial e o seu isolamento em torno da administração do espaço da cura e do cuidado sem, no entanto, vincular suas ações a estas estruturas que compõem o modelo tecnológico de atenção à saúde no espaço do hospital.

Nos depoimentos, reiteradas vezes, os enfermeiros fazem referência a um trabalho idealizado, ao tempo em que buscam justificar o seu distanciamento do processo de cuidar, determinado pelo acúmulo de atividades de natureza administrativa e burocrática.

De todo o visto o trabalho do enfermeiro não se caracteriza como um trabalho vivo em ato, uma vez que suas ações são demandadas pelo produto do trabalho médico, numa relação de subordinação onde não há acréscimos, limitando-se ao encaminhamento das ações de natureza administrativa demandadas pela estrutura da cura.

Nos raros momentos em quem pudemos presenciar o enfermeiro desenvolvendo ações relacionadas ao gerenciamento do cuidado, como na situação em que ele aprazava a administração das medicações prescritas pelo médico, percebemos que ele não levava em conta as possibilidades de interação entre os medicamentos. Duas posições assumidas pelos enfermeiros relativas ao fato nos levaram a considerar o seu trabalho como característico do trabalho morto: primeiro pelo fato de não acrescentar sua análise e interpretação na distribuição dos horários, já que cabe à enfermagem o cumprimento desta etapa da terapêutica; segundo, o que confirma a primeira, está na racionalidade que preside sua ação, expressa na consideração de que a uniformidade nos horários aprazados deve facilitar o trabalho dos ANMTE na administração num mesmo horário.

A nossa consideração é de que, em que pese a subordinação histórica da estrutura do cuidado (enfermagem e outros cuidadores) à estrutura da cura

(medicina), a depender como o enfermeiro encaminha o seu trabalho, ele pode, a partir do saber anatomo-fisiológio e de outros saberes relacionados a área psicossocial, garantir certa autonomia na viabilização do próprio projeto terapêutico, numa relação de interdependência com o trabalho médico onde esse último poderia manter, complementar ou alterar sua própria conduta em função da articulação com o produto do trabalho do enfermeiro. Para tanto este deve dominar o saber, para melhor decidir, sobre tecnologias clínicas específicas que se identifiquem ou se relacionem com o trabalho da enfermagem

Além do que, para além de sua vinculação ao projeto centrado no orgânico, informado pela clínica, a enfermagem pode cuidar de aspectos psico-emocionais e socioculturais que tanto se sustentam em uma leitura da clínica, ou muito próxima a ela, (perspectiva mais restrita) como/ou podem se sustentar em outros saberes que ampliam a leitura de necessidades e de respostas a estas. Além disso, o próprio sentido de antecipação dos problemas relacionados às necessidades dos pacientes, contido mais no discurso que na prática da enfermagem, bem como a necessidade de envolvimento do doente em seu processo de cura, exigem da enfermagem que cuida mais do que o domínio da clínica, mesmo no modelo clínico – tecnologias leve-duras e leves.

Dada a forma como o enfermeiro justifica sua ação, ainda que na situação pontual acima apresentada, preferimos considerar o seu limitado conhecimento técnico relativo à farmacologia e outros a caracterizar sua atitude na dimensão ética, já que o encaminhamento consciente de condutas erradas caracteriza-se como negligência, do ponto de vista do CEPE.

O momento de concepção do trabalho da enfermagem – o planejamento do cuidado é secundarizado em função daquelas outras atividades que não estão relacionadas diretamente com o processo de cuidar e de participar do processo da cura. O trabalho assistencial direto é deixado a cargo dos técnicos e auxiliares de enfermagem, o que não equivale dizer que é delegado a estes, uma vez que delegar algo pressupõe o conhecimento do conteúdo das ações, seu planejamento prévio e a supervisão da execução, o que minimamente poderia ser configurado como o gerenciamento do cuidado.

Os depoentes ao comentarem o seu afastamento do processo de cuidar, assumindo que as ações assistenciais são encaminhadas pelos ANMTE,

consideraram que nos casos em que os técnicos e auxiliares de enfermagem já possuem a experiência prática, já sabendo o que devem fazer, estes podem encaminhar o trabalho, prescindindo da sua ação. Neste sentido o enfermeiro não reconhece a sua ação como inerente ao momento de concepção do trabalho da enfermagem, admitindo por sua vez o distanciamento da sua prática do conteúdo da norma legal.

Como resultado desta posição o trabalho da enfermagem apresenta-se acéfalo e realizado pelos ANMTE a partir da prescrição médica. As ações assistenciais consistem no cumprimento de procedimentos técnicos, sem considerar a individualidade dos problemas que se apresentam pelos diferentes pacientes e suas necessidades específicas.

As atividades desenvolvidas pelos ANMTE não recebem a supervisão do enfermeiro e os primeiros somente procuram a orientação do segundo nas situações que o sentido da hierarquia que permeia as relações de trabalho na equipe de enfermagem impõe a sua presença. São situações de natureza administrativa e neste momento o enfermeiro é tratado como o “enfermeiro-chefe”.

Decorre daí o afastamento do enfermeiro dos pacientes e acompanhantes e suas demandas por cuidado. A relação que se estabelece entre enfermeiro e paciente/acompanhante por vezes é tensionada pelo descaso e insatisfação com a qualidade dos cuidados.

Ainda como resultado da forma como o trabalho da enfermagem é encaminhado no sentido do cuidado, parte dos procedimentos é permitida aos acompanhantes que os realiza sob os auspícios do próprio enfermeiro.

No cotidiano do trabalho, pelo distanciamento que o enfermeiro mantém dos pacientes/acompanhantes, as identidades são confundidas no interior da equipe de enfermagem e a distinção é feita apenas pela posição de “enfermeiro-chefe”, aquele que responde administrativamente pela unidade de internação e não como o enfermeiro que representaria a possibilidade de melhor cuidar no atendimento das necessidades, para melhor recuperar.

Ao fazerem referência à sistematização da assistência de enfermagem, aqui compreendida como um meio do trabalho do enfermeiro no processo de gerenciamento do cuidado, os depoentes deixam transparecer seu limitado entendimento acerca da sua importância enquanto instrumento, tomando-a como o

próprio trabalho e que precisa ser implantada por decisão e ação externas. Diante deste posicionamento inferimos que a sistematização da assistência de enfermagem, instrumento que poderia qualificar o trabalho do enfermeiro, é tomada com estranheza pelos enfermeiros e como algo que é imposto por imperativos legais e não como parte de uma identidade profissional expressa no modo de ser no trabalho.

Evidenciado o distanciamento do enfermeiro da estrutura do cuidado que compõem o modelo tecnológico do trabalho em saúde no espaço do hospital, seu trabalho foi caracterizado como de natureza administrativa, porém não pudemos identificar a utilização de instrumentos próprios deste campo no encaminhamento das ações. Cada enfermeiro pareceu-nos desenvolver sua própria forma de fazer acontecer as coisas que ele identifica como necessárias.

Na área médica-cirúrgica não existe protocolos definidos para o encaminhamento do trabalho. As ações são fragmentadas e isoladas em cada plantão. Assim, não foram percebidos traços que pudessem caracterizar a articulação entre os enfermeiros-assistentes dos diversos turnos numa mesma unidade e nem entre estes e o enfermeiro-gerente da área.

As falas no geral denunciaram uma visão fragmentada acerca do trabalho na equipe de enfermagem. Por vezes os enfermeiros não consideram os ANMTE como parte do seu trabalho e das suas responsabilidades; por outras, ele mesmo se isenta da condição de agente do trabalho da enfermagem, vinculando-se apenas ao espaço da administração do ambiente da cura.

A forma como as relações se estabelecem entre o enfermeiro-assistente e a gerência da área reforça o distanciamento do primeiro do processo de cuidar, ao tempo em que fortalece seu vínculo com as atividades de natureza administrativa. Tal situação remete a determinação da forma de trabalho do enfermeiro também para a esfera institucional, já que as gerências de área compõem a estrutura organizacional do hospital.

Concernente à relação que os enfermeiros estabelecem no encaminhamento do seu trabalho junto à equipe multiprofissional, consideramo-la muito distante daquilo que poderia se constituir num trabalho em equipe no sentido da articulação e da interação na perspectiva da integralidade das ações no modelo clínico.

É certo que esta relação entre profissionais que dividem o mesmo campo de competência no modelo clínico e que convivem tensionados, historicamente, por imperativos normativo-legais e pelo modo de organização do processo de trabalho em saúde, que definem os vários núcleos de competência, é uma via de mão dupla e não está apenas na dependência do modo de trabalho do enfermeiro para a sua construção. Porém, este mesmo modo de trabalho não tem privilegiado a possibilidade do processo de articulação e interação. O “tropismo” do enfermeiro pela esfera administrativa, em detrimento das ações relacionadas ao cuidado e à cura que estão estabelecidas nas normas legais que definem a sua identidade profissional, tem determinado o isolamento do enfermeiro no interior daquele serviço.

Quanto ao entendimento dos enfermeiros relativo ao conteúdo das normas legais que regulamentam o trabalho da enfermagem, definindo suas competências, consideramos que estes têm um conhecimento limitado que leva a posicionamentos equivocados. Em todos os depoimentos, ao tratar dos aspectos normativo-legais que definem a enfermagem na sua institucionalidade, os enfermeiros fizeram referência à Resolução COFEN-272/2002 que trata da Sistematização da Assistência de Enfermagem, sem considerar a Lei específica que regulamenta o exercício da enfermagem no país, demonstrando não conhecer seu conteúdo.

Em que pese o conteúdo da legislação definir um trabalho que se descola da realidade da maioria dos serviços de enfermagem do estado de Mato Grosso, e talvez do país, ela não deixa de se constituir em importante instrumento na garantia dos avanços que a enfermagem brasileira conquistou desde sua institucionalização no país, no início do século passado.

Os enfermeiros, de maneira recorrente, fizeram referência á LEPE como algo que está na lembrança e que fez parte apenas do momento em que ainda estavam na faculdade. Este mesmo tratamento foi dado ao saber de enfermagem ao considerarem que este não cabe na realidade do serviço, um serviço construído inclusive com a participação dos enfermeiros na sua condição de sujeito do trabalho.

A forma como o enfermeiro faz considerações acerca do seu saber, o que inclui o saber relacionado à legislação e ao próprio conteúdo do seu trabalho, além da forma como encaminha aquelas competências que lhe são próprias e indelegáveis, se considerarmos do ponto de vista da sociologia das profissões, tais posturas

comprometem o sentido do profissionalismo na enfermagem, reduzindo-a à condição de simples ocupação.

Todas as justificativas apresentadas pelos enfermeiros quando buscamos identificar a relação que o seu trabalho guarda com o conteúdo das normas legais, o que inclui, especialmente, a sua não participação no cuidado ou no seu gerenciamento, passam pela tentativa de eximir-se da responsabilidade na condução do trabalho da enfermagem na unidade, sem considerar as implicações ético-legais que tal atitude acarreta.

Mesmo quando os enfermeiros colocavam as restrições impostas institucionalmente, caracterizadas como sobrecarga de trabalho; insuficiência de pessoal; vícios institucionais; descasos institucionais com o usuário e a qualidade da assistência, entre outras, justificando o seu não trabalho conforme manda a legislação, não percebemos nas diversas posturas assumidas a perspectiva do desenvolvimento de um trabalho comprometido com a construção de uma nova prática.

É certo que nossas considerações não devem prescindir da realidade e condições sócio-históricas que a enfermagem esteve submetida no seu processo de institucionalização; a própria organização do processo de trabalho em saúde e os contornos institucionais que o legitimam nos seus mais diversos aspectos; assim como o processo de formação do enfermeiro nas diferentes realidades, entre outros.

Diante das evidências que a interpretação da realidade nos permitiram perceber, ainda que o presente estudo não tenha se proposto a perseguir os fatores determinantes do modo de trabalho do enfermeiro, arriscaríamos considerar que o conjunto dessas evidências não se restringe unicamente à dicotomia do trabalho do enfermeiro entre cuidado e gerenciamento do cuidado ou gerenciamento da clínica/ das condições de trabalho, relacionado à divisão técnica e social do trabalho, mas de um distanciamento que tem outras causas, as quais optamos por colocar em forma de questionamentos: qual a origem do sentimento de externalidade que o enfermeiro demonstra ter com relação ao cuidado no encaminhamento do seu trabalho? O enfermeiro está preparado na dimensão que a institucionalidade do seu trabalho requer? A formação do enfermeiro tem privilegiado a sua identificação com o cuidado? Existe uma atitude deliberada de fuga do trabalho assistencial? O enfermeiro tem valorizado o cuidado e quem o realiza?

Dada esta ordem de questões e, considerando o sentido inacabado do processo de construção do conhecimento, sugerimos que novos estudos necessitam ser desenvolvidos naquele espaço, como forma de melhor compreendermos a realidade que ora se apresenta.

Anexo 1 – Carta de aprovação CEP/UNIFESP

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO/HOSPITAL SÃO PAULO

Data: 03-11-2009 12:33:54
Pagina 1/2
id = 3462

São Paulo, 23 de Outrubro de 2009
CEP 1398/09

Ilmo(s). Sr(a).
Pesquisador(a) Antônio César Ribeiro
Co-Investigadores:
Disciplina/Departamento Gerenciamento em Saúde e Enfermagem da
Universidade Federal de São Paulo/Hospital São Paulo
Patrocinador (Recursos Próprios)

CARTA DE APROVAÇÃO E PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA INSTITUCIONAL

Ref: Projeto de pesquisa intitulado:
'O trabalho do enfermeiro: a relação entre o regulamentado, o dito e o feito, no cotidiano do hospital.'

ÁREA TEMÁTICA ESPECIAL: Não há necessidade de envio à CONEP para análise

CARACTERISTICA DO ESTUDO: Observacional

RISCO PACIENTE: Sem risco, sem procedimento invasivo

OBJETIVOS: Analisar as características do trabalho do enfermeiro, no modelo clínico, no espaço do hospital, tomando por referência o Estatuto Social da Enfermagem brasileira

RESUMO: Será aplicado um questionário a todos os enfermeiros lotados e em exercício em um hospital da rede pública de saúde do município de Cuiabá- MT. Serão selecionados aleatoriamente, prontuários de pacientes que estiveram internados, no mínimo 5 dias, nos primeiros tres meses do ano de 2007 e que já tiveram alta por cura, transferência ou óbito. De posse das informações organizadas através da análise documental, e já tendo identificado as características das ações do conjunto dos enfermeiros, através dos registros nos prontuários e da observação não-participante, será aplicado um roteiro de entrevista com questões semi-estruturadas a um número de enfermeiros que será definido através do critério de exaustão. Serão testadas as seguintes hipóteses: Quais as características do trabalho do enfermeiro no espaço do hospital e o que as determinam? O trabalho do enfermeiro corresponde ao que determina o estatuto social da categoria? Como esse trabalho é concebido e que relações se estabelecem em seu encaminhamento? O que determina as características do trabalho do Enfermerio, no modelo clínico, no espaço do hospital?

FUNDAMENTAÇÃO RACIONAL: Estão descritos os procedimentos a serem realizados

MATERIAL E METODO: Estão descritos os procedimentos, apresentando parecer do CEP do Hospital Universitário Julio Muller/ MT. Apresenta o instrumento utilizado na coleta de dados.

TCLE: Adequado, de acordo com a Resolução 196/96

DETALHAMENTO FINANCEIRA: Sem financiamento externo - R$ 700.00

CRONOGRAMA: 24 meses

OBJETIVO ACADÊMICO: Doutorado

PRIMEIRO RELATÓRIO PREVISTO PARA: 28/10/2010, os demais relatórios deverão ser entregues ao CEP anualmente até o termino do estudo

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo/Hospital São Paulo ANALISOU e APROVOU o projeto de pesquisa referenciado.

1. Comunicar toda e qualquer alteração do projeto e termo de consentimento livre e esclarecido. Nestas circunstâncias a inclusão de pacientes deve ser temporariamente interrompida até a resposta do Comitê.
2. Comunicar imediatamente ao Comitê qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento do estudo.
3. Os dados individuais de todas as etapas da pesquisa devem ser mantidos em local seguro por 5 anos para possível auditoria dos órgãos competentes.

Atenciosamente,

Prof. Dr. José Osmar Medina Pestana
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa da
Universidade Federal de São Paulo/Hospital São Paulo

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABEP – Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (2003). Critério de classificação econômica Brasil. Disponível em: www.abep.org.br. Acesso em: Janeiro de 2007.

Almeida MCP, Mishima SM, Peduzzi M. A pesquisa em enfermagem fundamentada no processo de trabalho: em busca da compreensão e qualificação da prática de enfermagem. Anais do 51º Congresso Brasileiro de Enfermagem; 1999 outubro 2-7; Florianópolis; Santa Catarina: ABEn - Seção SC; 2000. p. 259-77.

Almeida, MCP, Melo Rocha, SM, organizadoras, Scochi, CGS, Mello, DF, Silva, EM, Gomes, ELR, et al.. O trabalho da enfermagem. São Paulo: Cortez; 1997.

Almeida, MCP, Yazlle Rocha, JS. O saber da enfermagem e sua dimensão prática. 2a ed. São Paulo: Cortez; 1989.

Andrade, JS, Vieira, MJ. Prática assistencial de enfermagem: problemas, perspectivas e necessidade de sistematização. Rev. Bras. Enferm. 2005; 58(3): 261-5.

Azzolin, GM, Peduzzi, M. Processo de trabalho gerencial e processo de enfermagem na perspectiva de docentes de enfermagem. Rev. Gaúcha Enferm, Porto Alegre (RS) 2007;28(4):549-55.

Bardin, L. Análise de conteúdo. Traduzido por Reto, LA e Pinheiro, A. Lisboa: Edições 70; 1979.

Brasil Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN-293/2004. Fixa e estabelece parâmetros para o dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem nas unidades assistenciais das instituições de saúde e assemelhados. Rio de Janeiro: Conselho Federal de Enfermagem; 2004.

Brasil. Conselho Federal de Enfermagem, Resolução COFEN 272/2002. Dispõe sobre Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE nas Instituições de Saúde Brasileiras. Rio de Janeiro: Conselho Federal de Enfermagem; 2002.

Brasil. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN 311/2007. Aprova o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Rio de Janeiro: Conselho Federal de Enfermagem; 2007.

Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações adotadas pelas emendas Constitucionais ns. 1/92 a 31/2000 e pelas emendas Constitucionais de Revisão ns.1 a 6/94. Brasília: Senado Federal. Subsecretaria de Edições Técnicas, 2001. 407 p. ISBN 85-7018-204-X.

Brasil. Decreto n.º 94.406/87, de 08 de junho de 1987. Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da Enfermagem, e dá outras providências. In: Santos, EB. Santos, EB, Santana, GO, Assis, MF, Meses, RO. Legislação em enfermagem: atos normativos do exercício e do ensino de enfermagem. São Paulo: Atheneu; 1997. p. 51-55.

Brasil. Decreto N.º 50.387/61, de 28 de Março de 1961. Regulamenta o exercício da Enfermagem e suas funções auxiliares no território nacional. In: Santos, EB. Santos,

EB, Santana, GO, Assis, MF, Meses, RO. Legislação em enfermagem: atos normativos do exercício e do ensino de enfermagem. São Paulo: Atheneu; 1997. p. 33-36.

Brasil. Lei n.º 1994, 28 de Dezembro de 1994. Altera a redação do parágrafo único do art. 23 da lei no 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. In: Santos, EB. Santos, EB, Santana, GO, Assis, MF, Meses, RO. Legislação em enfermagem: atos normativos do exercício e do ensino de enfermagem. São Paulo: Atheneu; 1997. p.49.

Brasil. Lei n.º 2.367/54, de 07 de dezembro de 1954. Dispõe sobre o ensino de enfermagem em cursos volantes. In: Santos, EB. Santos, EB, Santana, GO, Assis, MF, Meses, RO. Legislação em enfermagem: atos normativos do exercício e do ensino de enfermagem. São Paulo: Atheneu; 1997. p. 135.

Brasil. Lei n.º 7.498/86, de 26/06/86, de 25 de junho de 1986. Regulamento o exercício profisisonal da enfermagem no Brasil e dá outras providências. In: Santos, EB. Santos, EB, Santana, GO, Assis, MF, Meses, RO. Legislação em enfermagem: atos normativos do exercício e do ensino de enfermagem. São Paulo: Atheneu; 1997. p. 44-48.

Brasil. Lei n.º 775/49, de 06 de agosto de 1949. Dispõe sobre o ensino de enfermagem no país e dá outras providências. In: Santos, EB. Santos, EB, Santana, GO, Assis, MF, Meses, RO. Legislação em enfermagem: atos normativos do exercício e do ensino de enfermagem. São Paulo: Atheneu; 1997. p. 122-4.

Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. Diretrizes operacionais dos pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão. Brasília: Editora MS, 2006.

Braverman, H. Trabalho e capital monopolista: a degradação do trabalho no século XX. Traduzido por Caixeiro, NC. 3ª ed. Rio de Janeiro: LTC; 1987.

Campos GW, Chakour M, Santos RC. Análise crítica das especialidades médicas e estratégias para integrá-las ao SUS. Cadernos de Saúde Pública, 1997;13(1):141-144.

Cuiabá. Secretaria Municipal de Saúde, Diretoria de Planejamento. Relatório de gestão 2007. Cuiabá – MT; 2008.

Donnângelo, MCF, PEREIRA, L. Saúde e sociedade. São Paulo: Duas Cidades; 1976.

Donnângelo, MCF. Medicina e sociedade: o médico e mercado de seu trabalho. São Paulo: Pioneira; 1975.

Foucault, M. Microfísica do Poder. Organizado e traduzido por Machado, R. Rio de Janeiro: Graal; 1979. p.101-2.

Freidson, E. La profession medicale. Paris: Payot; 1984.

Freidson, E. Renascimento do profissionalismo: teoria, profecia e política. Traduzido por Paciornik, CM. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo; 1998. [Clássicos; 12].

Freitas, GF. Conceituação sobre direito e normas éticas e legais. In: Oguisso, T. Organizadora. Trajetória histórica e legal da enfermagem. 2ª ed. rev. ampl. Barueri (SP): Manole; 2007. p.195-208.

Geovanini, Parte I – Uma abordagem dialética da enfermagem. In: Geovanini, T, Moreira, A, Schoeller, SD, Machado, WCA. História da enfermagem: versões e interpretações. Rio de Janeiro: Revinter; 1995. p. 3-57.

Germano, RM. Educação e ideologia da enfermagem no Brasil. 3ª ed. São Paulo: Cortez; 1993.

Gomes R. Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa. In: Minayo MCS, organizadora. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes; 2007. p 79-108.

Hausmann, M, Peduzzi, M. Articulação entre as dimensões gerencial e assistencial do processo de trabalho do enfermeiro. Rev. Texto Contexto Enferm. Florianópolis, 2009 Abr-Jun; 18(2): 258-65.

Leopardi, MT organizadora, Kirchhof, AL, Capella, BB, Pires, DP, Faria, EM, Ramos, FRS, et al. Processo de trabalho em saúde: organização e subjetividade. Florianópolis (SC). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/UFSC-Papa-Livros; 1999.

LIMA, MADS, ALMEIDA, MCP. O trabalho de enfermagem na produção de cuidados de saúde no modelo clínico. Rev. Gaúcha Enferm., 1999;20(n. esp.):86-101.

Lopes, NM. Recomposição profissional da enfermagem. Coimbra: Quarteto; 2001.

Lorenzetti, J. A “nova” lei do exercício profissional da enfermagem: uma análise crítica. Brasília (DF): Associação Brasileira de Enfermagem; 1987.

Machado, MH, Médice, AC, Nogueira, RP, Girardi, SN. O mercado de trabalho em saúde no Brasil: estrutura e conjuntura. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ENSP; 1992.

Machado, MH. Sociología de las profisiones: un nuevo enfoque. Educ. Med. Salud, 25(1):28-36, 1991.

Marques, GQ, Lima, MADS. Organização tecnológica do trabalho em um pronto atendimento e a autonomia do trabalhador de enfermagem. Rev. Esc. Enferm USP. 2008; 42(1):41-7.

Martins, C, SMA, Kantorski, Ayoub, AC, Leite, MMJ. Perfil do enfermeiro e necessidades de desenvolvimento de competência profissional. Rev. Texto e Contexto Enferm. 2006 Jul-Set; 15(3): 472-8.

Marx, K, Engels, F. A ideologia alemã. Traduzido por Castro e Costa, LC. 2a ed. São Paulo: Martins Fontes; 1998.

Marx, K. O capital. Traduzido por Sant´Ana, R. 16ª ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1998. Lv I, v. 1, p. 211-31.

Melo, C. A divisão social do trabalho e enfermagem. São Paulo: Cortez, 1986.

Mendes, EV, organizador, Teixeira, CF, Unglert, CVS, Grego, C, Araújo, EC, Villarosa, FN, et al. Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do sistema único de saúde. São Paulo: Hucitec; 1993.

Mendes-Gonçalves, RB. Medicina e história: raízes sociais do trabalho médico [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1979.

Mendes-Gonçalves, RB. Práticas de Saúde: processos de trabalho e necessidades. São Paulo, Centro de Formação dos Trabalhadores em Saúde da Secretaria Municipal da Saúde: São Paulo; 1992. (Cadernos CEFOR, 1 — Série textos).

Mendes-Gonçalves, RB. Tecnologia e organização social das práticas de saúde. São Paulo: Hucitec; 1994.

Merhy EE. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: Merhy EE, Onocko R. Organizadores. Agir em saúde. São Paulo: HUCITEC; 1997. p.113-50.

Merhy EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: HUCITEC; 2002.

Merhy, E.E, Franco, TB. Por uma Composição Técnica do Trabalho Centrada nas Tecnologias Leves e no Campo Relacional. Rev. Saúde em Debate. Set/dez 2003; 27(65):184-191.

Merhy, EE. Magalhães Júnior, HM, Rimoli, J, Franco, TB, Bueno, WS. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. 4ª ed. São Paulo: Hucitec; 2007.

Minayo MCS, Sanches, O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementariedade? Caderno de saúde pública. jul-set 1993,9(3):239-262.

Minayo, MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 9ª ed . rev. e aprim. São Paulo: HUCITEC; 2006.

Moreira, A. Parte II – Desmistificando a origem da enfermagem brasileira. In: Geovanini, T, Moreira, A, Schoeller, SD, Machado, WCA. História da enfermagem: versões e interpretações. Rio de Janeiro: Revinter; 1995. p.59-128.

Moreira, A. Profissionalização da enfermagem brasileira: o pioneirismo da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto (1890-1920) [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2003.

Offe, C. Trabalho & sociedade: problemas estruturais e perspectivas para futuro da sociedade do trabalho. Traduzido por Bayer, G. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro; 1989.

Oguisso, T, Schmidt, MJ. O exercício da enfermagem: uma abordagem ético-legal. 2ª ed. atual. e ampl. Rio de janeiro: Guanabara Koogan; 2007.

Oguisso, T. Organizadora. Trajetória histórica e legal da enfermagem. 2ª ed. rev. ampl. Barueri (SP): Manole; 2007.

Peduzzi, M e Ciampone, MHT. Trabalho em equipe e processo grupal. In: Gerenciamento em enfermagem. Kurcgant, P, coordenadora, Tronchin, DMR, Fugulin, FMT, Peres, HHC, Massarollo, MCKB, Fernandes, MFP, et al. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005. p.108-24.

Peduzzi, M, Hausmann, M. A enfermagem como prática heterogênea que busca ressignificar as interfaces entre seus diferentes agentes e objetos de trabalho. In: 56º Congresso Brasileiro de Enfermagem, 2004, Gramado-RS, 26 de outubro. Mesa Redonda: Os processos de ressignificação do trabalho em enfermagem. Livro-Temas do 56 CBEn [livro em formato eletrônico]: 2004 out 24-29 [capturado 2004 nov 26]; Gramado-RS, Brasil. ABEn-RS, 2004. Disponível em: http://abennacional.org.br/restodoend, 2004. v. 56. p. 1-1.

Peduzzi, M. e Anselmi, ML. O processo de trabalho de enfermagem: a cisão entre o planejamento e execução do cuidado. Rev. Latino Am. Enferm. 2002, jul/ago. 10(4): 586-95.

Peduzzi, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. Rev. Saúde Pública 2001; 35(1):103-9.

Peduzzi, M. Equipe multiprofissional em saúde: a interface entre trabalho e interação [tese]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 1998.

Perrusi, A. Profissão, vocação e medicina. Rev. Política & Trabalho. 2000 Set;(16):73-84.

Pinho LB, Santos SMA, Kantorski LP. Análise do processo de trabalho da enfermagem na unidade de terapia intensiva. Texto Contexto Enferm. 2007. Out-Dez; 16(4):703-11.

Pires, D. Hegemonia médica na saúde e a enfermagem: Brasil 1500 a 1930. São Paulo: Cortez; 1989.

Pires, D. Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil. 2ª. ed. São Paulo: Annablume; 2008. [Saúde Pública].

Possari, JF. Prontuário do paciente: e os registros de enfermagem. 2ª. ed. São Paulo: Iátria; 2007.

Rezende, ALM. Saúde: dialética do pensar e do fazer. 2ª ed. São Paulo: Cortez; 1989.

Ribeiro, AC. A relação saber v*ersus* fazer do agente de nível médio do trabalho da enfermagem, como Perspectiva de análise [dissertação]. Cuiabá: Universidade Federal de Mato Grosso; 2001.

Rossi FR, Silva MAD. Fundamentos para processos gerenciais na prática do cuidado. Escola Enfermagem USP 2005; 39(4):460-468.

Sanna, MC. Os processos de trabalho em enfermagem. Rev. Brasileira de Enfermagem, Brasília, 2007;60(2):221-4.

Santana, JP. A gestão do trabalho nos estabelecimentos de saúde: elementos para uma proposta. In: Santana, P. Castro, JL. Organizadoras. Capacitação em desenvolvimento de recursos humanos de saúde. Natal: EDUFRN; 1999. p.387-400.

Santos, EB. Santos, EB, Santana, GO, Assis, MF, Meses, RO. Legislação em enfermagem: atos normativos do exercício e do ensino de enfermagem. São Paulo: Atheneu; 1997.

SCHRAIBER, L. B. 1996. Ciência, Trabalho e Trabalhador em Saúde: Contribuições de Ricardo Bruno Mendes Gonçalves para a compreensão da articulação entre saber, prática e recursos humanos. Revista Divulgação em Saúde para Debate, n. 14, p. 07-09. Londrina-PR.

Schraiber, LB. O médico e seu trabalho: limites da liberdade. São Paulo: Hucitec; 1993.

Silva EM, Ribas Gomes EL, Anselmi ML. Enfermagem: realidade e perspectiva na assistência e no gerenciamento. Rev Latino-Am Enf. 1993;1(1): 59-63.

Silva, GB. Enfermagem profissional: análise crítica. 2ª ed. São Paulo: Cortez; 1989.

Spagnol, CA, Ferraz, AC. Tendências e perspectivas da administração em enfermagem: um estudo na santa casa de Belo Horizonte-MG. Rev. Latino-Am Enfermagem 2002 janeiro-fevereiro; 10(1):15-20.

Triviños, ANS. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. 1ª ed. 14ª reimp. São Paulo: Atlas; 2006.

Abstract

Objective: This study aimed to characterize the work of nurses within the hospital and understand the relationship between the characteristics that it takes work and content of legal rules that provide the institutional Brazilian nursing. **Methods**: we used a qualitative approach and method of case study. The study was conducted at medical-surgical unit of a public hospital in the city of Cuiaba - MT and had as their subject-nursing assistants. To collect data we used the following techniques: 1) closed questionnaire with objective questions and 2) document analysis, 3) non-participant observation of a free and 3) semi-structured interview. The objective data were statistically analyzed and described, other data were analyzed using the technique of content analysis, the thematic type. The project was submitted to the Ethics Committee of the Federal University of São Paulo and authorized through the process number 1.398/09. **Results**: it was found that the nurse's work is detached from its object, being developed separately and linked to administrative and bureaucratic aspects of the units. The actions performed by nurses in that area do not favor its management or care, each nurse took a peculiar form of work, waived the instruments themselves, even if only related to space management of care. We learned also that the way nurses developed their work did not favor the interaction from the perspective of teamwork within the nursing and very little less, with other professionals who work in medical-surgical ICU. The study results suggest that limited knowledge of nurses can be a determining factor for their way of being in work. **Conclusions**: all done, said and, considering the content of legal rules that give the institutional nursing work in Brazil, it appears that how the nurse acts in that space, expressed by his way of being and belonging in the workplace did not correspond to the content of the legislation that regulates it. It is further recommended that other studies seek to identify factors that have determined the form of nursing work within the hospital.

Keywords: 1.Nurses; 2. Work; 3. Legislation Nursing; 4. Professional Practice; 5. Hospitals.

APÊNDICE 1 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) a participar, como voluntário, de uma pesquisa. Após ser esclarecido(a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine o documento anexo, em duas vias. Uma delas é sua e a outra do pesquisador responsável. Em caso de recusa você não será penalizado(a) de forma alguma. Havendo dúvidas você poderá procurar o Comitê de Ética do Hospital Universitário Júlio Müller, sito à Rua Luis Felipe Pereira Leite, s/n CEP 78048-790, Cuiabá – MT, Tel. (65) 615-7254, para esclarecimentos.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Título do Projeto: O TRABALHO DO ENFERMEIRO: A RELAÇÃO ENTRE O REGULAMENTADO, O DITO E O FEITO, NO COTIDIANO DO HOSPITAL.

Pesquisador Responsável: Prof. Enfo. Ms. Antônio César Ribeiro.

Endereço e Telefone para contato (inclusive ligações a cobrar): Av. Senador Filinto Muller, 1591, Apt. 803, Morada do Sol, 78043-500, Cuiabá – MT, Telefones: (65) 3621 4887 ou 9981 6672. E-mail: anceri@terra.com.br .

Pesquisadores participantes: Profa. Dra. Lais Helena Ramos e Profa. Dra. Edir Ney Teixeira Mandú.

A pesquisa trata de um Estudo de Caso, com abordagem qualitativa, e tem como objetivo analisar as características do trabalho do Enfermeiro, no cotidiano do espaço do hospital. Os Estudos de Caso são um tipo de pesquisa que utilizam estratégias de investigação qualitativa para mapear, descrever e analisar o contexto, as relações e as percepções a respeito da situação, fenômeno ou episódio em questão – o trabalho do Enfermeiro no cotidiano do hospital.

Assim, todo o estudo tomará por referência o Estatuto Social da categoria Enfermagem, a Lei Federal N.º 7.498/86 e sua regulamentação.

A pesquisa será realizada junto ao Serviço de Enfermagem do Hospital e Pronto Socorro Municipal de Cuiabá – MT e terá como sujeitos todos os Enfermeiros lotados e em exercício na Coordenadoria do Serviço de Enfermagem.

Para a coleta de dados utilizar-se-á as seguintes técnicas: (a) aplicação de um questionário com questões fechadas e preenchimento orientado a todos os Enfermeiros, buscando o delineamento do perfil sócio-demográfico e profissional dos sujeitos; (b) observação não-participante nas unidades de internação de clínica médica e cirúrgica; (c) análise documental dos registros da assistência de enfermagem dos prontuários de pacientes internados nos primeiros 03 (três) meses do ano de 2007 nas unidades de internação de clínica médica e cirúrgica, que já obtiveram alta, e cuja permanência, sob os cuidados da enfermagem, tenha sido superior da 05 (cinco) dias. Serão analisados os registros de 40 (quarenta) prontuários que terão escolha aleatória, atendendo apenas aos critérios de inclusão; (d) e entrevista semi-estruturada com os sujeitos que manifestarem seu interesse em responder às questões abertas.

Os dados empíricos serão organizados e analisados segundo sua natureza: (a) os dados relativos ao perfil dos sujeitos serão analisados estatisticamente; (b) os demais dados serão analisados pela técnica de análise de conteúdo do tipo temática.

Pela natureza da pesquisa proposta, não haverá exposição dos sujeitos – os Enfermeiros do hospital – a nenhum risco a qualquer dimensão do ser humano. A participação será, anônima, livre e esclarecida, podendo os sujeitos, a qualquer tempo, declinar da intenção de participar do estudo. Neste caso, todos os dados fornecidos, tanto na entrevista acerca do delineamento do perfil dos sujeitos, bem como os relativos à observação não-participante e entrevista semi-estruturada, poderão ser requeridos, sendo garantida a devolução dos mesmos e não inclusão no estudo.

Assim, a pesquisa proposta pretende conhecer as características do trabalho do Enfermeiro, no cotidiano do espaço do hospital, como também os fatores que determinam tais características, o que muito poderá contribuir para o processo de formação e educação permanente desta categoria profissional.

Antônio César Ribeiro
Pesquisador Responsável
COREN-MT N.º 47.954

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DOS SUJEITOS

Eu _____, abaixo assinado, concordo em participar, como sujeito, do estudo intitulado "***O TRABALHO DO ENFERMEIRO: A RELAÇÃO ENTRE O REGULAMENTADO, O DITO E O FEITO, NO COTIDIANO DO HOSPITAL***" e declaro que fui devidamente informado(a) e esclarecido(a), pelo pesquisador responsável, sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação.

Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer tempo, sem que isto leve à qualquer penalidade, e ainda, que o sigilo da minha identidade será preservada em anonimato durante todas as fases da pesquisa, inclusive após a publicação dos seus resultados.

Cuiabá (MT), ____/____/_____.

Nome Sujeito: _____

Assinatura: _____

APÊNDICE 2

O TRABALHO DO ENFERMEIRO: A RELAÇÃO ENTRE O REGULAMENTADO, O DITO E O FEITO, NO COTIDIANO DO HOSPITAL

INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS PARA O DELINEAMENTO DO PERFIL SÓCIO-DEMOGRÁFICO E PROFISSIONAL DOS SUJEITOS

1. Dados de Identificação:

1.1 Ano Nascimento: **[**_____**]** **1.2** Local de Nascimento (UF): **[**___**]** **1.3** Sexo: **[1]** Masc **[2]** Fem

1.4 Estado Civil atual:

[1] Solteiro
[2] Casado
[3] União Estável
[4] Viúvo
[5] Separado Judicialmente

1.5 Tem filhos**: [1]** Sim **[2]** Não **1.6** Número de Filhos: **[**_____**]**

2. Dados de Formação Profissional

2.1 Ano Graduação: [_____] **2.2** Natureza da Instituição: **[1]** Pública **[2]** Privada **2.3** UF: [___]

2.4 Recorreu ao Financiamento do Governo para seus estudos de graduação? **[1]** Sim **[2]** Não

2.5 Exerceu atividade remunerada durante a graduação? **[1]** Sim **[2]** Não

2.5.1 Descrição:

[1] Atendente Enfermagem
[2] Téc. Enfermagem
[3] Aux. Enfermagem
[4] Outras Nível Técnico em Saúde
Qual: _____
[5] Outras Nível Superior em Saúde
[6] Outras Nível Técnico
Qual: _____
[7] Outras Nível Superior
Qual: _____

2.6 Possuía experiência na área da Saúde antes da graduação: **[1]** Sim **[2]** Não

2.6.1 Descrição:

[1] Atendente Enfermagem
[2] Téc. Enfermagem
[3] Aux. Enfermagem
[4] Outras Nível técnico
Qual: _____
[5] Outras Nível Superior
Qual: _____

2.7 Possui outra Graduação: **[1]** Sim **[2]** Não **2.7.1 [1]** Área da Saúde **[2]** Outras Áreas

Qual: _____

2.8 Pós-Graduação *Lato Sensu*: **[1]** Sim **[2]** Não

2.8.1 Área: _____ Ano conclusão: _____

2.8.2 Área: _____ Ano conclusão: _____

2.8.3 Área: _____ Ano conclusão: _____

2.9 Pós-Graduação *Stricto Sensu*:

2.9.1 Mestrado: **[1]** Sim **[2]** Não

2.9.1.1 Área: _____ Ano conclusão: _____

2.10 Doutorado: **[1]** Sim **[2]** Não

2.10.1 Área: _____ Ano conclusão: _____

2.11 Participou de Capacitações nos últimos cinco anos (C.H. > 40 horas)**:** **[1]** Sim **[2]** Não

2.11.1 Área: _____ Ano: _____

2.11.2 Área: _____ Ano: _____

2.11.3 Área: _____ Ano: _____

2.11.4 Área: _____ Ano: _____

2.11.5 Área: _____ Ano: _____

3. Dados políticos, científicos e culturais:

3.1 É associado a alguma entidade de caráter técnico-científico-cultural na Área da Saúde?
[1] Sim **[2]** Não **Qual**: _____

3.2 É associado a alguma entidade de caráter técnico-científico-cultural na Área de Enfermagem?
[1] Sim **[2]** Não **Qual**: _____

3.3 Assina algum periódico (revista) de natureza técnica-científica-cultural na Área da Saúde?
[1] Sim **[2]** Não **Qual**: _____

3.4 Assina algum periódico (revista) de natureza técnica-científica-cultural na Área de Enfermagem?
[1] Sim **[2]** Não **Qual**: _____

3.5 Participou de Eventos Científicos na Área da Saúde nos último cinco anos?
[1] Sim **[2]** Não **3.5.1** Quantos? **[_____]**

3.6 Participou de Eventos Científicos na Área de Enfermagem nos último cinco anos?
[1] Sim **[2]** Não **3.6.1** Quantos? **[_____]**

3.7 É filiado (a) a algum Partido Político? **[1]** Sim **[2]** Não

3.8 É filiado (a) a alguma entidade sindical que congrega Profissionais de Enfermagem?
[1] Sim **[2]** Não

3.9 É filiado (a) a alguma entidade sindical que congrega Trabalhadores de Saúde?
[1] Sim **[2]** Não

4. Dados de vínculos profissionais:

4.1 – Vínculo Principal PMC/SMS/HPSMC:

4.1.1 Natureza Vínculo:

[1] CLT
[2] Estável
[3] Efetivo (concurso)
[4] Contrato Temporário
[5] Comissionado

4.1.1.1 CH Semanal: [_____]

4.1.2 Cargo que ocupa:

[1] Atendente Enfermagem
[2] Téc. Enfermagem
[3] Aux. Enfermagem
[4] Enfermeiro
[5] Outras Nível técnico
[6] Outras Nível Superior

4.1.3 Função exerce:

[1] Técnico-Assistencial
[2] Técnico-Administrativo
[3] Gerência/Gestão
[4] Outros

4.1.4 Setor de Trabalho em que atua:

[1] Unidade de Internação
[2] Bloco Cirúrgico
[3] Centro Tratamento Queimados
[4] Gestão e Administração
[5] Pronto Atendimento
[6] Unidade Terapia Intensiva
[7] Emergência
[8] Coordenação de Serviço

4.1.5 Turno de trabalho:

[1] Manhã
[2] Tarde
[3] Noite
[4] Integral Dia
[5] Dia 12/36
[6] Dia 12/60
[7] noite 12/36
[8] noite 12/60

4.2 – Possui um segundo vínculo? [1] Sim **[2]** Não

4.2.1 Natureza Instituição: **[1]** Pública **[2]** Privada **[3]** Filantrópica

4.2.1.1 CH Semanal: [_____]

4.2.2 Natureza Vínculo:

[1] CLT
[2] Estável
[3] Efetivo (concurso)
[4] Contrato Temporário
[5] Comissionado

4.2.3 Ramo Atividade local de trabalho:

[1] Assistência à saúde individual – Hospital
[2] Assistência à saúde individual – Atenção básica
[3] Gestão serviço saúde
[4] Ensino
[5] Outros

4.2.4 Turno de trabalho:

[1] Manhã
[2] Tarde
[3] Noite
[4] Integral Dia
[5] Dia 12/36
[6] Dia 12/60
[7] noite 12/36
[8] noite 12/60

4.2.5 Cargo que ocupa:

[1] Atendente Enfermagem
[2] Téc. Enfermagem
[3] Aux. Enfermagem
[4] Enfermeiro
[5] Outras Nível técnico
[4] Outras Nível Superior
[5] Docente

4.2.6 Função exerce:

[1] Técnico-Assistencial
[2] Técnico-Administrativo
[3] Assistencial
[4] Docência
[5] Gerência/Gestão
[6] Outros

4.2.7 Setor de Trabalho em que atua:

[1] Unidade de Internação
[2] Bloco Cirúrgico
[3] Centro Tratamento Queimados
[4] Gerência de Setor/Área
[5] Unidade Básica
[6] Pronto Atendimento
[7] Unidade Terapia Intensiva
[8] Emergência
[9] Coordenação de Serviço
[10] Serviço Administrativo/Burocrático
[11] Ensino
[12] Outros

4.3 – Possui um terceiro vínculo? [1] Sim **[2]** Não

4.3.1 Natureza Instituição: **[1]** Pública **[2]** Privada **[3]** Filantrópica

4.3.1.1 CH Semanal: [_____]

4.3.2 Natureza Vínculo:

[1] CLT
[2] Estável
[3] Efetivo (concurso)
[4] Contrato Temporário
[5] Comissionado

4.3.3 Ramo Atividade local de trabalho:

[1] Assistência à saúde individual – Hospital
[2] Assistência à saúde individual – Atenção básica
[3] Gestão serviço saúde
[4] Ensino
[5] Outros

4.3.4 Turno de trabalho:

[1] Manhã
[2] Tarde
[3] Noite
[4] Integral Dia
[5] Dia 12/36
[6] Dia 12/60
[7] noite 12/36
[8] noite 12/60

4.3.5 Cargo que ocupa**:**

[1] Atendente Enfermagem
[2] Téc. Enfermagem
[3] Aux. Enfermagem
[4] Enfermeiro
[5] Outras Nível técnico
[6] Outras Nível Superior
[7] Docente

4.3.6 Função exerce:

[1] Técnico-Assistencial
[2] Técnico-Administrativo
[3] Assistencial
[4] Docência
[5] Gerência/Gestão
[6] Outros

4.3.7 Setor de Trabalho em que atua:

[1] Unidade de Internação
[2] Bloco Cirúrgico
[3] Centro Tratamento Queimados
[4] Gerência de Setor/Área
[5] Unidade Básica
[6] Pronto Atendimento
[7] Unidade Terapia Intensiva
[8] Emergência
[9] Coordenação de Serviço
[10] Serviço Administrativo/Burocrático
[11] Ensino
[12] Outros

4.3.8 Atua em outra atividade profissional remunerada fora da área da saúde: **[1]** Sim **[2]** Não

Qual: _____

5. Dados Sócio-Econômicos:

5.1 – Quem é o chefe da família:

[1] Esposo (a)/ Companheiro (a)
[2] Você
[3] Pai/Mãe
[4] Irmão/Irmã
[5] Outro

5.2 – Itens de consumo:

N.º	**Itens**	**0**	**1**	**2**	**3**	**4 ou +**
01	Televisão em cores	[0]	[2]	[3]	[4]	[5]
02	Rádio	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]
03	Banheiro	[0]	[2]	[3]	[4]	[4]
04	Automóvel	[0]	[2]	[4]	[5]	[5]
05	Empregada doméstica mensalista	[0]	[2]	[4]	[4]	[4]
06	Aspirador de pó	[0]	[1]	[1]	[1]	[1]
07	Máquina de lavar	[0]	[1]	[1]	[1]	[1]
08	Videocassete e / ou DVD	[0]	[2]	[2]	[2]	[2]

09	Geladeira	[0]	[2]	[2]	[2]	[2]
10	Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)	[0]	[1]	[1]	[1]	[1]
	Somatória:					
		Total de Pontos:				

5.3 – Grau de instrução do chefe da família:

[1] Analfabeto / primário incompleto
[2] Primário completo / Ginasial incompleto
[3] Ginasial completo / Colegial incompleto
[4] Colegial completo / Superior incompleto
[5] Superior completo

Total de Pontos: 5.2 + 5.3	

	Pontos	**Classe Econômica**
[1]	30 – 34	**A 1**
[2]	25 – 29	**A 2**
[3]	21 – 24	**B 1**
[4]	17 – 20	**B 2**
[5]	11 – 16	**C**
[6]	6 – 10	**D**
[7]	0 – 5	**E**

ORIENTAÇÕES PARA PREENCHIMENTO INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS PARA O DELINEAMENTO DO PERFIL SÓCIO-DEMOGRÁFICO E PROFISSIONAL DOS SUJEITOS

Para o item 5 (cinco), deverão ser observadas as seguintes especificações:

Para o delineamento do perfil sócio-econômico dos sujeitos, adotou-se o **Critério de Classificação Econômica Brasil (ABEP - Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa)**, considerando que este critério já foi validado o que nos permite uma referência para a análise do perfil pretendido.

Assim, o Critério de Classificação Econômica Brasil, enfatiza sua função de estimar o poder de compra das pessoas e famílias urbanas, abandonando a pretensão de classificar a população em termos de "classes sociais". A divisão de mercado definida abaixo é, exclusivamente de **classes econômicas.**

Procedimento na coleta dos itens:

É importante e necessário que o critério seja aplicado de forma uniforme e precisa. Para tanto, é fundamental atender integralmente as definições e procedimentos citados a seguir.

Para aparelhos domésticos em geral devemos:

Considerar os seguintes casos:

- Bem alugado em caráter permanente
- Bem emprestado de outro domicílio há mais de 6 meses
- Bem quebrado há menos de 6 meses Não considerar os seguintes casos
- Bem emprestado para outro domicílio há mais de 6 meses
- Bem quebrado há mais de 6 meses
- Bem alugado em caráter eventual
- Bem de propriedade de empregados ou pensionistas

Televisores: Considerar apenas os televisores em cores. Televisores de uso de empregados domésticos (declaração espontânea) só devem ser considerados caso tenha(m) sido adquirido(s) pela família empregadora.

Rádio: Considerar qualquer tipo de rádio no domicílio, mesmo que esteja incorporado a outro equipamento de som ou televisor. Rádios tipo walkman, conjunto 3 em 1 ou microsystems devem ser considerados, desde que possam sintonizar as emissoras de rádio convencionais. Não pode ser considerado o rádio de automóvel.

Banheiro: O que define o banheiro é a existência de vaso sanitário. Considerar todos os banheiros e lavabos com vaso sanitário, incluindo os de empregada, os localizados fora de casa e os da(s) suite(s). Para ser considerado, o banheiro tem que ser privativo do domicílio. Banheiros coletivos (que servem a mais de uma habitação) não devem ser considerados.

Automóvel: Não considerar táxis, vans ou pick-ups usados para fretes, ou qualquer veículo usado para atividades profissionais. Veículos de uso misto (lazer e profissional) não devem ser considerados.

Empregada doméstica: Considerar apenas os empregados mensalistas, isto é, aqueles que trabalham pelo menos 5 dias por semana, durmam ou não no emprego. Não esquecer de incluir babás, motoristas, cozinheiras, copeiras, arrumadeiras, considerando sempre os mensalistas.

Aspirador de Pó: Considerar mesmo que seja pó rtátil e também máquina de limpar a vapor (Vaporetto).

Máquina de Lavar: Perguntar sobre máquina de lavar roupa, mas quando mencionado espontaneamente o tanquinho deve ser considerado.

Videocassete e/ou DVD: Verificar presença de qualquer tipo de vídeo cassete ou aparelho de DVD.

Geladeira e Freezer: No quadro de pontuação há duas linhas independentes para assinalar a posse de geladeira e freezer respectivamente. A pontuação entretanto, não é totalmente independente, pois uma geladeira duplex (de duas portas), vale tantos pontos quanto uma geladeira simples (uma porta) mais um freezer.

As possibilidades são:

- Não possui geladeira nem freezer = 0 Ponto
- Possui geladeira simples (não duplex) e não possui freezer = 2 Pontos
- Possui geladeira de duas portas e não possui freezer = 3 Pontos
- Possui geladeira de duas portas e freezer = 3 Pontos
- Possui freezer, mas não geladeira (caso raro mas aceitável) = 1 Ponto

Observações importantes:

Este critério foi construído para definir grandes classes que atendam às necessidades de segmentação (por poder aquisitivo) da grande maioria das empresas. Não pode, entretanto, como qualquer outro critério, satisfazer todos os usuários em todas as circunstâncias. Certamente há muitos casos em que o universo a ser pesquisado é de pessoas, digamos, com renda pessoal mensal acima de US$ 30.000. Em casos como esse, o pesquisador deve procurar outros critérios de seleção que não o CCEB.

A outra observação é que o CCEB, como os seus antecessores, foi construído com a utilização de técnicas estatísticas que, como se sabe, sempre se baseiam em coletivos. Em uma determinada amostra, de determinado tamanho, temos uma determinada probabilidade de classificação correta, (que, esperamos, seja alta) e uma probabilidade de erro de classificação (que, esperamos, seja baixa). O que esperamos é que os casos incorretamente classificados sejam pouco numerosos, de modo a não distorcer significativamente os resultados de nossa investigação.

Nenhum critério, entretanto, tem validade sob uma análise individual. Afirmações freqüentes do tipo *"... conheço um sujeito que é obviamente classe D, mas pelo critério é classe B..."* não invalidam o critério que é feito para funcionar estatisticamente. Servem porém, para nos alertar, quando trabalhamos na análise individual, ou quase individual, de comportamentos e atitudes (entrevistas em profundidade e discussões em grupo respectivamente). Numa discussão em grupo um único caso de má classificação pode pôr a perder todo o grupo. No caso de entrevista em profundidade os prejuízos são ainda mais óbvios. Além disso, numa pesquisa qualitativa, raramente uma definição de classe exclusivamente econômica será satisfatória.

Portanto, é de fundamental importância que todo o mercado tenha ciência de que o CCEB, ou qualquer outro critério econômico, não é suficiente para uma boa classificação em pesquisas qualitativas. Nesses casos deve-se obter além do CCEB, o máximo de informações (possível, viável, razoável) sobre os respondentes, incluindo então seus comportamentos de compra, preferências e interesses, lazer e hobbies e até características de personalidade.

Uma comprovação adicional da conveniência do Critério de Classificação Econômica Brasil é sua discriminação efetiva do poder de compra entre as diversas regiões brasileiras, revelando importantes diferenças entre elas.

APÊNDICE 3 – INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS DOS REGISTROS DOS PRONTUÁRIOS

Prontuário N.º		**Unidade de Internação:**				**Período:**			
Diagnóstico Médico:			**Idade:**		**Sexo:**	( ) M ( ) F	**Acompanhante:**	( ) S ( ) N	
Motivo da Alta:	( ) Cura ( ) Melhora ( ) Transferência ( ) A pedido ( ) Evasão ( ) Óbito								

REGISTROS DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM			
VIII. Data	***Planejamento da Assistência de Enfermagem***	**Execução da Assistência de Enfermagem**	**Profissional**
		Matutino –	
		Vespertino –	
		Noturno –	
		Matutino –	
		Vespertino –	
		Noturno –	
		Matutino –	
		Vespertino –	
		Noturno –	
		Matutino –	
		Vespertino –	
		Noturno –	
OBSERVAÇÕES ADICIONAIS			

APÊNDICE 4 – DIÁRIO DE CAMPO

Observação N.º	**Data: ___/___/___**	**Unidade de Internação:**	**Início:**	**Término:**
Conteúdo da Observação			**Notas de Reflexão**	
Situação 01: **Situação 02**:				

APÊNDICE 5 - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

N.º	QUESTÕES	**DESDOBRAMENTOS**
01	Como é o seu trabalho aqui na Unidade?	• Como está organizado o processo de assistência na clínica? • Como a assistência aos pacientes acontece/se efetiva? • Você participa da assistência direta ao paciente? Quando? De que forma?
02	Como a assistência de enfermagem é organizada?	• Quem decide o que fazer e como fazer com relação às necessidades individuais dos pacientes em sua unidade (clínica)? • Qual a metodologia que você utiliza na condução do seu trabalho na clínica? • O que você entende por Sistematização da Assistência de Enfermagem? • Como você define o modelo de assistência de enfermagem empregado na unidade (clínica) em que você é responsável? • Você considera a assistência de enfermagem prestada aos pacientes como uma Ação Sistematizada? Por que? • Dado o número de acompanhantes nas unidades de internação adulta, o que você pensa sobre a participação destes no processo de cuidar?
03	O que orienta o seu trabalho na Unidade?	• O que subsidia você nas tomadas de decisões relacionadas aos cuidados individuais que são prestados aos pacientes? • Como estas necessidades individuais são levantadas/definidas? • Você costuma realizar o Histórico de Enfermagem, Exame Físico, Diagnóstico de Enfermagem, Prescrição de Enfermagem e Evolução da Assistência de Enfermagem e Relatório de Enfermagem, de forma individualizada e sistematizada? Por que? • Como se dá o registro da assistência de enfermagem? Quem registra? O que geralmente é registrado? A quem serve os registros? Você os considera suficientes para subsidiar a ação dos demais profissionais que atuam na clínica?
04	Que fatores você acredita que determinam, diretamente, as características do seu trabalho na clínica?	• Quantos leitos têm na sua unidade (clínica)? • Quantos Enfermeiros estão lotados e em exercício na sua unidade (clínica) nos

		diversos turnos? • Você considera adequado o número de Enfermeiros por leito na sua unidade (clínica)? • Como é dividido o trabalho entre os Enfermeiros dos diversos turnos de trabalho? • Você percebe a preocupação sobre a qualidade do trabalho da enfermagem por parte da administração e/ou dos demais profissionais que atuam na clínica • Você participou de algum evento (encontro, seminário, curso) relacionado à SAE e promovido por alguma entidade de classe da enfermagem ou outra instituição de serviço de saúde? Quantos? Quais?
05	O que você considera como necessário à boa execução da assistência de enfermagem ao paciente internado?	• Como você avalia a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados aos pacientes internados na sua unidade (clínica)?
06	Como são as relações estabelecidas com a equipe multiprofissional e de enfermagem no cotidiano do seu trabalho?	• Como você avalia a sua relação com os demais profissionais de nível superior que atuam com você na sua unidade (clínica)? • Como os demais profissionais de nível superior que atuam na clínica vêem o seu trabalho? • Como se dá o processo de gerenciamento do trabalho nos demais membros da equipe de enfermagem? • Como você avalia a sua relação com os profissionais de nível médio de enfermagem que atuam com você na sua unidade (clínica)? Como eles vêem o seu trabalho?
07	Você conhece a legislação que regulamenta o exercício da enfermagem brasileira?	• Você conhece (já leu) o Código de Ética da Enfermagem? O que você pensa sobre o seu conteúdo? • Você conhece (já leu) a LEP (Lei N.º 7.498/86 de Decreto)? O que você pensa sobre o seu conteúdo? • Você conhece (já leu) a Resolução COFEN N.º 272/04, que trata da Sistematização da Assistência de Enfermagem? O que você pensa sobre ela? • Você acredita que sua atuação está em conformidade com o que está regulamentado em lei e outras normas legais da enfermagem? Por que?
08	Você se considera preparado (a) para as funções	• Como você vê a sua profissão?

	de assistência e de gerenciamento da assistência na clínica?	• Você acredita que está preparado para o exercício da Assistência Enfermagem (Enfermeiro) na sua unidade (clínica)? Por que? • Você acredita que está preparado para o exercício do papel de gerenciamento da assistência de Enfermagem (Enfermeiro) na sua unidade (clínica)? Por que? • Você tem buscado atualizar-se para o exercício das suas funções na sua unidade (clínica)? De que forma? • Você está satisfeito com a sua atuação profissional? Por que?

BIBLIOGRAFIAS CONSULTADAS

Ferreira, ABH. Novo dicionário Aurélio da língua portuguesa . 3ª ed. Curitiba: Positivo, 2004.

Rother, ET, Braga, MER. Como elaborar sua tese: estrutura e referências. 2ª ed. rev. e ampl. São Paulo, 2005.