

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

A QUESTÃO CONCEITUAL DA SAÚDE E DA DOENÇA:
IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM

ANA LÚCIA CARDOSO KIRCHHOF

FLORIANÓPOLIS, novembro de 1990

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

A QUESTÃO CONCEITUAL DA SAÚDE E DA DOENÇA:
IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM

Dissertação submetida à Universi-
dade Federal de Santa Catarina
para a obtenção do Grau de Mestre
em Enfermagem.

ANA LÚCIA CARDOSO KIRCHHOF

FLORIANÓPOLIS, novembro de 1990

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM - ÁREA SAÚDE DO ADULTO
DISSERTAÇÃO

TÍTULO: A QUESTÃO CONCEITUAL DA SAÚDE E DA DOENÇA: IMPLICAÇÕES
PARA A ENFERMAGEM

submetida a Banca Examinadora para obtenção do grau de

MESTRE EM ENFERMAGEM

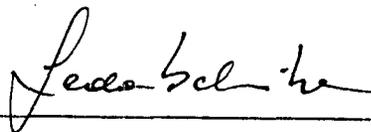
por

ANA LÚCIA CARDOSO KIRCHHOF

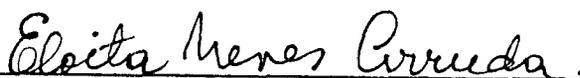
APROVADA EM 13/11/1990



Dra. Maria de Lourdes de Souza
Presidente



Dra. Leda Scheibe
Examinadora



Dra. Eloíta Neves Arruda
Examinadora

ORIENTADOR: Profa. Dra. Maria de Lourdes de Souza

CO-ORIENTADOR: Prof. Dr. Alberto Oscar Cupani

DEDICATÓRIA

Ao Gués, companheiro de
todas as horas.

Ao Pedro, brisa mansa
num árduo trabalho.

AGRADECIMENTOS

Sem desmerecer as inúmeras pessoas que muito contribuíram para a realização dos estudos de Pós-Graduação que culminou com a apresentação desta Dissertação, sou particularmente grata:

- Aos enfermeiros que se dispuseram a contribuir neste estudo, possibilitando sua realização.

- Aos dedicados orientadores, Profa. Maria de Lourdes de Souza e Prof. Alberto Oscar Cupani que com paciência e consideração ajudaram-me a superar algumas limitações, contribuindo na promoção dos meus conhecimentos.

- A Universidade Federal de Santa Maria, representada pelos colegas professores do Departamento de Enfermagem: por possibilitarem meu afastamento, e após, respeitarem e compreenderem minhas ausências a fim de que pudesse dar prosseguimento a este estudo.

- A Profa. Ana Zandwais, docente da Faculdade Portoalegrense, que com tanto empenho promoveu nossos encontros, leu e releu meus rascunhos valorizando-os e contribuindo definitivamente na metodologia implantada.

- A Profa. Aldema Trindade, docente da UFSM, pelo empréstimo de alguns livros da sua biblioteca pessoal, colocando-os por um longo tempo, a minha disposição.

RESUMO

Este estudo foi realizado com o objetivo de identificar e analisar o discurso explicitado pelos enfermeiros sobre "saúde" e "doença", verificando a coerência do significado de "saúde" com o conceito de saúde da OMS e de "doença" com o modelo médico previdenciário, bem como a coerência destes conceitos com as atividades dos enfermeiros.

Para atingí-lo lançamos mão de um referencial teórico - conceito de saúde da OMS e modelo médico previdenciário - e de entrevistas com enfermeiros dos Hospitais Universitários do Rio Grande do Sul.

Para a análise das entrevistas buscamos a Linguística - mais especificamente a Semântica Argumentativa e a Análise da Conversação. Como alguns aspectos da Fenomenologia ganharam relevância durante o processo de trabalho adotado, lançamos mão dos mesmos e acreditamos ter dado ao nosso estudo uma maior consistência.

Os resultados obtidos com a análise das entrevistas nos apontaram que o conceito de saúde da OMS, ao contrário do que prevíamos, não foi tomado como referência pelo enfermeiro. Já o conceito de doença teve sua formação no modelo médico-hospitalar.

Em relação às atividades do enfermeiro, estas,

segundo o seu relato, voltaram-se ao cuidado da doença, mostrando coerência tanto com seu discurso de doença, quanto com as atividades que a instituição normatizou para o enfermeiro.

Quanto à relação do enfermeiro com o paciente, esta se fez pelo cumprimento das rotinas tanto técnicas como administrativas. As atividades de orientação além de estarem reduzidas eram dirigidas ao atendimento de rotinas médicas. Assim, encontramos coerência entre o relacionamento do enfermeiro com o paciente e o modelo de assistência - modelo médico - adotado pelo enfermeiro.

Pudemos ainda identificar que o enfermeiro via o paciente como um ser passivo a quem cabia seguir as normas hospitalares e os cuidados prescritos pelos profissionais da área, cabendo a ele, enfermeiro, a responsabilidade do cumprimento dessas normas e cuidados.

Nesse sentido entendemos ter mostrado como o enfermeiro adotou o discurso médico-previdenciário ao relatar seu desempenho na assistência.

ABSTRACT

This study was performed seeking to identify and analyze the discourse used by nurses respecting "health" and "sickness", checking at the same time the coherence existing between the meaning of health and the WHO concept of health, and of "sickness" and the social welfare medical model, as well as the coherence between these concepts and the activities developed by nurses. To attain our goal, we employed a theoretical reference - the WHO health concept and the social welfare medical model - as well as interviews with nurses from University Hospitals in a province of Rio Grande do Sul. For the analysis of the interviews, we made use of linguistics - more specifically, Argumentative Semantics and Conversation Analysis. Noticing how a few aspects of phenomenology projected themselves along the adopted working process, we made of them our instrument, believing thus to have given our study greater consistency. Results obtained through interview analysis made clear the WHO health concept, contrary to our expectations, was not used as a reference by nurses. Sickness concept, on the other hand, had its inceptions on the medical-hospital model. Nurses activities, according to their own account, were directed towards sickness care, showing coherence to exist both in their sickness discourse and in the activities dictated for the nurses by the institution. As it

regards nurse relation with the patient, it was performed by attending to routines both technical and administrative. Orientation activities, besides being reduced, were directed towards the performance of medical routines. Therefore, we have found coherence to exist between nurse-patient relationships and the assistance model - the medical model - as adopted by nurses. We could still observe the nurse regarded the patient as a passive individual supposed to conform to both hospital ordinances and care prescribed by the area professionals, being the nurse's responsibility to see such ordinances and care fulfilled. In this sense, we believe to have demonstrated how the nurse has adopted the medical-social welfare discourse when reporting his/her performance within assistance.

SUMÁRIO

RESUMO	1
ABSTRACT	11
I - APRESENTAÇÃO DO TEMA E JUSTIFICATIVA	1
II - HIPÓTESES	7
III - REVISÃO DE LITERATURA	8
3.1. Considerações sobre o Conceito de Saúde da OMS...	8
3.2. Considerações sobre o "Modelo Previdenciário" de Assistência de Saúde e a Enfermagem	23
IV - METODOLOGIA	33
4.1. Tipo de Pesquisa.....	33
4.2. Critérios Adotados.....	34
4.3. Construção de um referencial teórico para análise das entrevistas.....	54
V - OS ENFERMEIROS E AS CONDIÇÕES DE PRODUÇÃO DOS SEUS DISCURSOS.....	70

VI - A PRÁTICA DO ENFERMEIRO ATRAVÉS DOS SEUS DISCURSOS: SIGNIFICADOS ATRIBUÍDOS PELO ENFERMEIRO À SAÚDE, À DOENÇA, AO RELACIONAMENTO PACIENTE/ENFERMEIRO E AO RELACIONAMENTO PACIENTE/HOSPITAL.....	78
VII - RESULTADOS ALCANÇADOS.....	91
VIII - CONCLUSÕES.....	98
IX - CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	107
BIBLIOGRAFIA.....	110
ANEXOS.....	118

I - APRESENTAÇÃO DO TEMA E JUSTIFICATIVA

A escolha da "Questão conceitual de saúde e doença" como tema deste trabalho se deveu à constatação da sua importância para o desenvolvimento da prática de enfermagem. Foi através da disciplina de "Saúde do Adulto II", que tinha por objetivo a aplicação de uma teoria ou marco teórico à prática, onde deveriam constar os conceitos "saúde", "doença", "sociedade", "enfermagem" que nos demos conta da importância desta conceituação, explicitamente entendida¹, para o desenvolvimento consciente de uma ação de enfermagem. A partir deste momento, cremos ter compreendido melhor a enfermagem e a saúde: a insatisfação com a profissão, os desentendimentos nela e dela e a aparente indiferença que exerce a enfermagem na sociedade, no geral e na área da

1-explicita no sentido de não subentendida. "(...) La importancia del problema semántico en la definición de salud es decisiva. En efecto, si desde un comienzo no percibièramos claramente lo que entendemos por este término, a quié entidad real, objetiva corresponde, y qué determinaciones reconocemos en ella, todo nuestro esfuerzo como investigadores de hechos concretos puede quedar perdido o dar solamente menguados resultados por falta de un critério correcto para juzgar los fenómenos que estudiamos. (...) " (Castillo, 1984, p.75)

saúde, especificamente.² Parece-nos faltar a visão, real, concreta do que somos e ao que e quem servimos e também parece nos faltar, como profissionais, a visão do que deveríamos ser e a quem devemos servir.³

Em relação à saúde, o conceito de saúde da OMS, muito citado nas escolas de enfermagem brasileiras, não tem despertado reflexões, pelo menos no sentido de subsidiar uma prática mais comprometida com o significado (o que é "bem estar") expressado. Uma discussão do conceito é desenvolvida aqui com a intenção de aprofundamento e compreensão dos elementos axiológicos compreendidos por esta conceituação.

Em relação à doença, devido à sua multiplicidade de manifestações e ao modelo teórico-prático adotado, não nos é possível referir ao tema sem, de alguma forma, definir as con-

2-Silva (apud), Silva, (1986, p.129) escreve: "A resistência que lhe opõem (a enfermeiros) outros profissionais da equipe de saúde, sobretudo o médico, parece originar-se do desconhecimento ou da pouca importância dada as atribuições de cada membro dentro dessa mesma equipe. A insegurança de muitos enfermeiros, aliada à condição feminina da grande maioria do profissional de enfermagem, em consonância também a uma acomodação e até mesmo a uma certa apatia deste, conseqüentes da pouca receptividade da sua importância na qualificação da assistência a saúde, demonstrada por membros de saúde, sobretudo o médico, por ser o de maior contato com o enfermeiro, têm sido decisivos no retardamento da mudança de atitudes do enfermeiro no campo prático (...). Não é possível ignorar também que a própria filosofia de muitas instituições de saúde tem contribuído para que o enfermeiro mantenha-se numa posição subsidiária quase total, pela limitação ao desenvolvimento criativo do enfermeiro, a uma ênfase dada por estas instituições exclusivamente às atividades médicas, sem oferecerem qualquer estímulo ao desenvolvimento do enfermeiro na equipe de saúde."

3-"(...) mudanças substanciais na profissão de enfermeira e na área de enfermagem passam, necessariamente por transformações no chamado setor que, por sua vez, são inseparáveis de transformações no âmbito mais geral da estrutura sócio-econômico-política da sociedade brasileira, onde o direito à saúde, entre outros, seja realmente respeitado" (Silva, 1986, p.131)

dições de uma doença em particular. Da mesma forma, este conceito tem freqüentemente subestimado outro, o do doente, do cliente, o ser humano que vivencia esta experiência.

Quanto à nossa visão de sociedade, esta é predominantemente distorcida, uma vez que não vincula as condições sociais ao processo saúde-doença.⁴

A enfermagem, e neste sentido toda a categoria da equipe de enfermagem, é a expressão de uma prática extremamente dividida por interesses corporativistas, subjugada a uma profissão,⁵ que produz e reproduz uma prática alienante - enquanto voltada a uma realidade ilusória e hegemônica, enquanto se sobrepõe a outras práticas, contribuindo para determinação e manutenção das desigualdades sociais.

Nos últimos trabalhos publicados percebemos a preocupação com a enfermagem-profissão, com a enfermagem-prática social, no sentido de buscar uma maior autenticidade desta profissão: reconhecendo seu discurso como "produção e reprodução do discurso hegemônico" (Silva, 1986:11) e sua prática como "historicamente determinada, heterogênea, contraditória, voltada primordialmente,

4-Um exemplo dessa visão é a colocação feita por Rhodus (1984, p. 40). "(...) como profissão da área da saúde, a enfermagem é parte de uma sociedade a qual confere-lhe autoridade e autonomia sobre sua prática exigindo em troca, elevado padrão de competência para qualificar a assistência a saúde, estabelecendo-se portanto, um contrato social". Neste, a visão distorcida da autonomia da profissão sob sua prática, bem como a de exigência de qualificação (não ocorre o contrário; cada vez mais pessoas despreparadas assumem o cuidado?) e o contrato social, se existente, não é cumprido.

5- Conforme Silva (1986,p.11) "A expressão enfermagem profissional designa, a categoria das enfermeiras, que são também denominadas profissionais da enfermagem para diferenciar dos ocupacionais da enfermagem, que abrangem atendentes, auxiliares e técnicos de enfermagem. (Grifos do Autor)

de fato, para o cuidado do paciente (cuidado direto e indireto) e, secundariamente, para a prevenção da saúde " (Silva, 1986, p.114).

Através dos significados atribuídos pelos enfermeiros à saúde e à doença pretendemos mostrar a direção da atenção de saúde na enfermagem, caracterizado pelo discurso previdenciário hegemônico.

A necessidade de explicitação dos conceitos da enfermagem relativos à saúde e à doença se deveu, em primeiro lugar, à possibilidade do conceito da OMS não satisfazer aos enfermeiros, e também ao fato de não haver uma conceituação para doença.

Foi partindo dessas constatações, e somando-se às nossas insatisfações e a indagações próprias, ao mesmo tempo que compartilhadas por outros profissionais da enfermagem e decorrentes da situação exposta, que chegamos ao entendimento da importância do estudo.

A enfermagem como categoria e os enfermeiros têm vivido situação de insatisfação na profissão e busca de melhor compreensão da realidade em que atua.

No final da década de 70 e, principalmente, nesta última década percebemos mais intensa esta caminhada através dos Congressos Brasileiros de Enfermagem e de estudos finais de mestrado e doutorado.

Os Congressos Brasileiros de Enfermagem voltam-se para temas tais como: "Situação de Saúde no País: Implicações para a Enfermagem"; "Sistema Nacional de Saúde"; "Estrutura Social"; Prática da Enfermagem e Recursos Humanos; "Previdência Social e a

Enfermagem"; "Serviços Básicos de Saúde; "Papel Social do Enfermeiro"; "Saúde e Educação"; "Relações da Economia e da Saúde"; "Relações do Trabalho e da Saúde"; "Papel Social da Mulher e sua Influência na Saúde"; "Desenvolvimento e Saúde"; "Exercício da Enfermagem nas Instituições de Saúde"; "Diretrizes da Política de Saúde", entre outros.

Nas reflexões feitas em trabalhos finais de mestrado e doutorado, percebemos, também, essa caminhada de busca. Talvez a dissertação de Germano, (1985,p.11) sobre "Educação e Ideologia da Enfermagem no Brasil" seja um dos primeiros que direciona questionamentos para o interior da enfermagem. Com sua pesquisa, a autora procura analisar criticamente a produção científica da Revista Brasileira de Enfermagem, dando ênfase ao "contexto histórico em que surgiu e se desenvolveu o ensino da enfermagem no Brasil". Logo surgiram outros estudos, como por exemplo Rosa (1985), "Reflexões acerca da assistência de enfermagem ao indivíduo como ser social"; Almeida (1986), sobre o "Saber da enfermagem e sua dimensão prática"; Rezende (1986), "Saúde: dialética do pensar e do fazer"; Silva (1986), "Enfermagem Profissional: análise crítica"; Melo (1986), "Divisão social do trabalho e enfermagem"; Alves (1986), "Mercado e condições de trabalho da enfermagem"; Silva (1986) "A prática da enfermagem na Bahia: contribuição ao estudo do trabalho dos profissionais de enfermagem de nível superior"; Nakamae (1987) "Novos caminhos da enfermagem"; Blank (1987) "Contribuição ao estudo da prática de enfermagem".

Percebe-se, então, que o crescente número de investigações científicas pesquisando as mesmas temáticas, tem-se configurado

como um índice revelador de que existe uma consciência entre os profissionais de nível superior da enfermagem, de que o saber e a prática desta área precisam ser reformuladas, em virtude de sua fragmentação face à realidade precária de condições de assistência à saúde da maioria da população para a qual muito pouco sua prática tem contribuído.

Assim, com base nas constatações feitas entendemos que este estudo encontrará relevância para a comunidade científica, na medida em que nos propusemos a analisar e confrontar o conceito de saúde da Organização Mundial de Saúde e as características do modelo de assistência a saúde previdenciário brasileiro com os significados atribuídos por enfermeiros aos conceitos de saúde, doença e as relações entre o enfermeiro o paciente e o hospital imbricadas no discurso sobre a prática dos mesmos.

Na perspectiva de garantir a obtenção de resultados concretos para nossa investigação delimitamos algumas hipóteses sobre possíveis comparações de sentido entre o conceito de saúde da OMS, o modelo de assistência a saúde da Previdência Social e os discursos dos enfermeiros a respeito de tais conceitos, tentando, assim, explicitar através dos discursos dos profissionais de enfermagem, a presença ou não de contradições entre o saber teórico e prático.

II - HIPÓTESES

Os dados colhidos visam a verificação das seguintes hipóteses:

- 1 - Há correspondência entre os significados atribuídos pelo enfermeiro à saúde e o conceito da OMS.
- 2 - Há correspondência entre os significados atribuídos pelo enfermeiro à doença e o modelo médico-hospitalar.
- 3 - As atividades relatadas pelo enfermeiro como de sua prática correspondem ao discurso sobre doença que adota.
- 4 - Há correspondência entre os significados atribuídos pelo enfermeiro à doença e as atividades relatadas e normatizadas pela Instituição.
- 5 - O relacionamento enfermeiro/paciente caracteriza-se pelo cumprimento de técnicas e rotinas administrativas mais que por orientações de educação à saúde.
- 6 - O relacionamento enfermeiro/paciente está vinculado ao modelo de assistência adotado pelo enfermeiro.
- 7 - Não há correspondência entre os significados atribuídos pelo enfermeiro à saúde e as atividades relatadas e normatizadas pela Instituição.
- 8 - Sob a perspectiva do enfermeiro, o relacionamento enfermeiro/paciente caracteriza-se por uma relação de poder, onde o enfermeiro caracteriza-se como dominante.

III - REVISÃO DE LITERATURA

3.1. CONSIDERAÇÕES SOBRE O CONCEITO DE SAÚDE DA OMS

Tomamos o conceito de saúde da OMS como referência teórica para este trabalho pelo espaço que o mesmo ocupa sempre que há necessidade de exposição de um conceito de saúde. Talvez, por este motivo, seja o mesmo referido nas escolas de enfermagem brasileiras e mesmo em trabalhos que tratem sobre o tema.

No entanto, a contribuição trazida pela literatura não nos satisfaz pois, como veremos a seguir, através da interpretação de alguns autores, não nos pareceu ser analisada no seu todo, o que pode resultar numa compreensão parcial da sua proposta.

Gostaríamos de melhor entendê-la para observar se tem influência no modo dos enfermeiros pensarem saúde. Sendo assim, traremos a enunciação de todo o seu texto e após, interpretações de alguns autores.

O conceito de saúde da OMS está contido na sua constituição celebrada em New York, (1946, p.1) a qual declara que "(...) os seguintes princípios são básicos para a felicidade, as relações harmoniosas e a segurança de todos os povos:

A saúde é um estado de completo-bem-estar físico, mental e social, e não somente a ausência de afecções ou doenças.

O gozo do grau máximo de saúde que se pode obter é um dos direitos fundamentais de todo ser humano sem distinção de raça, religião, ideologia política ou condição econômica ou social.

A saúde de todos os povos é uma condição fundamental para obter a paz e a segurança, e depende da mais ampla cooperação das pessoas e dos Estados.

Os resultados alcançados por cada Estado no estímulo e proteção da saúde são valiosos para todos.

A desigualdade nos diversos países, relativa ao estímulo da saúde e controle das doenças, sobretudo as transmissíveis, constitui um perigo comum.

O desenvolvimento saudável da criança é de importância fundamental; a capacidade de viver em harmonia em um mundo que muda constantemente é indispensável para este desenvolvimento.

A extensão a todos os povos dos benefícios dos conhecimentos médicos, psicológicos e afins é essencial para alcançar o mais alto grau de saúde.

Uma opinião pública bem informada e uma cooperação ativa por parte do público são de importância capital para o melhoramento da saúde do povo.

Os governos têm responsabilidade na saúde de seus povos, a qual só pode ser cumprida mediante a adoção de medidas sanitárias e sociais adequadas(...)."

Das observações feitas dentre as bibliografias selecionadas sobre a abordagem da OMS, predominaram as relativas a sua abrangência, subjetividade, dificuldade de operacionalização, indefinição da expressão "bem estar" e também pela mesma não

levar na devida conta as condições de produção material e dos sistemas econômicos diferenciados, bem como os efeitos que apresentam nas divisões sociais de classes, impedindo que algumas detenham as condições mínimas necessárias para cultivar sua saúde, e favorecendo outras que detêm os meios de produção, tal como ocorre nas sociedades de sistema capitalista.

É em relação ao referencial teórico seguido pela OMS que existem maiores divergências, enriquecendo a discussão. Procuramos explicitar estes aspectos através da opinião dos autores a seguir.

Dentre os autores que se manifestam positivamente com relação ao conceito da OMS destacamos Bastos, Alleyne - por sua defesa enfática - e Singer et al.

Para Bastos (1979, p.98) a OMS avança no significado da importância da saúde ao reconhecê-la como direito fundamental. No entanto, também considera ambiciosa a definição por buscar um ideal difícil de ser alcançado e medido, levando à idéia de estarmos todos doentes. Concordamos em parte com o autor, pois consideramos bastante parcial e tendencioso o reconhecimento feito pela OMS à saúde como direito, conforme será desenvolvido mais à frente.

Alleyne (1983, p.315-323), da Divisão de Recursos Humanos e Investigação da QPAS, defende a tese de que o desenvolvimento, que define como "aumento do produto nacional bruto, acompanhado de alguma melhora na qualidade de vida" e a saúde são recíprocos, não podendo haver um sem o outro, bem como sendo o funcionamento social parte da saúde.

Alega que fatores como subemprego, baixos salários, pouco acesso aos serviços de saúde estão diretamente ligados ao desenvolvimento econômico e, portanto, ao desenvolvimento geral das nações. Estes fatores, por sua vez, levariam a uma baixa produtividade causada pela enfermidade, mantendo situações que em alguns países desenvolvidos estão superadas porque seus administradores compreenderam que gastar com saúde é investir. Entende a saúde como fim social, desejável por si mesma, mas vê necessidade em demonstrar seus benefícios pois as decisões são tomadas à nível de Conselhos de Estado. Por fim, crê numa melhoria de saúde quando houver uma maior responsabilidade individual pela própria saúde, ou mesmo pela reformulação da situação de cliente por razões econômicas, pois não concorda com sua perpetuação.

Segundo Singer et al (1981,p.68), a abordagem de saúde pode dar-se de duas formas: através de conceituação sociológica descrevendo o reconhecimento e a determinação da saúde pela sociedade e através do conceito ideal ou meta a ser alcançada. A OMS ao adotar a segunda abordagem teria o mérito de ressaltar o conteúdo positivo da conceituação. Positivo porque é uma tentativa de definir a saúde pelo que possa ser, em comparação com uma norma ou um ótimo de saúde. Outro mérito que atribuem à conceituação da OMS é o de reconhecer que saúde não é resultado somente das necessidades e possibilidades proporcionadas pelo sistema econômico, mas também das necessidades e possibilidades individuais.

Se compararmos as colocações de Singer et al com as de

Alleyne, salta aos olhos o equívoco da interpretação feita pelo primeiro relativa à afirmação de que a OMS não entende a saúde como proporcionada pela economia mas pelas possibilidades e necessidades individuais. Alleyne, que aparece como defensor da proposta da OMS, vem ressaltar justamente as teses negadas e apontadas, por isso, como meritórias por Singer et al, pois para ele, o desenvolvimento econômico ("acompanhado de ⁶ alguma melhora na qualidade de vida") está diretamente vinculado à saúde. Vê a saúde como investimento, como inversão de capital, uma vez que o aplicado hoje (custo) reverterá em benefício (lucro) mais tarde. Assim, saúde associa-se a "efeitos interessantes para o Estado", como maior produtividade, por exemplo. Por outro lado, "as necessidades e possibilidades individuais" também vinculam-se à razões econômicas mais que a uma visão abrangente (além da econômica) de reconhecimento do vínculo entre indivíduo e sociedade, entre biológico e social, entre objetividade e subjetividade, os quais nos parecem parâmetros mais adequados para uma explicação de saúde.

Toney et al (1984, p.150-163) reforçam esta argumentação - de que a OMS tem uma visão funcional sobre saúde - quando estabelecem sua crítica relativa a não explicitação pela OMS da funcionalidade do indivíduo com a sociedade, sua família e seu próprio bem-estar; também pela expressão subjetiva do termo, "bem-estar", que não permite a identificação das variáveis a medir e a possibilidade de saúde e doença coexistirem.

Seguindo nesta mesma linha de análise, por nós entendida como a que se aproxima de uma explicação para a saúde e doença, estando ambas vinculadas à organização da sociedade na qual o sujeito existe, Ferrara et al (1976, p.4-7) acreditam ser o acréscimo das dimensões mental e social à somática, o avanço dado pela OMS na definição de saúde. Mas consideram a relação de saúde com bem-estar tautológica, bem como expressão de enfermidade, uma vez que, para ele, sentir-se bem numa sociedade que oprime significa renunciar à capacidade criativa e aos conflitos da mesma, ou seja, significa adaptação, passividade, domesticação.

Rezende (1986, p.85), ao criticar a conceituação da OMS reforça as idéias de Ferrara et al e acrescenta ser essa uma definição ideal por não se referir a um estado factual e não considerar a condição dinâmica e relativa da saúde.

Castillo (1984, p.71), a classifica como uma definição de caráter convencional, ficando o valor da saúde relegado devido ao nível de abstração e simplicidade com implicação ahistórica e acrítica.

Luz (1984, p.165), reiterando a posição de Castillo, a considera uma definição "poética" devido à subjetividade implícita na definição, de forma que não permite medir a extensão da ausência de saúde na população brasileira ao longo da história.

Garrafa (1981, p.33-34) acredita que os questionamentos feitos ao conceito devem-se ao excesso idealista e à falta de concreção em relação à realidade em sua totalidade. Por

acreditar que o desenvolvimento dos povos proporcionaria abundância que, por sua vez, levaria à estabilidade e igualdade dos sujeitos sociais, a OMS entra em contradição com as estruturas sócio-econômicas de mercado. Para Garrafa (1981, p.34) os "avanços importantes dos sistemas de saúde só poderão ocorrer paralelamente ao ordenamento social geral".

As dificuldades para conceituar saúde, segundo Castillo (1984, p. 73-74) se referem a diversidade de abordagens resumidas nos seguintes pontos: a relação entre saúde e doença; no equilíbrio vital como pressuposto do organismo; na objetividade do conceito, considerando também os aspectos subjetivos; na saúde enquanto adaptação física, biológica e social e, finalmente, na consideração da dimensão biológica e social do indivíduo. Conclui que esta diversidade de abordagens da saúde se deve à falta de uma teoria interpretativa que faça a opção pela compreensão dialética da ciência e da lógica, portanto uma compreensão histórica e crítica.

Por fim, gostaríamos de fazer algumas considerações nossas sobre a proposta de conceito de saúde que a OMS nos faz. Os autores até aqui aludidos preocuparam-se, fundamentalmente, com a enunciação do conceito de saúde propriamente dito e expressado pela mesma. Entretanto, ao analisarmos a proposta como um todo (e por que não dizer, o seu discurso) acreditamos poder retirar outros elementos que ressaltam a complexidade e problematicidade daquele conceito.

Expressa-nos, essa proposta, uma tendência a interpretar a saúde como um valor que contribui para o desenvolvimento,

para o progresso dos povos, a paz e a segurança; uma interpretação que supõe a importância da harmonia para o desenvolvimento e que valoriza os resultados alcançados pelos Estados que fomentam e protegem a saúde, mais do que aprecia o valor da saúde para a pessoa humana, como essencial para a sua existência.

Esse enfoque leva-nos a refletir sobre as pressuposições que teriam proporcionado esta conceituação de saúde. Quando e por que uma organização leva em consideração a saúde, antes de tudo, como princípio de felicidade, relações harmoniosas e segurança dos povos?

Pode-se buscar uma resposta talvez no fato de que é nos países subdesenvolvidos que ocorrem muitas diferenças entre seus cidadãos. Estas diferenças, por sua vez, estão sendo cada vez mais reconhecidas na história das doenças; isto é, as determinações sócio-culturais do processo saúde-doença ficam mais evidentes à medida que aumenta a diferenciação econômica da população, devido ao processo crescente de concentração de renda. Este fenômeno é internacionalmente reconhecido pela relação das doenças transmissíveis com a população de baixa renda e das doenças degenerativas nas de renda mais elevada. O Brasil, por exemplo, conta com fatores sociais condicionantes tanto das doenças infecto-contagiosas - miséria - quanto das doenças degenerativas - afluência (Singer et al, 1981, p.121).

Há em toda a proposta da OMS direcionamento que nos leva a reforçar esta análise. A razão em defender a saúde como um

7- Por exemplo os trabalhos de Laurell (1983) e Castilho (1984)

direito fundamental sem distinção de raça, religião, ideologia política ou condição econômica e social é antes de tudo a paz e a segurança ? Podemos entender que a saúde é importante só na medida em que é útil à segurança, à paz, à felicidade e à harmonia ? Que perigo a OMS acredita trazer a desigualdade na saúde ?

Entendemos, então, que a OMS reconhece essas diferenças, mais que isso, que as identifica como um perigo. Alleyne (1983, p.319), se refere à distância crescente entre países subdesenvolvidos e desenvolvidos e ao esforço para explicar este fenômeno, " em parte por razões humanitárias, em parte por ser uma ameaça grave à saúde mundial". Termina por acrescentar: "(...) Ainda que obviamente a saúde é um dos aspectos do desenvolvimento social que acompanham o desenvolvimento econômico, se espera que as análises de custo e benefícios mostrem que as repercussões positivas de certas intervenções em matéria de saúde são muito valiosas para o desenvolvimento econômico geral (...)" referindo-se a preocupação em determinar "(...) o ponto da equação em que convém intervir ao máximo (...)".

Um outro aspecto que chama a atenção é a referência à informação da opinião pública e à cooperação do público para alcançar saúde e a visão de que a responsabilidade pela saúde seja estatal. Há no primeiro aspecto a contradição entre "opinião" e "informação". Uma opinião é consequência de formação, de educação, de cultura. A informação pode supor apenas uma extensão do conhecimento, mais que sua assimilação crítica. Uma opinião pública bem informada pode ser aquela que,

por exemplo, se automedica porque os meios de comunicação a informam sobre os vários "remédios" existentes para seu "problema", ao passo que uma opinião pública formada sabe que a medicação é "remédio" quando a escolha do mesmo está ligada a "regra dos cinco certos": medicamento certo ao cliente certo, na hora, dose e via certas. Há que se considerar que as informações podem servir para esclarecimento da opinião pública, mas também podem levar à formação de opiniões que, por sua vez, estão vinculadas à racionalidade imprimida pelo sistema capitalista: junto com a informação vende-se o produto e toda a imagem, freqüentemente ilusória, criada pelo mesmo através da publicidade. Há que se considerar, ainda, que no Brasil, especificamente, os Serviços de Saúde estão representando interesses do Estado, das indústrias farmacêuticas e de equipamentos médicos (multinacionais) da saúde e das indústrias nacionais de produção de serviços de saúde. Este é o "tripé da Saúde" no Brasil (Luz, 1986, p.19)

Há, por outro lado, e isto está sendo cada vez mais reconhecido, a importância do conhecimento popular para a ciência. Há estudos recentes ⁸ sobre as ervas popularmente usadas como chás, infusões, compressas, por exemplo, e estes têm demonstrado cada vez mais que junto às crendices estão princípios ativos destes chás que passam a ser sintetizados em laboratórios universitários, principalmente. A realidade precisa da ciência tanto quanto a ciência precisa dela.

No entanto, sendo o Estado que subvenciona a saúde, é ele que determina a prática a ser seguida. Que prática é esta e a

8- Por exemplo, os estudos de Cunha & Sabóia, (1981, p.269 - 279, de Schenkel e Langelich (1985, p. 38-45) e Schenkel et al (1985, p. 65-72)

quem serve é o aspecto que deve ser questionado quando se propõe uma reflexão sobre "saúde" e "doença", levando-se em conta tratarem-se de conceitos complementares por um ajudar na compreensão do outro.

Quando o enfoque estatal ⁹ é extensionista, como na conceituação da OMS, contribui mais para a hegemonia de uma prática do que para rever e adequar a prática a cada povo, resguardando sua sabedoria popular e mesmo valorizando-a para promover e recuperar a saúde. Esse é o sentido que, no nosso entendimento, deveria ser dado à assistência à saúde. No entanto, o que temos é uma tendência cada vez maior a fazer da mesma um mecanismo de controle (e de segurança) de uma população que se sabe diferenciada entre homens e mulheres, jovens e idosos e em classes sociais. Acreditamos ser assim, pelo valor ¹⁰ econômico atribuído à vida humana. Por isso a assistência à saúde é, de alguma forma, uma atividade de controle social. Assim expressa-se Singer et al (1981, p. 12-13) a este respeito:

9- Entendemos por enfoque extensionista aquele que busca aumentar a área de alcance do atendimento mas sem considerar as peculiaridades culturais das populações. Peculiaridades que condicionam suas concepções a respeito de saúde, doença, cuidados com o corpo e com o meio ambiente.

10- Como exemplo podemos citar a obra de San Martín, Hernán. Salud Y Enfermedad, 3 ed. México: Fourmer, 1975, especialmente o capítulo intitulado "O valor socioeconômico de la vida humana, p.697-702.

(...) consideremos que a atividade econômica total do país passa a ser medida por um certo montante de tempo de trabalho socialmente necessário, dispendido durante um certo período, (...) pela população economicamente ativa. Deste tempo de trabalho global, uma parte é dedicada a produção de bens (materiais) e de serviços cujo "efeito útil" consiste na própria atividade (como é o caso do transporte, armazenamento, distribuição, comunicação, serviços pessoais etc.). Outra parte é dedicada aos serviços que poderiam ser chamados de "controle", cuja finalidade é evitar que contradições, seja no plano econômico, social ou mesmo natural, venham a perturbar a produção ou o consumo de bens (materiais e imateriais) dentro da ordem constituída. Tais contradições podem provir do contato com o meio natural (como se originam muitas enfermidades) ou do relacionamento dos homens entre si (que originam choques sociais, transgressão de códigos de conduta, enfermidades mentais). Os serviços de controle atuam sobre essas contradições preventivamente - alterando o meio natural hostil ao homem, ajustando os indivíduos às normas do grupo - ou corretivamente - curando, punindo, reprimindo. Uma função importante dos Serviços de Controle em sociedades organizadas a partir da extensa e complexa divisão social do trabalho é conciliar e compatibilizar as atividades e interesses dos indivíduos enquanto integrantes de unidades de produção e de consumo. Desempenham esta função, entre outros, os serviços financeiros, de fiscalização, (da produção, trabalhista, sanitária etc.), os tribunais e também, em alguma medida, os SS.(11)

Outro aspecto do conceito da OMS, o mais criticado, talvez, diz respeito à abrangência da expressão "estado completo de bem estar". Conforme a ABRASCO esta expressão refere-se a um padrão

12

clássico de conquistas através dos movimentos sociais do direito de cidadania (direitos políticos e sociais) concretizados, ao final da 2a. Guerra Mundial no "Estado de Bem-Estar Social". O mesmo documento afirma não ter sido este, e sim outro o padrão

11- Serviços de Saúde

12- ABRASCO. Pelo Direito Universal à Saúde, contribuição para os debates da VIII Conferência de Saúde, Rio de Janeiro, 1985.

clássico ocorrido no Brasil. Aqui, o Estado pela garantia de uma política social estaria também desenvolvendo, através dessa, um instrumento de controle social, através do seguro social:

Conformou-se uma modalidade de política social na qual a cidadania está vinculada a um modelo de seguro social, sendo portanto, os direitos sociais assegurados de forma diferenciada àquelas frações de trabalhadores inscritos no sistema previdenciário.(13)

A expressão, "estado completo de bem-estar" uma vez que não se refere ao processo brasileiro, que na época, segundo a ABRASCO, decorria "da ausência de uma burguesia revolucionária, apegada ao liberalismo; presença de um Estado forte que viu na política social um instrumento de controle da sociedade, especialmente da classe trabalhadora; movimentos sociais dos trabalhadores insuficiente em força, número e constância",¹⁴ esvazia-se mais ainda de seu conteúdo, uma vez que o Brasil ainda hoje não vive garantias de direitos políticos e sociais, do direito de cidadania plena e universal,¹⁵ portanto, o Estado do

13 - Idem, p.11

14 - Idem. p.10-11

15 - Um exemplo é a discriminação feita pelo Sistema Previdenciário brasileiro a partir da criação dos Institutos de Aposentadoria nas décadas de 20 e 30 que discrimina os trabalhadores rurais e urbanos relativa a Assistência Médica: Conforme Luz (1984, p. 159 e 182) "(...) Este processo, a partir dos modelos econômicos e políticos vigentes, estende-se, com exceção dos trabalhadores rurais, à quase totalidade dos trabalhadores urbanos ligados a indústria e prestação de serviços, do setor privado e do setor público". Ainda, segundo esta autora na década de 70, a população urbana coberta pelo Instituto de Assistência Médica da Previdência Social, é de 70 %. Podemos ainda referenciar a discriminação que a previdência faz entre os seus próprios trabalhadores e os demais, pois para os primeiros mantém a chamada "assistência patronal".

Bem-Estar Social. Cabe, neste sentido, questionar mais uma vez, a adoção do conceito de saúde da OMS, no Brasil ou nos países onde não se aplica a expressão "bem-estar social".

Outro questionamento diz respeito ao tempo de existência desse conceito, às inúmeras críticas a ele formuladas e a sua "permanência" ou "atualidade", afirmando Nakamae (1987: 31) que: "todos os que se lançaram criticamente ao exame da questão de saúde não deixaram de apontar as dificuldades de uma definição satisfatória de saúde. Sendo que a definição da OMS "permaneceu por longo tempo, senão plenamente aceita, ao menos tolerada pela cômoda largueza de sua abrangência".

A não compreensão do conteúdo de uma conceituação, implica a não conceituação, pois, neste caso, o conceito da OMS, na tentativa de ser abrangente, perde conteúdo pela abstração que reflete. Marx apud Nakamae (1987, p.31)

Desta forma, pode-se concluir que não houve conceituação de saúde e surge a perplexidade ante a constatação de que a conceituação "não fez falta", não foi necessária para guiar, desenvolver, nortear a prática.

Esta constatação por sua vez, leva-nos a outra: de não "precisarmos" de um conceito de saúde porque trabalhamos com e para a doença. É a doença o ponto de partida. Não trabalhamos para a saúde e sim porque há doença; é esta que determina a execução da maior parte das atividades "de saúde". Aí a grande contradição: nossos serviços de saúde, na verdade, são serviços à serviço da doença, no sentido de preservação da sobrevivência, ou

a reprodução da força de trabalho.

Torna-se, então, um grande desafio transformar esta prática: de uma prática da doença para uma prática da saúde. Isso requer a mudança na nossa forma de pensar a saúde, pois na realidade atual, quando pensamos estar fazendo para a saúde, na verdade estamos pensando e fazendo para a doença. Isso nos leva também a refletir sobre como pensamos a doença e como dá-se a prática de enfermagem nessas condições.

Sendo assim, torna-se importante levar em conta o sistema previdenciário, grande direcionador da assistência médico-hospitalar, prática dominante nas profissões da saúde.

16 - Afirmam isso Landmann (1982); Silva (1986), Singer et al, (1981), Nakamae (1987), Donnangelo e Pereira (1979), Moriguti (1985). Illich (1975, p. 11-15) vai mais longe em sua afirmação, pois para ele o ato médico é iatrogênico e, portanto, expropriador de saúde.

3.2 - CONSIDERAÇÕES SOBRE O MODELO PREVIDENCIÁRIO DE ASSISTÊNCIA DE SAÚDE E A ENFERMAGEM

A prática de saúde no Brasil é estatizada, dirigindo-se à grande massa da população que por não ter condições econômicas para optar por outra, recorre ao sistema previdenciário. É o sistema previdenciário, através da forma como normatiza e prioriza a assistência à saúde, o direcionador para uma prática médica, hospitalar e curativa, uma prática da doença.

17 - Assim argumenta Silva (1986, p. 83) "No que se refere à assistência médica, uma medicina liberal sofisticadíssima e de alto custo, dirigida a uma minoria de privilegiados, coexiste com a medicina previdenciária e a dos centros de saúde, marcadas ambas pela massificação do atendimento e freqüentemente por sua precariedade".

18 - Silva (1986); Luz (1986); Nakamae (1987); Singer et alii (1981), Landmann (1982).

19 - Luz (1986 p. 13) assim refere-se sobre esta prática: "(...) As instituições estatais de saúde, instituições médicas, portadoras de um discurso tecno-científico e praticando este discurso - saber sob forma de intervenção maciça e organizada na vida de diversos setores da população, tornam-se as agências políticas de contenção e controle da doença coletiva" (...).

Para ilustrar tal afirmação trazemos alguns autores que concebem a medicina como responsável pelo cuidado da doença. Tentamos ainda demonstrar que a doença, além da raiz biológica individual, está profundamente ligada a uma raiz social, coletiva; e ainda tentamos mostrar a razão do sistema previdenciário enfatizar a doença e não a saúde, como era de esperarmos.

Garcia faz uma pequena revisão do conceito de medicina e Depuy, Blank, Luz e Garrafa também entendem ser, neste contexto, o objeto da medicina a doença, bem como serem as instituições médicas as executoras de um saber|direcionador do modelo de assistência encontrado nestas instituições: o modelo médico.

Segundo Garcia (1983, p.97-109), o conceito de medicina, para a Real Academia Espanhola, é a arte de prevenir e curar doenças do corpo humano; para Lain|Entralgo, (...) a prática médica é definida " (...) como a arte de ajudar a cura de um homem doente"; para Parsons, ' a prática médica orienta-se para superar as alterações da saúde do indivíduo, vale dizer, a doença'.

Depuy (1980, p. 51), após definir doença na forma como a entendem o doente e o médico (" acidente que perturba a funcionamento vital") acrescenta: "(...) É essa representação do mal que representa o acordo entre o médico e o paciente, e que permite a relação entre eles (...)".

Outros autores reconhecem na doença o objeto da medicina mas salientam a dimensão social tanto da doença quanto da medicina:

Blank (1985, p.18) assim se refere a este assunto: "(...)"

Enquanto o paciente deseja voltar a ser o que era antes do sofrimento independentemente das situações determinantes do seu sofrimento, e somente isso lhe interessa, o médico procura nas sensações do paciente fatos que se pretendam objetivos de modo que possam, em seu conjunto específico, corresponderem a um nome inserido em uma série classificatória e, por isso, abstrata". Mais à frente, destaca "(...) para a medicina, porém, o sofrimento só faz sentido enquanto perturbação orgânica, DESLOCANDO SEU OBJETO PARA O CORPO INDIVIDUAL, o que é uma maneira de buscar a pretendida objetivação e a despolitização do sofrimento. Neste sentido, o sofrimento passa a ser DOENÇA, que não é uma sensação, mas um fato, um estado de desequilíbrio de forma e função, um distúrbio orgânico tão objetivo que pode passar despercebido das sensações. Uma construção teórica que dirige e fundamenta o pensamento médico na medida em que se constitui um MODELO que deve encontrar correspondência nos corpos ditos sofredores. Modelo enquanto abstração do real e não como uma transformação prática do real (...). (As palavras em maiúsculas são grifos do autor)

Ainda Luz (1984, p. 157), argumenta que "(...) A tendência à identificação das condições de saúde com presença/ausência relativa de doença na população vêm sendo, historicamente, no Brasil como nas demais formações sociais capitalistas, a forma concreta de não se questionar o problema das condições globais de vida nestas formações. (...) As instituições que se encarregam da saúde coletiva - doenças da população - tenderão a ser progressivamente públicas, estatais. Mais especificamente tenderão a ser Instituições Médicas da Saúde Pública".

Garrafa (1983, p.34) refere-se da seguinte forma a este processo: "(...) Assim como a saúde vem sendo vista de maneira abstrata e idealista, as doenças também tem recebido abordagens estáticas por parte da maioria dos organismos e técnicos com responsabilidade no setor. A análise das doenças é apresentada de forma imóvel, estabelecida de acordo com o sentido ortodoxo do saber e da práxis médica atualmente vigentes (...)"

Compartilhamos das afirmações feitas por estes autores, pois ao reconhecermos a direção da assistência à saúde para a doença, prática que reconhecemos como dominante, também somos levados a entender a racionalidade daquelas afirmações. Entendemos a saúde e a doença como manifestações da existência dos indivíduos. Ou seja, a maneira como os indivíduos se relacionam para garantir a sua sobrevivência determinará, entre outras, sua condição de saúde e doença.

É através do trabalho - forma do indivíduo garantir sua existência - que chegamos à inserção do indivíduo na sociedade. Através do trabalho, o indivíduo garante não só sua sobrevivência, mas a de uma coletividade. Assim, entendemos haver duas dimensões a serem consideradas. Uma é individual, que comporta os aspectos psico-biológicos como hábitos, maneira de viver, trabalho, espaço social, meio físico. Outra é a dimensão coletiva que é própria da organização da sociedade. No caso da sociedade capitalista, a mesma é pautada pela relação do homem (trabalhador) com o capital (empregador) para a produção de mais valia (lucro). O critério custo/benefício vem justamente atender essa relação: investir na não-doença implica em um

complexo de relações das empresas de saúde²⁰ com o trabalhador que levam a resultados compensadores com um menor custo (não-doença) e uma maior produção (mais trabalhadores não-doentes trabalhando).

Portanto, é no modo de organização da sociedade que se dá o entendimento de saúde e de doença. Castillo (1984, p. 13-24) vem esclarecer esta afirmação quando relaciona as práticas de saúde ao modo de organização da sociedade, de tal forma que, na sociedade capitalista, saúde é sinônimo de preservação da força de trabalho - para manipular o maquinário cada vez mais complexo, sendo caro para a sociedade e para a classe dirigente tal tipo de trabalhador -, de preservação da subsistência da classe dirigente; e de ordem social - onde a saúde atua como moderador²¹ da atitude destrutiva na sociedade capitalista.

Portanto saúde e doença são decorrentes da expressão individual - considerando-se as disfunções psico-orgânicas - mas também expressão coletiva - que são manifestadas em crenças e valores de saúde - enquanto decorrentes do modo de organização da sociedade.

Face a esta manifestação coletiva, a saúde é resultante da política de saúde dos governos, através das suas políticas sociais que, por sua vez, podem ou não fomentá-la e protegê-la.

É nesse sentido que a OMS a reconhece como um perigo comum e também decorrente da vontade política dos governos.²² Como se vê, o direcionamento dado pelo sistema previdenciário à doença

20 - Madel Luz op. cit. p. 17

21 - É nesse sentido que Singer et al denominam os serviços de saúde de serviços de controle social.

22 - ver conceito da OMS op. cit p. 9

tem a sua origem nas próprias relações sociais que se estabelecem quando o principal critério para uma tomada de decisão seja a relação "custo/benefício" e essa implica em manter o setor produtivo da sociedade. Mantendo-se a produção, há que se optar por quem produz e, de preferência, pelo máximo possível de produção. Isto implica em haver o máximo de disponibilidade do trabalhador para o trabalho, para isso, há que se assegurar limiar de saúde suficientemente eficiente para o colocar no estado de "não-doente". Acreditamos ser esta a racionalidade do modelo médico vigente, plenamente aceita pelo sistema previdenciário que, ao adotá-la como modelo, facilita a execução de uma prática que por estar objetivamente direcionada, como colocado por Blank,²³ é a negação da subjetividade aí também existente.

E a enfermagem, como presta o cuidado de saúde? Entendemos ser uma profissão para-médica e, portanto, submissa ao modelo médico cuja maior expressão no mercado de trabalho é o hospital. Sendo assim, a enfermagem também estaria voltada, prioritária-²⁴mente, para a doença.

23 - Blank, op cit 24

24 - Silva, (1986, p.114) ao desfeticizar o conceito de enfermagem, caracteriza-a como uma "prática social, historicamente determinada, heterogênea, contraditória, voltada de fato para o cuidado do paciente (cuidado direto e indireto) e, secundariamente para a prevenção da saúde" Ehreich & English apud Silva (1986, p. 135) manifestaram (...) "Nesse modo de produção (capitalista) a referida prática social apresenta-se intimamente ligada à medicina e dela dependente, em consequência de uma maior divisão técnica e social do trabalho, onde os procedimentos ligados à cura separam-se inexoravelmente dos que se vinculam ao cuidado do paciente e ambos a concentrar-se, por excelência, na instituição hospitalar".

Por outro lado, há um movimento que, buscando desenvolver um corpo de conhecimentos próprios, através das teorias de enfermagem, acredita poder a enfermagem conquistar sua autonomia.²⁵ Saber se essas teorias, voltam-se para a saúde ou para a doença é aspecto fundamental para a enfermagem, uma vez que como o objeto da medicina institucional é a doença, a enfermagem ao adotar o mesmo, trabalhará sob orientação dela.

Mais que isso a enfermagem cada vez mais se desvincula da importância social da sua profissão. A crise que a profissão vem sofrendo pode ser decorrente dessa situação de identidade. A formação do enfermeiro ainda está voltada predominantemente para a área hospitalar e curativa enquanto há uma carência de profissionais na área preventiva. Nosso modelo econômico tem

25 - Como exemplo, citamos o estudo Angerami, Emília S. & Boeimer, Magali (1984, p. 249 - 269) que diz na sua introdução: (...) "As teorias contribuem para as bases científicas da profissão e, numa disciplina prática como é o caso da enfermagem, é a teoria que influirá na prática profissional (...)" mais à frente, Hardy apud Angerami, Boeimer (1984), assinala que a "(...) enfermagem tem investido tempo e esforços consideráveis no desenvolvimento de teorias, modelos e marcos conceituais visando direcionar a prática profissional e estabelecer as bases do seu conhecimento". Também há o estudo de Neves, Eloita & Trentini, Mercedes (1987) em que a diretora da divisão de enfermagem do Hospital Universitário da UFSC, assim refere sobre a experiência de teoria na prática por enfermeiros daquela instituição: "(...) Falta em alguns enfermeiros capacidade de discernir sobre quais atividades são específicas da enfermagem, quais são as da medicina, e quais as de ambos. Alguns enfermeiros tendem a ser subsidiários do trabalho médico, parecendo ser este o fato que torna difícil praticar enfermagem segundo um modelo que não seja médico. Portanto, há necessidade de se formar enfermeiros que pensem e pratiquem enfermagem e não medicina. Para isso precisamos incentivar os enfermeiros a usar modelos de enfermagem (...)"

direcionado para essa área a assistência pelas razões já colocadas e, por sua vez, os profissionais não tem buscado a reversão desse quadro. Poucos são os cursos de enfermagem que buscam uma reforma curricular levando em conta as necessidades sociais e quando o fazem as dificuldades são inúmeras devido ao processo de inculcação desse modelo. A busca de um objeto de trabalho mais coerente com as necessidades de saúde tem sido a tônica de algumas reflexões que abordaremos.

Silva (1987, p. 28) ao analisar a questão "objeto de trabalho" relativo a Prática de Enfermagem/Processo de Trabalho, entende ser o objeto de trabalho da medicina e por extensão o da enfermagem, o indivíduo, o ser humano, na verdade, o corpo. O corpo, por ter um valor social, é histórico pois este valor corresponde ao valor atribuído ao homem-corpo no espaço/tempo em que vive. Gonçalves apud Silva (1987, p. 29) amplia esta visão para a classe social, pois "o corpo que a medicina toma como objeto é determinado socialmente, sendo esta concepção essencial para o entendimento da própria forma como a prática médica se estrutura na sociedade de classes. Conclui ser o objeto da enfermagem, por extensão, as classes sociais, e que este objeto, "face as redefinições internas ocorridas ao nível da prática de enfermagem", diversifica-se em funções assistenciais, educativas e gerenciais.

Contudo, quer o enfermeiro exerça atividades assistenciais, gerenciais ou educativas, todas elas voltam-se a oferecer condições, a desenvolver, aprimorar e proporcionar o cuidado de enfermagem, dirigido ao homem, ou ao corpo do homem determinado

socialmente - uma vez que é parte de uma classe social - mas, prioritariamente, à doença desenvolvida por este homem, face às suas condições de existência que estão, por sua vez, diretamente vinculadas à classe social da qual faz parte. Portanto, entendemos a determinação social como diretamente vinculada à contradição do sistema capitalista que ao explorar a mão-de-obra para obter a mais-valia, colabora na expropriação da saúde já debilitada pelas condições de existência deste homem-corpo-classe social e, portanto, com uma tendência à doença e não à saúde. Essa contradição, é tentativa do sistema de saúde remediar e controlar, e para isso, atende prioritariamente à doença.

Assim sendo, a prática da enfermagem, por estar ligada a uma política de saúde e a um sistema de saúde, não é autônoma. No entanto, a enfermagem, ao questionar esta prática ditada por esta política e organizada pelo sistema e ao participar do movimento para sua transformação, pode conquistar seu espaço na sociedade,

26-Luz (1981, p. 166) refere-se a esta questão da seguinte forma: (...) a Saúde com S maiúsculo, setor do Estado que deve se encarregar da doença da população (ou setores dela) tem sido marcada na sociedade brasileira, como nas demais formações capitalistas, por esta ambigüidade profunda: ser por um lado repositora (ou substituta) de algo que a própria estrutura social subtrai, por outro lado ser projeto de medicalização que nunca se entende como quereria, como deveria, para suprir - medicamente - a carência de saúde da população. Ser, portanto, doença relativa. Assim, o Ministério da Saúde tem sido, historicamente, Ministério da Doença e os órgãos de Atenção Médica, paulatinamente centrais, progressivamente concentrados e hegemônicos na estratégia de saúde do Estado, têm sido, historicamente, nada além de ortopedia social (...)" (Grifados do Autor)

27 - Vieira, apud Oliveira (1979, p.9) "diz que (...) as práticas de saúde e as formas tomadas por sua organização não correspondem apenas a condicionantes internos a elas mesmas, mas, sobretudo, a determinantes que originados na estrutura social delimitam os espaços e os papéis a serem assumidos pelo sistema de saúde, num dado momento, numa formação social concreta."

uma vez que entendemos saúde não como mero resultado da prática médica mas como algo condicionado a um trabalho de equipe, e respaldado numa vontade política voltada ao reconhecimento dos direitos civis, políticos e sociais.

IV - METODOLOGIA

4.1. Tipo de Pesquisa:

Para atingir os objetivos traçados realizamos uma pesquisa teórico-empírica onde buscamos a compreensão dos enfermeiros sobre a saúde, a doença e o relacionamento do enfermeiro com o paciente.

Para tal, optamos por uma entrevista aberta pois sentimos dificuldade em construir um instrumento de coleta de dados que contemplasse todas as possíveis respostas dadas pelos enfermeiros. Nossa intenção foi sempre de garantir a representação de todas as respostas.

Nesse sentido, nosso estudo contemplou alguns aspectos da Fenomenologia²⁸ e da Semântica²⁹. Tais aspectos podem ser evidenciados na escolha do objeto de nosso estudo pois ao pretender estabelecer o que é a saúde e a doença para o enfermeiro buscamos o sentido geral desses conceitos, o que os

28 - Conforme Dartigues, André. O que é Fenomenologia, Rio de Janeiro: Tijuca, 1973. p. 71-89

29 - Mais especificamente a Semântica Argumentativa conforme Ducrot Oswald. Princípios da semântica linguística: dizer e não dizer São Paulo: Cultrix, 1972.

caracteriza. Em última instância estamos em busca da sua essência. Também admitimos a percepção dos enfermeiros em vez de partirmos de conceitos pré-estabelecidos. Na verdade, procuramos mostrar como conceitos pré-estabelecidos podem ter pouca influência sobre a prática das pessoas; nesse caso, o conceito de saúde da OMS e as atividades relatadas pelos enfermeiros como suas. A Fenomenologia forneceu sustentação teórica ao processo de trabalho adotado, enquanto que a Semântica veio enriquecer a transcrição e a análise das entrevistas garantindo a representação de mais dados para análise. Se fôssemos levar em conta apenas as respostas, sem a situação de enunciação, poderíamos, facilmente, fazer uma interpretação equivocada dos dados.

Estes aspectos poderão ser melhor apreciados nos "critérios adotados" e também no marco teórico construído para análise das entrevistas, aspectos que serão apresentados a seguir.

4.2. Critérios Adotados:

4.2.1. na escolha do local da pesquisa :

A escolha do local da pesquisa esteve vinculada aos seguintes critérios:

- ser hospital universitário, portanto um hospital-referência, com atendimento de enfermagem ambulatorial;

-servir de campo de estágio a alunos de enfermagem e medicina.

Avaliamos estas escolhas pelas supostas melhores condições, tanto de pessoal quanto de serviços oferecidos pelo hospital universitário, que além de receber a influência das escolas de enfermagem e medicina, possibilita a participação destas na organização e implementação da assistência prestada.

A escolha da área geográfica referente ao estado do RS se deveu a necessidade de circunscrição da área a ser pesquisada e de ser esta área de especial interesse da pesquisadora devido a sua vinculação com a Universidade Federal de Santa Maria e com à prática de enfermagem neste estado, bem como facilitar a continuidade da pesquisa. Também podemos referir o fato do ensino "universitário" de enfermagem na região sul ter despontado no RS e a representatividades dos Hospitais Universitários que estão em maior número neste estado. De acordo com o relatório da ABEM (Associação Brasileira de Educação Médica), dos quatro hospitais próprios do MEC na Região Sul, um está no Paraná, outro em Santa Catarina e dois no Rio Grande do Sul. O mesmo ocorre com os demais Hospitais Universitários: dos três existentes, um está no Paraná e os dois restantes no Rio Grande do Sul.

De acordo com estes critérios ficaram estabelecidos os seguintes locais de pesquisa:

- . Hospital de Clínicas de Porto Alegre
Universidade Federal do Rio Grande do Sul
- . Hospital Universitário de Santa Maria
Universidade Federal de Santa Maria

. Hospital Universitário

Universidade Católica de Pelotas

. Hospital São Lucas

Pontífica Universidade Católica do Rio Grande
do Sul

Os dois primeiros são hospitais próprios do MEC, segundo publicação da ABEM (1986, p. 07 a 13).

Enviamos às chefias de enfermagem dessas instituições, ofício de apresentação, dizendo dos nossos objetivos e dos dados necessários para escolha da amostra.

Dos quatro hospitais, o primeiro contactado, mandando listagem dos enfermeiros foi chamado hospital "A" o segundo hospital foi chamado hospital "B" e o terceiro de hospital "C".

A amostra, contudo, concretizou-se em três hospitais em vez de quatro. O contato inicial foi mantido em outubro/88 com todos os hospitais e somente um estabeleceu a exigência de submeter o projeto de pesquisa à apreciação de sua Comissão Científica. Fizemos um resumo do mesmo e o remetemos em 06/03/89. Aguardamos resposta até o início do trabalho de transcrição das entrevistas (início de junho) quando demos por findo o período destinado a coleta de dados. Sendo assim, não foi possível coletar dados do referido hospital.

4.2.2. na escolha dos sujeitos:

A população da pesquisa foi constituída a partir da observância dos critérios abaixo mencionados, sem, no entanto, desconsiderar a liberdade do enfermeiro em aceitar ou não participar como sujeito.

Procurou-se destacar, na inclusão, os enfermeiros com 5 ou mais anos de serviço, com cursos nas áreas de Saúde Pública, Saúde Coletiva, Saúde Comunitária e Enfermagem do trabalho e os enfermeiros do sexo masculino uma vez que, teoricamente, nem todos os hospitais contam com representantes dessa categoria.

Justificamos estes critérios devido ao tempo necessário para que o enfermeiro estabeleça vínculo entre seu discurso e o da instituição, a possibilidade dos enfermeiros terem seus discursos modificados em função da abordagem geralmente mais politizante - relação indivíduo/coletividade - desses cursos e também pela possível diferenciação entre o discurso masculino e feminino uma vez que o sexo masculino constitui minoria na profissão.

O tamanho da amostra correspondeu a 18 enfermeiros. Consideramos este número suficiente para a obtenção dos dados pretendidos devido ao conteúdo buscado nas entrevistas, a abordagem das mesmas, os critérios de inclusão dos indivíduos na amostra e, por fim, ao tratamento de análise utilizado para a obtenção dos significados.

O processo de inclusão dos enfermeiros no estudo

foi aleatório, observados os critérios definidos e a ordem numérica da tabela de números aleatórios.

Além do número previsto foram selecionados mais 06 enfermeiros de cada hospital com o objetivo de dinamizar o processo em casos de férias, licenças e recusa em participar da amostra, pois enfatizamos para o enfermeiro a importância da sua disponibilidade para um aproveitamento mais adequado da entrevista.
30

No hospital "A" três enfermeiros satisfizeram os critérios de curso e sexo da amostra, mas somente um participou do estudo. Os outros recusaram-se. Foram selecionados 14 enfermeiros, mas limitamos o número a oito prevendo-se não ser possível a coleta dos dados em um hospital em função da demora nos trâmites burocráticos que exigia.

O hospital "B" contava com três enfermeiros com 5 anos ou mais de hospital, não havendo satisfação dos critérios de curso e sexo.

No terceiro hospital "C", foram selecionados 11 enfermeiros conforme critérios - 4 atendendo ao critério de curso e sexo e os demais somente ao de tempo de serviço. No entanto, apesar de termos limitado o número de entrevistas a oito, foram realizadas sete devido a dificuldade em marcá-las.

30 - Uma proposta que em muito veio ao encontro do modo de condução dessa pesquisa encontramos no método inspirado na Fenomenologia de Kruger, Dreyer. An Introduction to Phenomenological Psychology. Pittsburg: Duquesne University Press, p. 113-202, 1981. Na seleção dos sujeitos para o estudo, por exemplo, leva em consideração a disposição desses sujeitos em participar e discutir sobre o problema, bem como a necessidade dos mesmos fazerem parte de uma mesma comunidade linguística com conhecimento mais ou menos homogêneos, a fim de evitar interpretações dúbias ou muito distantes.

4.2.3. na coleta dos dados:

A coleta de dados foi feita sob a forma de entrevistas, constou de um roteiro (ver cópia em "anexos") que em uma primeira parte direcionava a explicitação pelo enfermeiro do seu entendimento de saúde e doença e também a exemplificação de atividades de enfermagem que o mesmo entendia referem-se mais à saúde e à doença. Esta parte foi gravada e após transcrita.

Na segunda parte, pedimos ao enfermeiro que resumisse seu pensamento sobre saúde e doença em cerca de 06 linhas e, se possível, em linguagem telegráfica. Com isso buscavamos ter à mão, na hora da análise, as palavras chaves para o entendimento do texto, principalmente pela dificuldade que já sabíamos encontrar.

Ressalvamos que também consideramos como fonte de dados as respectivas filosofias dos serviços, fornecidas por 02 hospitais - um não forneceu por não a ter escrita - e também as situações em que se deram as entrevistas, já que nos empenhamos em registrá-las logo após as mesmas. Este procedimento, juntamente com as atividades que o serviço de enfermagem atribuiu como próprias do enfermeiro e a observação das atividades de enfermagem sempre que permitido pelo serviço e pelo enfermeiro se constituíram em fonte complementar de dados.

Estudo Piloto:

Para a testagem do roteiro das entrevistas escolhemos, dentro dos critérios previstos, 03 enfermeiros de um hospital universitário estranho à amostra.

Principalmente com a primeira entrevista sentimos mais dificuldades, pois também estávamos ansiosos e inseguros acerca de como conduzir a mesma de forma a colocar o enfermeiro à vontade para pensar e explicar, dando-lhe tempo suficiente e, por outro lado, não deixando o assunto passar a plano secundário. Para o melhor andamento da entrevista, resolvemos intervir quando o enfermeiro solicitava, ou mesmo para colocá-lo mais à vontade para falar.

Devemos ressaltar que como as entrevistas foram gravadas antecipavam-se interferências maiores na qualidade dos dados devido por exemplo, às possíveis hipóteses levantadas pelo enfermeiro quanto à possibilidade de que o que ele dissesse viesse interferir em sua situação futura; na diferente posição ocupada pelo entrevistador e entrevistado - um da área considerada mais teórica e outro de área considerada mais prática -; na possível quebra de espontaneidade e no conhecimento necessário para falar do assunto. (HAGUETTE, 1987, p. 76-79).

Para diminuir essas possíveis interferências trabalhamos com uma linguagem lúdica, ou seja, uma linguagem aberta conforme CITELLI (1988, p. 38):

"Consideramos que esta seria a forma mais aberta e democrática do discurso. Residiria aqui um menor grau de persuasão, tendendo, em alguns casos, ao quase desaparecimento do imperativo e da verdade única e acabada. Lúdico significa jogo. Seria pois, um tipo discursivo marcado pelo jogo de interlocuções. Vale dizer, o movimento dialógico eu-tu-eu se dinamiza e passa a conviver com signos mais abertos: há menos verdade de um, logo, menos desejo de convencer. Nesse caso o signo ganha uma dimensão múltipla, plural, de forte polissemia: os sentidos se estilhaçam, expondo a riqueza de novos sentidos. Os signos se abrem e revelam a poesia da descoberta; a aventura dos significados passa a ter o sabor do encontro com outros significados".

Assim procuramos proceder com as duas outras entrevistas-teste e interpretamos uma maior qualidade das mesmas.

Um ponto importante na coleta de dados foi a sua transcrição. Como, através da Semântica, adquirimos o entendimento de que a linguagem está estreitamente relacionada com o contexto que também a suscita, é de extrema importância para que o pesquisador faça uma leitura adequada da entrevista, que se assegure na transcrição marcas desse contexto, tais como pausas, falas simultâneas, sobreposições de vozes e ênfases. Para tal MARCUSCHI (1986), nos serviu de referencial.

Outros aspectos também mereceram nossa atenção por entendermos melhorar a qualidade dos dados coletados:

Os sujeitos que manifestassem seu interesse em participar do estudo eram orientados a deixar de lado idéias pré concebidas ou previamente conhecidas de saúde e doença e tentar

avaliar estes conceitos baseando-se em sua experiência pessoal e profissional.

Buscamos o estabelecimento de uma relação de confiança entre nós e o entrevistado de forma a proporcionar uma maior espontaneidade nas respostas.

.Procuramos marcar antecipadamente as entrevistas e deixamos a cargo do enfermeiro a escolha do local e hora da mesma. Com isso pensamos em garantir sua disponibilidade.

.Apesar de termos previsto limite de tempo para a entrevista voltamos atrás e resolvemos que este seria determinado pelo enfermeiro. Quando ele se sentiu satisfeito quanto ao conteúdo das respostas, terminamos. As entrevistas duraram de 25 a 60 minutos.

.Também mantivemos a entrevista sem identificação e deixamos que os dados fluíssem no decorrer da mesma. Assim, o roteiro era cumprido, mas de forma desordenada, dependendo, seu cumprimento, da ordenação dada pelo enfermeiro. A gravação das entrevistas nos permitiu ter, sempre que necessário, acesso à enunciação para possíveis dúvidas e também aumentar a possibilidade de obtenção de dados fidedignos.

31 - Kruger (1981, p.125) Ressalta a relação que deve ser estabelecida entre entrevistador e entrevistado com a finalidade de estabelecer-se entre ambos uma situação de confiança, em que o sujeito não se sinta ameaçado e esteja disponível em relação ao tempo. Quando a forma de coleta dos dados, sugere entrevistas abertas, de preferência sem identificação para facilitar a expressão de sentimentos verdadeiros. A qualidade dos dados pode ser garantida pela espontaneidade do entrevistado, pelo tamanho da amostra - por facilitar a repetição de dados essenciais - e pela gravação das entrevistas que, segundo o autor, aproxima o sujeito tão perto quanto possível da sua experiência vivida.

4.2.4. na escolha das entrevistas:

Alguns aspectos evidenciaram-se no decorrer do processo da pesquisa, nos quais observamos diferenças entre as entrevistas que nos fizeram refletir sobre o peso e valor de umas sobre as demais. Estes aspectos dizem respeito: 1) a representatividade dos temas de interesse na entrevista; 2) ao local e forma de executar as atividades práticas interferindo no conteúdo da relação enfermeiro/ paciente; 3) à disponibilidade do entrevistado em dar as informações.

O primeiro aspecto diz respeito a entrevista 3A. Quando partimos para a análise da mesma observamos que a maior parte das unidades de sentido não diziam respeito aos temas buscados: das 73 unidades 28 apenas diziam respeito a saúde (7), doença (9), relacionamento enfermeiro/paciente (6), relacionamento paciente/hospital (6). Os demais: atividades (10), e visão da realidade (35) somaram grande maioria, ou 61,65% dos enunciados. Entendemos que a representatividade dos temas não se expressa somente em termos percentuais, no entanto, chamou-nos a atenção a disparidade desse percentual em relação ao das demais entrevistas.

32 - chamada por Kruger de "unidade natural de significação" Para melhor compreensão do termo olhar a segunda sub-fase do modelo construído para análise das entrevistas, p. 66 deste estudo.

33 - As demais entrevistas apresentaram um percentual mínimo de 40,63% dos temas na entrevista 4A e um máximo de 33% na BA. As demais foram: 1A(56,38%), 2A(51,09%), 5A(52,17%), 7A(59,62%), 1B(50,77%), 2B (66,04%), 1C(70,21%), 2C(57,89%), 3C(61,29%), 5C(58,82%), 6C(61,82%) e 7C(61,36%).

Pensamos qual seria o motivo de tão baixa representatividade dos temas. Talvez não tenhamos sido, neste caso, suficientemente hábeis na condução da entrevista; ou o enfermeiro não tenha compreendido bem o motivo da pesquisa ou mesmo os questionamentos feitos. Também podem ter-se utilizado deste procedimento para descaracterizar a entrevista, uma vez que mostrou-se, no primeiro contato, "parcialmente disponível". Nesse sentido resolvemos garantir uma percentagem mínima de representação dos temas de 40%.

O segundo aspecto diz respeito às entrevistas 6A e 4C. A entrevista 6A é de um enfermeiro que teve toda sua experiência profissional no Serviço de Controle de Infecção Hospitalar. Seu contato com o paciente, como o mesmo declara na entrevista, é esporádico e casual, estritamente ligado ao seu serviço que caracteriza-se mais pelo trabalho com a equipe em forma de treinamento e orientações do que com o paciente. Entendemos que isso vem prejudicar o item "relacionamento enfermeiro/paciente" e também diferencia de forma determinante a prática desse profissional em relação a dos demais. Por esse motivo tomamos a decisão de retirá-lo do estudo, à coloca-lo em igualdade com os demais.

Quanto à entrevista 4C, o enfermeiro que a forneceu, trabalha em hospital psiquiátrico - neste caso, parte do hospital universitário. Levando em conta sua enunciação dos temas, entendemos ser sua prática, ou melhor, a prática do enfermeiro no hospital psiquiátrico bem diferenciada das demais. Desde a rotina hospitalar, ao preparo, formação e atividades dos

enfermeiros, estão bem diferenciadas em relação a prática e um hospital clínico. O próprio entrevistado confirmou que a prática da enfermagem do hospital clínico é completamente diferente se comparado com a de um hospital psiquiátrico. Em função disso, achamos que todos os itens estariam prejudicados, mais especialmente o item "atividades". Nesse sentido estaríamos fazendo uma avaliação tendenciosa ao colocar tal entrevista junto às demais.

O terceiro aspecto diz respeito a entrevista 3B que foi retirada do estudo em função da receptividade e disponibilidade do enfermeiro à entrevista. Como enfatizamos anteriormente, é de extrema importância que o enfermeiro aceite dar entrevista, mais que isso, que ele esteja disposto a expor-se de forma lúdica não se deixando intimidar por idéias pré-concebidas, ou mesmo, pela presença do entrevistador. Especialmente nessa entrevista, sentimos, ao marcarmos a mesma, a não receptividade do entrevistado. Mesmo assim, resolvemos dar prosseguimento à coleta dos dados no dia posterior, pois não houve manifestação explícita em não participar do estudo e, em outras ocasiões, durante o processo de enunciação, o enfermeiro acabava por relaxar e participar ativamente. Porém, este não foi o caso. O enfermeiro, durante todo o processo de enunciação, adotou um comportamento arredo, fechado, respondendo com evasivas e fazendo poucos comentários, chegando a dar-nos a impressão, em algumas ocasiões, de certa hostilidade. Em função disso entendemos ser esta entrevista de difícil confiabilidade, o que nos levou a retirá-la do estudo.

4.2.5. na verificação das hipóteses:

As hipóteses do estudo têm por objetivo demonstrar como o conceito da OMS, mesmo que usado pelos enfermeiros para falar de saúde, tem pouco a ver com sua prática, pois o que a direciona é o modelo "médico-hospitalar institucionalizado", um modelo direcionador para a prática curativa, que limita seu objeto à doença. Uma forma de demonstrarmos este direcionamento é através da explicitação de como se dá o relacionamento do enfermeiro com o paciente. Pensamos que o enfermeiro direciona seu relacionamento ao cumprimento de atividades técnicas e administrativas e não ao atendimento do ser humano integral, como muitas vezes ele até ressalta como importante.

Por fim, a última hipótese quer mostrar que esta relação é característica de uma relação de poder e como, pelo próprio modelo que adota, o enfermeiro se caracteriza como autoritário exercendo sobre o paciente um poder de dominação.

Para chegarmos à comprovação das hipóteses perseguimos a análise qualitativa, ou a análise dos valores semânticos atribuídos pelos enfermeiros aos tópicos abordados, conforme Ducrot (1972). Esse caminho nos proporcionou chegar aos significados dados pelos enfermeiros aos temas. A partir daí, seguimos a orientação dada pela hipótese: comparamos significados dados pelos enfermeiros, conceitos, atividades relatadas, normatizadas e relacionamento enfermeiro/ paciente em busca de sua coerência. Nas duas últimas hipóteses, 07 e 08, o que fizemos foi caracterizar as atividades e o discurso, respectivamente.

Mostraremos, agora, quais os critérios adotados para cada hipótese, começando pela primeira, e seguindo a ordem usada para verificação. Na tentativa de melhor esclarecer a aplicação desses critérios ainda trazemos um exemplo de cada procedimento adotado.

Critérios Adotados na verificação das hipóteses:

H.1 - "Há correspondência entre o discurso de saúde da OMS e os significados dados pelos enfermeiros a saúde". Comparamos cada resultado alcançado através da análise da entrevista de cada enfermeiro, com o discurso da OMS - Se houvesse mais elementos de concordância do que de discordância, consideraríamos a hipótese comprovada.

Exemplo:

Entrevista 7A:

O enfermeiro CONCORDA no aspecto "bem-estar físico e mental" e DISCORDA quando diz que saúde é não estar doente.

Entrevista 1B:

O enfermeiro CONCORDA: "estar bem, plenamente", "nada pode interferir no estado do paciente"(saúde é mais que não doença). Ressalta o aspecto emocional, mental, físico e Social (salário, trabalho).

O enfermeiro DISCORDA: saúde depende do local e do trabalho realizado "hospital não tem saúde", "há saúde nos postos periféricos".

Não ressalta o social, somente o mental e o físico. Uma dimensão pode existir sem a outra.

AGRESCENTA: "para haver saúde é importante a saúde pública", "é tratada só a saúde física". O trabalho, o salário, como importantes para a saúde do trabalhador de saúde e do cliente.

H.2 - "Há correspondência entre os significados atribuídos pelos enfermeiros à doença e o modelo médico hospitalar". Usamos o mesmo método acima.

Ex: Entrevista 5A:

O enfermeiro CONCORDA: aspectos biológicos: sinais e sintomas; necessidade de exames minuciosos; doença como "alteração"; utiliza parâmetro orgânico como norma. Doença é o "mau funcionamento" ou "funcionamento desarmônico".

Atribui à medicina o papel de explicação da doença.

O enfermeiro DISCORDA: Influências externas contribuindo na doença. Relata confusão feita entre doença e seus sintomas.

H.3 - "Verificar a coerência entre as atividades relatadas pelo enfermeiro e os significados atribuídos à doença".

Checamos cada enunciação feita pelo enfermeiro com seu correspondente relato de atividades. Assim, para considerarmos comprovada a hipótese, deveria haver correspondência entre as atividades e os enunciados. No entanto, só isso não foi suficiente para rejeitar ou aceitar a hipótese, pois mesmo que não houvesse

atividades em número suficiente para o discurso enunciado, ou vice-versa, não podíamos dizer que ambos não se correspondiam. Isto devido ao fato de que o discurso de doença era o discurso médico e as atividades relatadas, em sua grande maioria, curativas.

Dessa forma, fizemos um levantamento do tipo de atividade relatada pelo enfermeiro e pudemos classificá-las em três tipos:

- a) Administrativas: aquelas ligadas ao gerenciamento do serviço;
- b) Técnicas: aquelas que exigem conhecimento técnico-científico para sua realização;
- c) De orientação: aquelas desenvolvidas pelo enfermeiro com a finalidade de elevar a qualidade do atendimento e/ou com vista à melhoria da qualidade de vida do cliente.

Adotamos como critério de rejeição da hipótese o aparecimento de maior número de atividades de orientação que atividades administrativas ou técnicas. Isto porque entendemos que, tanto as atividades técnicas como as administrativas são expressão concreta do modelo de prática adotada pelo enfermeiro enquanto as atividades de orientação, se predominantes, caracterizariam uma prática alternativa ao modelo institucionalizado.

34

Ex.: Entrevista 1A

<u>Significado de doença</u>	<==>	<u>Atividades Relatadas</u>
"Falta de alimentação"	<==>	SNG (sondagem naso gastrica)
"Desequilíbrio bio-psiquico"	<==>	orientação para preparo cirurgico
"Aplicar medicação"	<==>	NAC (nenhuma atividade correspondente)
NSC (nenhum significado correspondente)	<==>	Instalação de PVC (pressão venosa central)
N S C	<==>	Admissão de paciente
N S C	<==>	Administração da Unidade

H.4 - "Há coerência entre as atividades relatadas, as atividades normatizadas e os significados atribuídos a doença pelos enfermeiros.

Uma vez tendo a hipótese D3 verificada, faltava checar as atividades normatizadas pela instituição. No caso do hospital "B", por este não ter atividades normatizadas para o enfermeiro levamos em conta as atividades relatadas.

Ex.:

Discurso de doença: (caracterizado na H.2)

Atividades relatadas: (caracterizadas na H.3)

Atividades normatizadas: ver qual atividade predomina: de orientação, técnica ou administrativa, levando em conta todas as atividades e verificando seu percentual.

34 - queremos aqui demonstrar como há coerência entre o discurso de doença do enfermeiro e as atividades que ele relata como suas, isto é, queremos ver se o enfermeiro pratica o seu discurso. Por isso usamos o sinal <==> com a significação de "corresponde".

H.5 - "O relacionamento enfermeiro/paciente caracteriza-se pelo cumprimento de técnicas e rotinas administrativas mais que por atividades de educação à saúde".

Verificar através do tipo de atividade relatada pelo enfermeiro como de sua prática, como se dá o relacionamento enfermeiro/paciente se mais por atividades de orientação, ou mais pelo cumprimento de técnicas e rotinas administrativas".

H.6 - "O relacionamento enfermeiro/paciente está vinculado ao modelo de assistência adotada pelo enfermeiro".

Verificar a relação entre o "relacionamento enfermeiro/paciente" e o "modelo de assistência" adotado pelo enfermeiro". Adotamos como "modelo de assistência" o discurso do enfermeiro sobre doença e as atividades que relatou como de sua prática.

Ex.: Entrevista 4A:

Relacionamento enf./paciente <==>	Discurso de doença <==>	Atividades relatadas
<u>Papel do enf.</u>	<u>o pte como criador da doença</u>	Exame físico e nível de consciência
Proporcionar conforto	A doença pode ser inventada	Avaliar drenos e sondas
Orientar sobre saúde	<u>Aspectos sociais e alimentação</u>	Orientação dos cuidados aos funcionários
Trabalhar para a saúde	má nutrição pode ou não provocar doença	supervisionar o paciente

Adivinhar o que
o pte quer

Evoluir o pte

Abrandar
diagnóstico

Aspectos
subjetivos

não se sentir bem

H.7 - " Não há correspondência entre os significados atribuídos pelo enfermeiro a saúde e as atividades relatadas e normatizadas pela instituição."

Procurar correspondência entre os significados de saúde dos enfermeiros e as atividades relatadas e normatizadas. Checamos cada discurso sobre saúde com as atividades relatadas e normatizadas, na tentativa de ver o funcionamento discursivo junto às atividades. Quando ambos - discurso e atividades - apontavam na mesma direção a hipótese era rejeitada. Quando apontava para funcionamentos diferentes era aceita. Isto porque partimos da idéia de que os enfermeiros não praticavam seu discurso de saúde, bem como a instituição, por ser curativa, não normatizaria atividades predominantemente voltadas à saúde.

Ex.: Entrevista 5A:

Significado de Saúde	<==>	Atividades Relatadas	<==>	Atividades Normatizadas
Equilíbrio		Orientação diárias à ptes		79,31% atividades administrativas
Harmonia do organismo		Treinamento de funcionários		10,34% atividades técnicas
<u>Aspectos sociais e alimentação</u>		Participação no grupo de mães		

Alimentação
desgastes físico/
emocional

Reunião com o
grupo multi-
profissional

10,34% atividades
de orientação

Aspectos
Biológicos

Supervisão e
Orientação a
funcionários

Resultado de
exames
laboratoriais

Defesa x
Agressão

Perigo à
saúde: vírus,
bactérias, fungos

- H.8 - "Sob a perspectiva do enfermeiro, o relacionamento enfermeiro/paciente caracteriza-se por uma relação de poder onde o enfermeiro caracteriza-se como dominante". Para caracterizar o relacionamento enfermeiro/ paciente como uma relação de poder, retiramos dentre os enunciados aqueles que fossem característicos de uma relação autoritária, unilateral.
- Ao tomar os enunciados deixamo-os em suas categorias, ou seja, "papel do enfermeiro", "atendimento do enfermeiro" e "visão de paciente" e grifamos aquelas palavras que caracterizavam mais a relação autoritária, dominadora. tentamos demonstrar a presença marcante no relacionamento enfermeiro/paciente do traço autoritário do primeiro.

Ex.: Entrevista 3C:

Papel do Enfermeiro:

TER ATITUDES HUMANITÁRIAS
com o paciente

CONSIDERAR A DOR do
paciente

Atendimento

CONSIDERAR A DOR
do paciente

colocar o TRATAMENTO EM
1o. LUGAR AO PACIENTE

NÃO PENSAR NO LAZER
OU OUTRA ATIVIDADE
PARA A PACIENTE

Visão de Paciente

o paciente é UM OBJETO
de trabalho.

Entrevista 4A:

Papel do Enfermeiro:

ADIVINHAR o que o paciente
quer

ABRANDAR diagnósticos,
DISFARÇANDO

Atendimento

alguns ENFERMEIROS DOMINAM
o paciente

INIBIR A RECLAMAÇÃO do
paciente é um ATO
INCONSCIENTE do enfermeiro

Visão do paciente:

o paciente DEPENDE DO
ENFERMEIRO
o paciente PREGISA DO
ENFERMEIRO

o paciente ESTA À MERCÊ DO
ENFERMEIRO

há pacientes mais e menos
DEPENDENTES do enfermeiro.

4.3 - Construção de um marco referencial para análise das entrevistas:

Sentimos dificuldade na análise das entrevistas devido a extensão das mesmas, à forma não estruturada em que se desenvolveram, e à intenção de adotar um modelo de análise que, ao explicitar os diversos significados dados pelos enfermeiros aos temas de interesse, os agrupasse em categorias representativas dos

seus conteúdos ao mesmo tempo que conservasse seus aspectos mais relevantes.

A primeira tentativa de análise dos dados consistiu em classificar as entrevistas segundo os temas colocados nas hipóteses. Dessa forma, os temas seriam, por exemplo, significados atribuídos à saúde; significados atribuídos à doença; significados do conceito de saúde da OMS; significados dados ao relacionamento paciente/enfermeiro; significados dados pelos enfermeiros ao seu modelo de assistência. Porém ao tentar colocar os assuntos abordados conforme os temas, as dificuldades encontradas foram muitas, pois o explicitado poderia em muitas vezes participar de mais de um tema, talvez devido a amplitude dos mesmos. Também em função das entrevistas serem longas, este trabalho não nos levaria a uma esquematização do assunto, como de início pensamos, e sim a um realocamento do que foi posto, frustrando nossa tentativa de agrupamento dos significados. Assim que buscamos vários autores, entre eles POSSENTI (1988), ROSSI -LANDI (1985), VOGT (1980), ORLANDI (1983), DUGROT (1972), ZANDWAIS (1985, 1986), os quais nos mostraram a amplitude que a linguagem como objeto de estudo toma na literatura e, por isso, a necessidade de estabelecer o vínculo entre a teoria adotada e o processo da pesquisa, dando fundamentação e coerência à mesma. Pretendíamos um modelo de análise que, ao agrupar os sentidos, construísse parâmetros avaliativos entre as respostas dos enfermeiros e o referencial teórico básico de análise.

Começamos então a pensar um caminho para extrair do enunciado o essencial a ele, ou seja, sem o reproduzirmos na sua extensão, buscar a sua particularidade de sentido, tanto no nível do

posto como do implícito. Nesta fase ficaram mais claras as perspectivas referentes as possibilidades da linguagem como objeto de pesquisa.

Nos perguntamos, nesta fase, sobre as informações que poderiam ser retiradas das entrevistas e entendemos que eram muitas mas que seriam fornecidas conforme o entendimento que déssemos à linguagem. Mesmo que as respostas buscadas viessem limitar o universo de respostas possíveis, ainda assim, seria necessário compreender um pouco melhor a linguagem, para sabermos como ela poderia ser útil às nossas intenções.

Passamos a ter mais presente, de forma especial nesta fase do estudo, a linguagem como expressão da interação social do enfermeiro, quando emite suas opiniões sobre os temas da pesquisa. Que discursos manifestam-se no seu e, ainda, como se manifesta o seu discurso. Quais valores correspondem a seu discurso de saúde e doença. Também queremos conhecer como o enfermeiro trabalha, a nível de reflexão, esses conceitos e quanto, no seu processo de trabalho, pode estar privilegiada a dimensão prática, deixando de lado a intelectual.

35

Acreditamos que esta situação fica mascarada para o enfermeiro, fazendo com que atribua a sua prática falsos valores tais como "a prática do enfermeiro é diferenciada das demais"; "o enfermeiro valoriza o paciente"; "o enfermeiro conversa mais com o paciente, escuta mais"; "o enfermeiro não está ali só para cumprir tarefas, como os demais membros da equipe." Podemos melhor

evidenciar esta situação quando, ao mesmo tempo, o enfermeiro também queixa-se de que "o tempo não dá para fazer tudo"; de que "gosta de ser enfermeiro mas não da enfermagem"; de que "quanto mais distância eu puder ter da enfermagem, melhor".

Se nos ativermos a formação profissional oportunizada para o enfermeiro, teremos que admitir um maior preparo técnico-científico, mas também uma iniciação na área de formação humanística, haja vista que lhe são oportunizados conteúdos das ciências sociais e humanas, como Antropologia, Sociologia e Psicologia.

No entanto, temos dúvidas acerca de quanto o enfermeiro tem refletido e aprimorado seu processo de trabalho para ir ao encontro dos valores de saúde, acerca de quanto a ilusão de ser diferente dos demais membros da equipe leva o profissional a não fazer o que ele mesmo espera de si. Ou, em outras palavras, até onde a reflexão profissão-prática está limitada pelo jogo ideológico profissão-modelo institucionalizado da prática, uma vez que esta reflexão não tem proporcionado ao enfermeiro a explicitação dos pressupostos contidos neste modelo, deixando-se talvez, por isso, manipular por ele.

Ficou-nos claro, então, que nosso entendimento da linguagem teria que dar conta da sua dimensão pragmática e ideológica pela ação e intencionalidade da mesma.

O referencial teórico buscado para tal foi a Semântica Argumentativa e, dentro dela, Oswald Ducrot (1972), principalmente. Para sua melhor compreensão tivemos o auxílio de Zandwais (1985), autora do mesmo domínio, mas com uma linguagem mais acessível, facilitando o trabalho de articulação entre

conhecimentos para quem não tem a necessária formação na área. Entre as idéias de Ducrot, destacaremos as postulações que mais marcadamente achamos que possam contribuir:

a) Toma a linguagem como um veículo através do qual são refletidos os propósitos dos que a utilizam, por ocasião do estabelecimento de relações interpessoais.

b) Reconhece, na língua, conteúdos explícitos e implícitos os quais se manifestam através da pressuposição e do subentendido.

c) Reconhece o papel da intersecção entre os componentes linguístico e retórico nos atos da comunicação, atribuindo ao componente retórico sentidos que variam de acordo com contextos de produção-situação em que se dá a enunciação.

d) Vincula o ato de fala à concepção de intencionalidade, negando a possibilidade de existir neutralidade discursiva.

e) Privilegia em seus estudos os papéis dos implícitos na linguagem, permitindo que se compreenda melhor os efeitos ideológicos que a mesma veicula.

A opção por esta concepção de linguagem fez-se em virtude dos postulados acima virem fornecer, de forma satisfatória, boa parte do instrumental crítico necessário ao entendimento das entrevistas.

É nesta mesma linha de análise que trabalha Zandwais (1986, p. 132-157), utilizando referencial teórico de Henry e Ducrot, propondo uma estratégia de decodificação de

36

textos. Primeiramente, diferencia as leituras, segundo a concepção de leitura adotada por leitores, em horizontal e vertical, caracterizando a primeira como uma leitura que por ler o texto como acabado, completo, preocupa-se com a relação entre enunciados. A segunda perspectiva acrescenta à primeira as condições de produção do texto, também chamadas de contexto, como parte integrante do seu sentido.

Nessa perspectiva, de leitura vertical, propõe como estratégias considerar o tempo e o local da enunciação e as posições e atribuições sociais dos sujeitos-enunciadores, de tal forma que contribuam na decifração do texto, ou melhor, na apreensão da intenção comunicativa do sujeito-enunciador, ou seja, "(...) a) deteminar os valores que os enunciados adquirem em diferentes situações de enunciação; b) apoiar-se mais sobre a intenção do sujeito-enunciador em dizer algo, do que propriamente sobre o que ele diz; c) concluir os atos inconclusos de fala do emissor com base nas situações em que são produzidos".

Uma estratégia sugerida pela mesma autora, para este estudo, pode ser dividida em duas partes, conforme segue:

1- Considerar as Condições de Produção do Discurso:

1.1. Condições históricas do sujeito-enunciador: Anos de Graduação; Escola; Tempo de Hospital; Tempo de Serviço; Locais de Serviço; Curso de Pós-Graduação, área e instituições promotoras dos mesmos.

- 1.2. Posições que definem o sujeito-enunciador quanto a sua prática:
 - 1.2.1. Posição ocupada na profissão;
 - 1.2.2. Posição ocupada da sociedade;
 - 1.2.3. Concepções Filosóficas adotadas;
- 1.3. Momento da enunciação:
 - 1.3.1. Contexto imediato: situação vivenciada no primeiro contato e durante a entrevista;
 - 1.3.2. Tempo: duração da entrevista
- 1.4. Local da enunciação, ou preferência espacial onde se produz a emergência dos sentidos.

2 - Conhecer os implícitos veiculados pelo discurso:

- 2.1. Pressuposições: para avaliação da coerência discursiva;
- 2.2. Subentendidos: para avaliação dos sentidos do discurso e da ideologia real do sujeito, considerando que a linguagem pode funcionar como instrumento de ocultamento de posições assumidas pelos sujeitos.

Entendemos que esta perspectiva dá conta de parte do nosso estudo, ou seja, procura explicar como se dá a ligação entre a teoria e a prática num contexto que influencia o sujeito-enunciador sobre como deve dizer aquilo que pensa. Falta ainda obtermos a forma de chegar às idéias principais dos enfermeiros sobre os temas em questão.

Quanto ao conhecimento dos implícitos veiculados pelo discurso - pressupostos e subentendidos - esta autora adota a concepção de Oswald Ducrot que os explica da seguinte forma: "(...)

o fenômeno da pressuposição (...) faz aparecer, no interior da língua, todo um dispositivo de convenções e de leis, que deve ser compreendido como um quadro institucional a regular o debate dos indivíduos" (Ducrot, 1972, p.13).

Caracteriza o fenômeno da pressuposição como 1) condição de emprego dos enunciados, 2) como implícito semântico, e 3) como condição estruturadora da coerência discursiva (Zandwais, 1985, p.31 - 40)

Na condição de emprego dos enunciados, exige-se da mesma que estabeleça com a realidade uma relação verdadeira, ou seja, aquilo que se diz deve poder ser verificado. Quando houver coerência entre o que foi dito e o real, consideramos o enunciado verdadeiro e quando não existe essa coerência, será falso.

Outra condição do uso da pressuposição, como condição de emprego do enunciado, é quando a mesma funciona como implícito da situação de enunciação, ou seja, do contexto. Para dizer-se que alguém foi assassinado é necessário que determinados pressupostos referentes a situação sejam cumpridos, de forma que haja um morto e que o mesmo não tenha morrido em circunstâncias naturais (Zandwais, 1985, p.33).

Como implícito semântico, a pressuposição é o próprio enunciado, de maneira que produz os efeitos significativos através do próprio léxico (Zandwais, 1985, p.34). Ressalta que para ver o ato de pressupor há de haver um enunciador e um destinatário em que o primeiro veicula significados implícitos a outro que pressupõe o conteúdo de tal enunciação, modificando seu universo discursivo. Assim, a pressuposição deixa de ser, deixa de

ter um "valor puramente abstrato e passa a ser resultado de uma atividade dinâmica de transformação da realidade da língua e dos indivíduos".

Como condição estruturadora da coerência discursiva, a pressuposição adquire atribuição de maior responsabilidade no plano discursivo: o de avaliar a progressão e a coerência discursivas. No primeiro caso, através da sua manutenção ou não no texto, enquanto índice indicativo de uma unidade temática, demonstra o quanto pode veicular informação nova como se ela já fosse sabida pelo interlocutor. No segundo, confirma-se a coerência discursiva quando, ao encadear-se novos enunciados no nível explícito, constituindo a progressão temática, o pressuposto se mantém por oposição ao posto, ao explícito que avança.

Por outro lado, o entendimento dado ao subentendido (Ducrot, 1972, p.16) refere-o ao implícito da enunciação mas, relacionando-o ao contexto da fala, ao contexto em que se passa a situação. Assim, pode-se subentender que falar de um assunto a alguém significa o interesse do ouvinte nesse assunto; pode também ser empregado para regulamentar o ato de falar ou a fala, como por exemplo, ordenar subentende uma relação hierárquica ou interrogar subentende o direito à interrogar. Uma outra situação de aplicação do subentendido diz respeito ao motivo que levou alguém a dizer o que disse, ou seja, a utilização da fala para transmitir informações novas sobre as posições, interesses dos sujeitos, como por exemplo, perguntar por alguém para demonstrar interesse (Ducrot, 1972, p. 17-18). Assim enquanto o subentendido pode ser explicado a partir da perspectiva de enunciação, as pressuposições, estão embricadas no texto no conteúdo do que é

dito, de tal forma que as pressuposições podem permanecer as mesmas em diferentes situações mas o subentendido se alterará. Zandwais (1985, p.82) exemplifica essa afirmação através de um simulado diálogo:

Primeiro Exemplo

A: Todos saíram de casa?

pp: Há uma casa.

pp: As pessoas estavam em casa.

B: Todos que estavam na sala saíram de casa.

pp: Havia gente em casa.

pp: As pessoas estavam na sala.

s: Aqueles que não estavam na sala ficaram em casa.

Segundo Exemplo

C: Há alguém em casa?

pp: Há uma casa.

D: Não há mais ninguém. Todos que estavam na sala saíram de casa.

pp: Havia gente em casa.

pp: As pessoas estavam na sala

s: Não havia ninguém em outros compartimentos da casa".

Podemos colocar outros exemplos pararelos a este, porém mais afins a este estudo:

Primeiro Exemplo

A: O que significa doença?

pp: a doença tem significado

- B: Doença é o desequilíbrio total da pessoa
 pp: a pessoa pode estar equilibrada ou desequilibrada
 pp: o desequilíbrio pode ser total e parcial
 S: Não há doença se não houver desequilíbrio total

Segundo Exemplo

- C: Qual o significado de doença?
 pp: a doença tem significado
 D: Olha, prá mim, há doença quando a pessoa está em desequilíbrio total
 pp: A pessoa pode estar equilibrada ou desequilibrada
 pp: o desequilíbrio pode ser total e parcial
 S1: Se o desequilíbrio for parcial, não há doença para sujeito-enunciador
 S2: O sujeito-enunciador tem um ponto de vista próprio
 S3: O sujeito-enunciador tem consciência de que existem outros pontos de vista

Nestes exemplos evidenciamos os mesmos pressupostos em ambos os diálogos, porém os subentendidos são diferentes.

A colocação pelo enfermeiro de suas crenças sobre os temas e o tratamento linguístico dado pela pressuposição e o subentendido, sem dúvida nos ajudam a uma maior compreensão das entrevistas particularmente dificultada pela subjetividade contida nas mesmas. Nelas, o enfermeiro não coloca uma visão objetiva da atividade e compreensão dos temas propostos. A subjetividade das respostas é uma marca, podemos dizer, do discurso do enfermeiro

de tal forma que refere-se ao "seu" modo de trabalhar, ao "seu" local de trabalho, a "sua" visão de paciente.

Esta situação aliada à pouca sistematização dos conteúdos falados - o mesmo aparece muitas vezes e de diferentes formas - torna especificamente difícil a tarefa de agrupar conteúdos. Toda vez que fizemos esta tentativa nos sentimos inclinados a colocar os conteúdos explicitados sob o domínio de mais de um tema, fazendo de uma tarefa de agrupamento, uma de expansão.

No entanto, esta situação aparente de impasse alertou-nos para a característica dos dados. Esses dados tratam de uma descrição da situação vivida pelos enfermeiros, ou pelo menos, do relato de situações vividas, fato decorrente da forma de expressão adotada pelos mesmos.

Novamente percebemos no método proposto por Kruger ³⁷ uma orientação para a continuidade de nosso estudo. Para a análise das entrevistas, particularmente, ele nos ajudou em três pontos:

Quando descreve a "fase de explicitação dos dados", em seis sub-fases, interessou-nos a primeira em que sugere que se faça "uma apreensão holística dos dados". Nesta, o pesquisador deve buscar fidelidade aos dados procurando reter um senso de totalidade dos mesmos. Para atingir tal objetivo demos especial atenção a leitura e audição das entrevistas para, somente após termos uma idéia geral das mesmas, iniciarmos a segunda sub-fase recomendada.

A segunda sub-fase visa a "emergência espontânea das unidades naturais de significação". Esta sub-fase também nos

interessou porque veio ao encontro da maior dificuldade experimentada: o agrupamento do sentido. Justamente a intenção dessa sub-fase é expressar cada unidade de significação de forma tão reduzida, concisa e apurada quanto possível. A "unidade natural de significação" é definida como uma frase feita pelo sujeito (entrevistado) o qual nela se auto-define e auto-delimita numa expressão singular. Recomenda o texto que, o quanto possível, a terminologia e a linguagem própria, o estilo lingüístico do entrevistado, sejam conservados, afim de que os dados falem por si mesmos. O objetivo dessa fase é a articulação de temas centrais. Dessa maneira a riqueza dos dados é exposta para posterior explicitação nas fases seguintes.

Outra sub-fase que o método prescreve é a "categorização hierárquica". Quando, como é o caso deste estudo, a amostra for maior que um sujeito, o método recomenda que se siga com todas as entrevistas as sub-fases anteriores. Somente então, depois de tê-las sob a forma de "unidades naturais de significação", o pesquisador passe a este estágio, de junção das unidades similares, contudo não idênticas, formando grupamentos chamados categorias. Qualquer categoria pode conter elementos derivados somente de um sujeito, possivelmente de todos os sujeitos.

As demais sub-fases propostas não foram adotadas devido as dificuldades que sentimos em operacionizá-las. No entanto, o autor admite esta possibilidade ao fazer o relato de outros autores que usam o método modificando-o, ao reconhecer a especificidade necessária a cada estudo. Ainda, entende que um ponto essencial a ser ressaltado é de não ser possível separar método e conteúdo da abordagem proposta. Kruger. (1981:115)

ressalta o diálogo necessário entre método e conteúdo e apresenta o primeiro como passível de modificação dependendo da natureza do assunto-problema investigado.

Sendo assim, sentimo-nos livres para elaborar um roteiro de análise, que ao levar em conta nosso cuidado na sistematização dos dados - guardando seus aspectos relevantes e essenciais - nos proporcionasse, da mesma forma, uma operacionalização mais flexível, levando em conta os aspectos linguísticos e qualitativos sempre valorizados neste estudo.

O marco teórico usado para análise das entrevistas está representado no seguinte modelo composto de 09 etapas, quais sejam, 1- leitura/audição; 2- leitura das condições de produção do discurso; 3- estabelecimento da unidades de sentido; 4- agrupamento; 5- conhecimento dos implícitos do discurso; 6- retirada dos significados; 7- categorização; 8- verificação das hipóteses; 9- consideração das atividades relatadas e normatizadas. Estas estão melhor explicadas abaixo:

1) Uma leitura cuidadosa de toda a entrevista de forma a tentar uma maior apreensão dos dados, utilizando-se concomitantemente a audição da gravação das entrevistas.

2) Explicitar as condições de produção do discurso conforme sugerido por Zandwais à página 59 deste estudo, porém com uma ressalva ao item sobre as "posições que definem o sujeito-enunciador quanto a sua prática" em que retiramos "posição ocupada na sociedade" e "concepções filosóficas adotadas". No primeiro caso devido a amplitude das respostas advindas de tal pergunta e mesmo, do risco da variedade de

interpretação. No segundo pela dificuldade em reconstruir a concepção filosófica da forma de pensar do enfermeiro, o que também poderia por em risco, mais que esclarecer, os dados pesquisados.

3) Estabelecer unidades de sentido. Consiste esta etapa no estabelecimento do que se poderia dizer "resumo" do pensamento do entrevistado sobre os assuntos que aparecem no decorrer da entrevista, mas sempre buscando assegurar a representatividade dos mesmos.

4) Releitura das unidades de sentido e agrupamento das mesmas conforme as temáticas do estudo a que se referem: saúde, doença, atividades, relacionamento paciente/enfermeiro, paciente/hospital, visão da realidade. Nesta última incluímos as opiniões dos enfermeiros sobre os assuntos que apareciam no decorrer da entrevista mas não ligados diretamente ao temas de interesse.

5) Conhecer os implícitos do discurso. Tomando as unidades de sentido dos temas acima, buscamos os pressupostos e os subentendidos de cada uma. Visa esta etapa um conhecimento mais aprofundado em que se busca tanto coerência e progressão do discurso, como o sentido ou a busca do motivo que levou o enfermeiro a dizer o que disse. Os temas levados em conta para esta etapa foram apontados pelas hipóteses do estudo.

6) Através da releitura dos implícitos da fase anterior retiramos os significados dados pelos enfermeiros a esses temas, mas entendemos que ao explicitar o entendimento do enfermeiro, chegamos muito próximos dos seus valores sobre os

mesmos.

7) Definir as categorias referentes a cada tema e, dessa forma, elaborar um quadro-resumo sobre cada tema com suas respectivas categorias.

8) Testar as hipóteses levando em conta os significados explicitados pelos enfermeiros na etapa 6.

9) Os temas "atividades relatadas" e "atividades normatizadas pela instituição" foram consideradas tal como nos foram apresentados pelos enfermeiros e pela instituição, respectivamente.
38

38 - Para uma melhor apreciação do método, olhar em "anexos" um exemplo de análise feito com uma entrevista.

V - OS ENFERMEIROS E AS CONDIÇÕES DE PRODUÇÃO DOS SEUS DISCURSOS

De acordo com o modelo de análise adotado nesse estudo levamos em conta aspectos relativos ao sujeito - enunciador e ao momento de enunciação, por acreditarmos que estes aspectos podem nos ajudar na compreensão do discurso.

Assim, passaremos a expor e comentar estes aspectos.

5.1 - CONDIÇÕES HISTÓRICAS DO SUJEITO-ENUNCIADOR:

Relativo a "Escola", dentre as 10 escolas de enfermagem existentes no Rio Grande do Sul, sete estão representadas, como segue:

ESCOLA DE FORMAÇÃO DOS ENFERMEIROS:

Escola Hosp.	UFRGS	UFPEL	UNISINOS	FACEM	UFSM	FURG	CAXIAS	TOTAL
"A"	01	--	02	01	--	01	01	06
"B"	--	01	--	--	--	01	--	02
"C"	--	--	--	05	01	--	--	06
TOTAL	01	01	02	06	01	02	01	14

Chama-nos atenção que o hospital "A", talvez por estar situado num grande centro urbano, tenha em seu quadro enfermeiros de 05 escolas, sendo que os demais hospitais, exclusivamente mantêm em seu quadro enfermeiros graduados na sede do hospital ou na região do mesmo.

Quando aos "Anos de Serviço", percebemos que a maioria dos enfermeiros têm poucos anos de serviço.

TEMPO DE SERVIÇO:

Tempo de Serviço (anos)	5-9	10-14	15-19	TOTAL
Hospital				
"A"	02	04	--	06
"B"	02	--	--	02
"C"	04	--	02	06
TOTAL	08	04	02	14

O sexo feminino, como já esperado, foi predominante.

S E X O:

Sexo	Masculino	Feminino	TOTAL
Hospital			
"A"	--	06	06
"B"	--	02	02
"C"	01	05	06
TOTAL	01	13	14

Quanto aos "Anos de Graduação", a maior parte da amostra tem até 14 anos de profissão, sendo que dois enfermeiros já trabalhavam no hospital "C", quando se graduaram, exercendo as funções de Técnico e Atendente de Enfermagem.

ANOS DE GRADUAÇÃO:

Anos de Grad. Hospital	1-4	5-9	10-14	15-19	TOTAL
"A"	--	01	04	01	06
"B"	--	02	--	--	02
"C"	02	03	--	01	06
TOTAL	02	06	04	02	14

Nestes anos de profissão também foi predominante a prática hospitalar. Dois enfermeiros, somente, realizaram trabalho como docente e assistência na comunidade, além da prática hospitalar.

EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL:

Experiência Hospital	Docência	Trabalho Comunitário	Trabalho Hospitalar
"A"	02	01	06
"B"	--	--	02
"C"	--	--	06
TOTAL	02	01	14

Dos enfermeiros que participaram desse estudo, nove têm curso de pós-graduação, sendo que um enfermeiro teve dois: um em Enfermagem de Trabalho e outro na área de Saúde do Adulto.

ÁREA DE PÓS-GRADUAÇÃO:

Hosp.	Pós-Grad.	Educação	Enfer.do Trabalho	Saúde do Adulto	Adminstr. Hospitalar
"A"		02	--	01	02
"B"		--	--	--	--
"C"		--	01	03	01
TOTAL		02	01	04	03

Notamos predominar os cursos da área hospitalar e não os comunitários, como pediam os critérios de inclusão dos sujeitos na amostra.

5.2 - POSIÇÃO QUE DEFINE O SUJEITO-ENUNCIADOR QUANTO A SUA PRÁTICA:

Em relação a "Posições que define o sujeito-enunciador quanto a sua prática", consideramos, para efeito de registro, somente a posição mais elevada na escala hierárquica. Assim cada enfermeiro preencheu somente uma posição.

POSIÇÃO OCUPADA NA PROFISSÃO:

Pos.Ocup.Prof. Hospital	Enferm.	Supervisor de área	Coordenador de Serviço	Chefia Enfermag
"A"	03	02	01	--
"B"	--	01	--	01
"C"	03	01	02	--
TOTAL	06	04	03	01

A maioria dos enfermeiros entrevistados ocupam posições consideradas mais de base, ou seja, enfermeiro de serviço e supervisor de área. Um deles somente ocupou a posição mais elevada: chefia de enfermagem.

5.3 - MOMENTO DA ENUNCIÇÃO:

Em relação ao "Momento da Enunciação" levamos em conta a receptividade da marcação da entrevista e a disponibilidade durante a mesma.

CONTEXTO IMEDIATO:

Contex.da Enunc.	Primeiro Contato		Durante a Entrevista	
	Receptivo	Parc.Recep.(1)	Dispon.	Parc.Disp.(2)
Hospital				
"A"	04	02	03	03
"B"	02	--	02	--
"C"	05	01	05	01
TOTAL	11	03	10	04

(1) Parcialmente receptivo

(2) Parcialmente disponível

Observamos que no hospital "A" um enfermeiro (B A) se mostrou "receptivo a entrevista" e durante a mesma, mostrou-se "parcialmente disponível".

No entanto, se formos ver qual entrevista teve maior % da temática de interesse, perceberemos que esse enfermeiro, BA, foi o que mais contribuiu, como poderemos observar na tabela abaixo:

FREQÜÊNCIA DA TEMÁTICA DE INTERESSE POR ENTREVISTA

Hosp.	Tema	Saúde		Doença		Ativid.		Rel.Enf/Pac.		Rel.pac/Hosp.		Visão da Realidade		Total	% de interesse(1)
		Entr.	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº		
"A"	01	13	13,83	21	22,34	18	19,15	10	10,64	09	9,57	23	24,47	94	56,38
	02	12	13,04	04	4,35	18	19,57	22	23,91	09	9,78	27	29,35	92	51,59
	04	06	9,38	02	3,13	05	7,81	13	20,31	05	7,81	33	51,56	64	40,63
	05	09	13,04	13	18,84	06	8,70	08	11,59	06	8,70	27	39,13	69	52,17
	07	13	25,00	05	9,62	05	9,62	10	19,23	03	5,77	16	30,77	52	59,62
	08	02	11,11	03	16,67	01	5,55	04	22,22	06	33,33	02	11,11	18	83,33
	01	04	6,15	11	16,92	04	6,15	06	9,23	12	18,46	28	43,08	65	50,77
	02	09	16,98	04	7,55	03	5,66	12	22,64	10	18,87	15	28,30	53	66,04
"C"	01	08	17,20	06	12,77	03	6,38	14	29,79	05	10,64	11	23,40	46	70,21
	02	07	18,42	04	10,53	05	13,16	07	18,42	04	10,53	11	28,95	38	57,89
	03	03	9,68	05	16,13	04	12,90	06	19,35	05	16,13	08	25,81	31	61,29
	05	06	17,65	--	---(2)	03	8,82	06	17,65	08	23,53	11	32,35	34	58,82
	06	04	7,27	06	10,90	08	14,55	16	29,09	08	14,55	13	23,64	55	61,82
	07	05	11,36	06	13,64	01	2,27	12	27,27	04	9,09	16	36,36	44	61,36

(1) Este percentual é o resultado do somatório dos percentuais dos temas de interesse no estudo, ou seja: saúde, doença, relacionamento enfermeiro/paciente e relacionamento paciente/hospital.

(2) Não houve enunciado sobre doença.

DURAÇÃO DA ENTREVISTA:

Hosp.	Tempo de Enunciação (min)	21-30	31-40	41-50	51-60	TOTAL
		"A"	01	04	--	01
"B"	--	--	02	--	--	02
"C"	02	03	--	01	06	
TOTAL		03	09	00	02	14

Como podemos ver as entrevistas não obedeceram a um limite de tempo, pois as mesmas sofreram bastante variação, mas a maior parte delas não ultrapassou 40 minutos.

5.4 - LOCAL DA ENUNCIÇÃO:

O local escolhido pelos enfermeiros para a entrevista foi o próprio hospital, na verdade, seu local de trabalho ou um outro próximo dele. Dois enfermeiros sugeriram sua casa mas uma dessas entrevistas ocorre no hospital. Um enfermeiro optou pela casa do entrevistador.

Estas foram algumas das características dos sujeito-enunciadores que achamos mais relevantes conhecer a fim de procedermos a uma leitura mais adequada dos discursos dos enfermeiros. Dentre elas visualizamos características comuns. Apenas uma não foi comum: a escola de formação dos enfermeiros. Das dez escolas de enfermagem existentes hoje no RS, sete estão presentes, o que nos leva a pensar na possibilidade de haver neste estudo uma representação da linha de formação do enfermeiro no RS.

Como características comuns temos a ressaltar por exemplo, que a maioria das respostas foi dada por mulheres com mais de cinco anos de graduação, bem como com mais de cinco anos em hospital. Isto nos leva à constatação de que esses enfermeiros sempre, desde sua graduação, tiveram o hospital como seu local de prática.

Ainda, dos nove enfermeiros que têm Pós-Graduação, oito a cursaram na área hospitalar, nos demonstrando a maior procura para esta área, quando consideramos como a mais necessária a área

preventiva. Isto vem nos demonstrar a hegemonia do modelo médico pois, na área preventiva, além de haverem menos cursos oferecidos, estes em muito pouco atenderão ao modelo de 39 assistência exigido do enfermeiro no seu cotidiano.

Também foram oito os enfermeiros que ocuparam cargo de chefia, inclusive, em alguns casos, chefiam também seus colegas de profissão. Essa característica poderá ter influenciado as posições do enfermeiro relativas ao relacionamento paciente/hospital, uma vez que o enfermeiro pode tomar, muitas vezes, a defesa dos interesses do hospital e não dos interesses do paciente.

Quanto ao referencial espacial onde foi realizada a entrevista, predominou o ambiente hospitalar como o de preferência dos enfermeiros.

Houve disponibilidade à entrevista, o que vem qualificar os dados, (Kruger, 1981,p.125) haja vista que a maior parte delas durou de trinta a quarenta minutos.

Passaremos agora a apresentar os significados atribuídos pelos enfermeiros à "saúde", à "doença", ao "relacionamento enfermeiro/paciente" e ao "relacionamento paciente/hospital".

39 - Em conseqüência, ao fazer um curso na área preventiva, além de não se preparar adequadamente para o que lhe é exigido, ainda não adquire o "status" que um curso da área curativa conferiria ao seu currículo.

VI - A PRÁTICA DO ENFERMEIRO ATRAVÉS DOS SEUS DISCURSOS: SIGNIFICADOS ATRIBUÍDOS PELO ENFERMEIRO À "SAÚDE", À "DOENÇA", AO "RELACIONAMENTO ENFERMEIRO/PACIENTE" E AO "RELACIONAMENTO PACIENTE/HOSPITAL".

Após a categorização dos significados atribuídos pelos enfermeiros à "saúde", à "doença", ao "relacionamento paciente/enfermeiro" e ao "relacionamento paciente/hospital", elaboramos quadros-resumo dos mesmos por pensarmos que esses, além de dar uma maior organização aos dados, proporcionaria uma visão geral dos mesmos e, dessa forma, ajudaria na sua comparação.

A forma escolhida para organização dos quadros foi a seguinte: no cabeçalho estão as categorias que agruparam os significados; os traços pontilhados delimitam as respostas dos enfermeiros entrevistados. Por exemplo, o hospital A tem sete linhas pontilhadas para delimitar as oito entrevistas.

Quando não houve significados dados pelos enfermeiros em alguma categoria, deixamos o espaço correspondente a entrevista, em branco.

Os espaços preenchidos por traços horizontais correspondem as entrevistas retiradas do estudo.

Nessa ordem e dessa forma estarão sendo apresentados os significados atribuídos pelos enfermeiros.

HOSPITAL "A"

QUADRO DEMONSTRATIVO DOS SIGNIFICADOS ATRIBUÍDOS PELOS ENFERMEIROS AO CONCEITO DE SAÚDE

DEB ESTAR/ EQUILÍBRIO	ASPECTOS SUBJETIVOS	ASPECTOS SOCIAIS E ALIMENTAÇÃO	ASPECTOS BIOLÓGICOS
-equilíbrio biológico, psicológico		-alimentação boa, dinheiro, lazer	
-estar bem física, emocional e psiquicamente	-viver e morrer dignamente é um ideal	-alimentação, emprego, custo de vida compatível com gastos	
-um bem, equilíbrio a ser alcançado	-preocupar-se não é ter saúde	-o físico, o econômico e o social	
-estar bem consigo, feliz	-beleza		
	-voltar-se para a comunidade		
-preocupar-se com dinheiro é desequilíbrio	-ajuste familiar	-estar bem nutrido	
-equilíbrio em todos os aspectos	-aspectos emocionais		
	-tranquilidade pode ser saúde	-alimentação x desgaste físico e emocional	
	-o conceito da O.M.S não serve		
			-resultado de exames clínicos laboratoriais
			-quem tem saúde é o organismo
-estar bem física e psiquicamente		-alimentação adequada	-despesas x agressão
-estar bem em seu contexto	-boas condições de vida		-perigos à saúde: vírus, bactérias e fungos
	-produzir aquilo que lhe era esperado	-a pessoa pode estar desnutrida e não estar doente	-organismos x vírus, bactérias e fungos
-equilíbrio	-aproveitar coisas		
-funcionamento harmônico do organismo	-não ter despesas		
			-capacidade de fazer exercício físico, ginástica
			-acordar cedo
			-não fumar, não beber
-estar bem física e mental, sem doenças			-estar com infecção não é ter saúde
-bem estar bio-psico-mental	-a aparência		

HOSPITAL "B"

QUADRO DEMONSTRATIVO DOS SIGNIFICADOS ATRIBUÍDOS PELOS ENFERMEIROS AO CONCEITO DE SAÚDE.

EM ESTAR	HOSPITAL E SAÚDE	ASPECTOS SUBJETIVOS	RELACÃO FÍSICO/MENTAL/ ESPIRITUAL	TRABALHO E SAÚDE
<p>estar bem</p> <hr/> <p>estar bem plenamente dentro de toda a vida</p>	<hr/> <p>-saúde é promoção da saúde e saúde pública</p> <p>-o hospital tenta restabelecer a saúde</p> <p>-no hospital também há saúde qdo tem postos periféricos</p>	<p>-felicidade</p> <p>-alegria</p> <p>-superação dos problemas</p> <p>-estado de espírito</p> <p>-independe do conceito dos livros</p> <hr/> <p>-nada pode interferir no estado do paciente</p>	<hr/> <p>-o emocional e o mental compensam o físico quando não está bom</p> <p>-o físico é negligenciado quando o emocional e o mental estão equilibrados</p> <p>-saúde física, mental, emocional</p> <p>-só se trata a saúde física</p>	<hr/> <p>-desempenho das atividades</p> <hr/> <p>-remunerar bem os funcionários do hospital para incentivar bom tratamento</p> <p>-condições de sobrevivência, salário digno, condições de vida e de trabalho</p> <p>-varia com o local e o tipo de trabalho realizado</p>

HOSPITAL "C"

QUADRO DEMONSTRATIVO DOS SIGNIFICADOS ATRIBUÍDOS PELOS ENFERMEIROS DO CONCEITO DE SAÚDE.

BEM ESTAR/ EQUILÍBRIO	ASPECTOS SUBJETIVOS	RELAÇÃO FÍSICO/MENTAL/ ESPIRITUAL/SOCIAL	ASPECTOS BIOLÓGICOS	saúde/profissionais
-bem estar total, físico e mental	-disposição, alegria -a aparência pode enganar -bem estar físico é bonito, completo e complexo	-dimensão física (intelectual e social) -social é ter amigos, familiares, pessoas queridas, posição, bem-estar, lazeres e esporte -pode ser psicológico, social e físico - é dada prioridade à saúde física	-cor, peso são parâmetros para saúde -nem toda pessoa magra é doente -pele corada	- é tratada por psicólogos, psiquiatras, assistente social - é um comércio
-bem estar mental, espiritual	-desempenho das atividades normais, de forma normal	-boas condições e nomais de atividades psicossomáticas -desempenho das atividades físicas e psíquicas	-praticar esportes = saúde perfeita	
-sentir-se em equilíbrio				
-equilíbrio				
-cabeça, corpo, mente funcionando bem	-saúde não é doença, doença não é saúde			
-equilíbrio entre saúde e doença	-pode ser completa e incompleta -não há indivíduo com saúde completa	-físico, mente e espírito são dependentes		-não pode ser dada pelo enfermeiro
-bem estar completo em todos os aspectos	- é uma qualidade individual			
-equilíbrio das condições de vida física e mental	-não ter problemas, atrapalho, algo errado			
-estar bem, viver bem, não ter desequilíbrio	- é possível conviver com problema social de forma satisfatória			
-equilíbrio físico, mental e social				
-estar bem no todo, não só no físico				
-a harmonia e o equilíbrio são muito difíceis				

HOSPITAL "A"

QUADRO DEMONSTRATIVO DOS SIGNIFICADOS ATRIBUÍDOS PELOS ENFERMEIROS AO CONCEITO DE DOENÇA.

O PACIENTE COMO CRIADOR DA DOENÇA	ASPECTOS SOCIAIS E ALIMENTAÇÃO	ASPECTOS SUBJETIVOS	ASPECTOS BIOLÓGICOS	SINTOMAS/TRATAMENTO	TIPOS DE DOENÇA
	-falta de alimentação -desequilíbrio social -ser da classe baixa	- - - - - - - - -	-desequilíbrio biológico e psicológico; físico e mental		-pior doença é a fome; -doença mesmo é o tumor; -doença exige aplicar medicação;
-a doença pode ser causada pelo sentimento, pela pessoa mesma		-a criança não devia adoecer -as pessoas deviam adoecer mais tarde -todos estão doentes		-as técnicas e as invenções não interferem na diminuição da doença	-existe a doença leve/pesada; cíclica/acíclica; da fome/do tumor; da classe baixa/da classe média superior; deprimente/não deprimente.
	-a má nutrição pode ou não provocar doença	-não se sentir bem			
-a doença pode ser inventada	-stress, alimentação inadequada, poluição agitação	-funcionamento desarmônico	-instalação do germe	-confunde-se doença com seus sintomas	
	-jovem com enfarto ou derrame pelo stress		-síntomas, alterações hematológicas, emagrecimento	-a medicina deveria explicar a doença	
	-má alimentação		-exames minuciosos para detectar a doença		
-a doença pode ser criada, imaginada			-alteração		
-os conflitos e as dependências são doenças criadas	-o meio de vida das pessoas por não proporcionar boa alimentação é a principal causa das doenças	-a população não é saudável porque vive sob tensão	-baixa resistência orgânica	-saúde do adulto é o mesmo que estudar a doença e o seu tratamento	
	-depende da moradia onde a pessoa vive, alimentação, descanso, lazer		-a doença pode ser física		
	-a poluição é causa de doença		-a doença tem uma causa		
			-fumar, beber, comer carne gorda causa doença		
			-doença é cefaléia, resfriado, conjuntivite		

HOSPITAL "B"

QUADRO DEMONSTRATIVO DOS SIGNIFICADOS ATRIBUÍDOS PELOS ENFERMEIROS AO CONCEITO DE DOENÇA

ATITUDES FRENTE A DOENÇA	ASPECTOS SUBJETIVOS	SINAIS/SINTOMAS/ CAUSAS	TIPOS DE DOENÇA
<p>-o doente demonstra sua doença</p> <p>-na doença a pessoa se considera inútil</p> <p>-----</p> <p>-a doença é perceptível pela maneira de conversar, de ficar perante as pessoas, pela frustração e dor</p> <p>-atitudes características do doente tem a ver com os hábitos de sono, repouso alimentação e ritmo</p> <p>-a doença ataca os fatores mental, emocional e físico</p>	<p>-não há separação entre saúde e doença</p> <p>-todas as pessoas têm alguma doença</p> <p>-a doença é curada no hospital pelo seu ambiente e tratamento</p> <p>-na doença é necessário tratamento</p> <p>-a doença é superável</p> <p>-----</p>	<p>- é estar debilitado</p> <p>- é estar num estado horrível</p> <p>-são causadas por problemas do meio</p> <p>-----</p> <p>-causada por problemas</p> <p>-tem mais de uma causa</p> <p>- é anormalidade</p>	<p>-doença física necessita tratamento medicamentoso; é um mal</p> <p>-doença grave é decorrente do paciente que não ajuda</p> <p>-na doença incurável o paciente deve ajudar a superar</p> <p>-a doença psíquica é um estado de espírito</p> <p>-a doença não-física é imaginada, fruto do pensamento</p> <p>-----</p> <p>-na doença grave o físico está sempre envolvido</p>

HOSPITAL "C"

QUADRO DEMONSTRATIVO DOS SIGNIFICADOS ATRIBUÍDOS PELOS ENFERMEIROS AO CONCEITO DE DOENÇA.

ASPECTOS BIOLÓGICOS	DESEQUILÍBRIO	ASPECTOS SOCIAIS E ALIMENTAÇÃO	ASPECTOS SUBJETIVOS
-infecção, febre, dor, tumor, cancer	-desequilíbrio	-problema financeiro	-preocupação
-envolver-se com exames e médico		-classe social baixa não se alimenta, falta vitaminas, proteínas, sais minerais	-falta de integridade física, psicológica e social
-não desempenhar atividades esportivas		-fome	-não desempenhar atividades normais de trabalho e lazer
-ter deficiências orgânicas		-agrotóxicos, poluição, enlatados, conservantes	-cada pessoa tem um padrão, um normal
		-nível sócio-econômico ruim	-as pessoas hoje são mais doentes
			-pela doença é possível conhecer-se o paciente
			-é possível detectar a doença pela aparência
			-aparência apática
	-desequilíbrio total		
	-quando uma parte está afetada o todo também está	-condições econômicas de saúde, de alimentação, de higiene e meio ambiente, levam a adoecer	
	-doença causa desequilíbrio, o organismo desequilibra		
	-a pessoa esquisita, histérica não é tratada como doente		
	-o psicólogo não é tratado como doente		
-problema físico			
	-desequilíbrio		-gerada por problemas
	-desarmonia		-problemas não tratados
			-falta de algo social, carência afetiva, alguma coisa errada

HOSPITAL "A"

QUADRO DEMONSTRATIVO DOS SIGNIFICADOS ATRIBUÍDOS PELOS ENFERMEIROS AO RELACIONAMENTO PACIENTE/ENFERMEIRO

PAPEL DO ENFERMEIRO	ATENDIMENTO DO ENFERMEIRO	VISÃO DO PACIENTE
-fazer algo pelo paciente	-o pte cirúrgico traz gratificação pq vai embora bem	
-acompanhamento	-o enfermeiro tem que dispor de tempo e estrutura forte	
-parar e escutar o paciente em fase final	-o pte vem em 1º lugar no trabalho do enfermeiro mas não para todos	-a visão mais ampla de saúde e doença leva em conta o paciente como um todo, inclusive sentimento
-promover o bem-estar	-o pte em fase final não é gratificante para o enfº	-para o enfº o pte é um nº, uma coisa
-fazer o paciente melhorar, diminuir a dor e ansiedade	-o que traz gratificação no trabalho do enfº é o pte	-paciente é uma boa forma de chamar
-segurar a barra do paciente	-traz gratificação para o enfº o pte que sai bem e feliz	-o paciente que melhora mais rápido e conversa é preferido
-levar em conta as necessidades do paciente	-não pode haver discriminação de paciente	
-promoção da saúde	-o enfermeiro deve ter visão ampla para trabalhar com outros profissionais	
-atendimento humano e favorecimento dos cuidados necessários	-chamar repetidas vezes o profissional o chateia, deixa nervoso e o cansa	-a educação e a alimentação fazem o pte pensar e reivindicar direitos
-o enfermeiro é o maior responsável pelo tratamento	-o enfermeiro sana, liberta o paciente da ansiedade	-receptividade
	-o enfermeiro atende conforme o caso	-o adolescente precisa de mais orientação
	-o local não influencia na assistência	-o paciente depende do enfermeiro
	-para atender bem é preciso gostar, fazer com amor	-o paciente precisa do enfermeiro
	-escutar e dialogar são importantes para atendimento	-o paciente está à mercê do enfº
	-o tempo é importante no atendimento	-ver o paciente como um todo
	-o atendimento humano depende de vocação	-há p.tes mais e menos dependentes do enfº Ex.: SR e andar
	-a infra-estrutura é importante no atendimento	-as necessidades dos p.tes mudam conforme o local da internação
	-a orientação é uma atividade importante desde que com tempo e contínua	
	-pelo profissional todos os pacientes deveriam ter vaga	
-proporcionar conforto	-alguns enfermeiros dominam o paciente	-aceitação das orientações
-orientar sobre saúde	-inibir a reclamação do paciente é uma ato inconsciente	-o pte quer mordomias
-trabalhar para a saúde		-aceitação dos serviços oferecidos pelo hospital
-adivinhar o que o paciente quer	-p/ o enfº fazer prevenção é necessário maior tempo e nº	-o pte do INAMPS deve exigir menos
-abrandar diagnósticos, disfarçando	-se houvesse quantidade de enfermeiros e um líder, os enfermeiros de cabeceira seriam bons p/ o paciente	-o pte do INAMPS quer mordomia, quarto separado s/ criança chorando e sem p te menos higiênico do lado
-orientação a pessoas saudias	-a prevenção motiva o profissional	
-dedicação à prevenção	-é melhor prevenir que tratar	
-mostrar a importância do controle médico	-a quantidade de enfermeiros é que determina ficar ou não na cabeceira do paciente	
	-o auxiliar que deve ficar na cabeceira do paciente	
	-o enfermeiro deve ter espírito de liderança	-as pessoas são diferentes conforme a classe
	-o paciente precisa de apoio e cuidados	-p/ o pte é bom ter um enfº líder
-fazer no p.te procedimentos técnicos e delicados crescer e mudar, buscando as promoções	-o enfermeiro faz o paciente ser muito dependente dele	-só é bom p/ o paciente o que é bom p/ o enfº
o enfº de cabeceira é um mal de Faculdade	-o paciente quando tratado como coitadinho, volta p/ o hospital porque nele recebeu atenção e cuidados	-o pte não é coitadinho, pobrezinho
apoio(atender, conversar)	-o paciente deve ser tratado de acordo com a sua situação na sociedade	-o paciente é um ser humano
p/ proporc. tranquilidade	-ter privilégio é trabalhar com pessoas saudias	-a população que faz prevenção não é a classe média nem a baixa
ressaltar a importância do pré-natal	-o enfermeiro dedicado é o de cabeceira	
alerar p/ possíveis problemas	-a prevenção é um bem moral interior p/ profissional	
	-ter paciência, perserança e tranquilidade com o pte	
	-se relacionar bem com o pte independentemente de setor ou especialidade.	

HOSPITAL "B"

QUADRO DEMONSTRATIVO DOS SIGNIFICADOS ATRIBUÍDOS PELOS ENFERMEIROS AO RELACIONAMENTO PACIENTE/ENFERMEIRO

PAPEL DO ENFERMEIRO	ATENDIMENTO DO ENFERMEIRO	VISÃO DO PACIENTE
<ul style="list-style-type: none"> -instruir -fazer sentir-se útil -conversar para reanimar -carinho, cuidado, atenção, delicadeza -bom relacionamento 	<ul style="list-style-type: none"> -o enfermeiro manobra para atender -o doente deve ser tratado como são -tratar paciente como ser humano -o paciente é diferenciado pelo enfermeiro 	<ul style="list-style-type: none"> -quem precisa de apoio é tratado como doente
<ul style="list-style-type: none"> -atender a saúde e a doença -recuperar o paciente -fazer exercício respiratório -fazer movimentação ativa no paciente -fazer visita pré-operatória -ser diplomático -atender diferente do funcionário -atender direito o paciente -atender o paciente grave -avaliar o paciente quando não está sobrecarregado -não chamar o paciente de chato quando chama toda hora -estar atento às necessidades do paciente 	<ul style="list-style-type: none"> -a sobrecarga de trabalho dificulta ou impede o relacionamento paciente/enfermeiro -bom atendimento é conversar, apoiar, mostrar interesse pelo paciente, controle dos sinais vitais e apoio -mau atendimento é tratar o paciente como doença -as questões burocráticas e administrativas são prioritárias ao atendimento do paciente -visar o bem do paciente -estar ligado no paciente 	<ul style="list-style-type: none"> -o paciente não tem condições de se cuidar e de decidir -o enfermeiro vê se o paciente tem saúde ou doença pelo seu conhecimento científico e técnico, queixas, dúvidas, mas a ansiedade do paciente dificulta essa visão

HOSPITAL "C"

QUADRO DEMONSTRATIVO DOS SIGNIFICADOS ATRIBUÍDOS PELOS ENFERMEIROS AO RELACIONAMENTO PACIENTE/ENFERMEIRO

PAPEL DO ENFERMEIRO	ATENDIMENTO DO ENFERMEIRO	VISÃO DO PACIENTE
- à medida que o enfº melhora a sobrevida e a qualidade de vida, trabalha p/a saúde	-o enfº pensa que faz pelo pte, mas quem faz é o hospital	-a visão do pte depende da personalidade do enfº
-o enfermeiro trata os casos e estes devem ser vistos de forma diferenciada e não igual	-o hosp. ajuda o pte-comida, transporte, pensão, através da ass. social	-ver o pte como um todo é tratar o psicológico em faixas etárias, é tratar a saúde
-o enfermeiro deve ser humano e ajudar o paciente	-salvar é menos prevenir do que orientar	-"meu paciente"
-ter atitudes humanitárias com o paciente	-o tratamento pode dar saúde ao pte, qualidade de vida	-normalmente o pte não tem apoio psicológico
-tratar o paciente primeiro que outro profissional da saúde	- à medida que os pais vêm mais confiantes para o tratamento, o enfº fica mais confiante	-mesmo tendo suas necessidades afetadas o pte é tratado como uma coisa qualquer
-pensar na doença do paciente, no seu tratamento	-o enfº não tem sucesso na profissão porque trata de doença e não do doente	-o pte incomoda e exige muito
- - - - -	-o enfº não concorda com a desistência do tratamento mas sente-se impossibilitado de contratá-la	-os pacientes mais reservados precisam de menos apoio psicológico
- - - - -	-o tratamento é bom qdo o pte é visto como um todo	-o pte é um objeto de trabalho
- - - - -	-devido ao tratamento determinado pela estrutura do hospital ser autoritário, é difícil os enfermeiros serem flexíveis	- - - - -
- - - - -	-a enfª nzo é flexível, ser flexível é pensar no pte em 1º lugar	-o pte é mais importante p/ o acadêmico de enfermagem do que para o enfº porque está mais a disposição do aluno, está ali para aprender
- - - - -	-os mesmos profissionais atendem o pte de forma diferenciada	-por ser humano o pte merece respeito e cuidados
-a orientação para alta é importante p/o pte que sai mas há outros cuidados que também são importantes	-leva em conta o físico, o econômico e o social, mas o físico é predominante	-o pte valoriza o trabalho do enfº
-o enfermeiro, mesmo que não atenda diretamente o paciente tem mais condições de tirar-lhe as dúvidas do que o auxiliar e o atendente	-o enfº não faz de forma satisfatória a assistência psicológica nem os cuidados e práticas com o pte	-o pte não identifica o enfº na equipe
-o enfermeiro poderia ficar menos no posto para ter mais contato com o paciente	-o número pequeno de pacientes ajuda na assistência psicológica	- - - - -
-o enfº poderia ser mais flexível com as normas prescritas p/ o pte	-o pte fica sozinho mesmo não sendo bom para ele	- - - - -
-o enfº não defende o pte	-considerar a dor do pte	- - - - -
estar preparado para ver mais que a patologia	-colocar o tratamento em 1º lugar ao pte	- - - - -
ver todos os lados da vida da pessoa	-tratar o pte como quem tem deficiências orgânicas e psíquicas	- - - - -
ser útil para o paciente, é criar alternativas	-o pte fica sozinho mesmo não sendo bom para ele	- - - - -
	=====	-o pte é mais importante p/ o acadêmico de enfermagem do que para o enfº porque está mais a disposição do aluno, está ali para aprender
	-o enfº qdo tem tempo orienta bem e qdo não, orienta mal	-por ser humano o pte merece respeito e cuidados
	-as mães que se preocupam, perguntam e sabem e as mães que não se preocupam não perguntam e não sabem	-o pte valoriza o trabalho do enfº
	-o enfº não se dedica a conversar e orientar o pte	-o pte não identifica o enfº na equipe
	-não adianta tratar o pte no hospital, pois é na comunidade que os problemas existem	- - - - -
	-a relação enfº/pte deve ser experienciada p/ se emitir opinião	- - - - -
	-"o enfº só aparece na hora de receber elogios"	- - - - -
	-a orientação pré-operatória é muito importante p/o pte, porém só é feita em casos de cirurgia complicada e pte recuperável	- - - - -
	-enfº das unidades não gostam de receber ptes não recuperados	- - - - -
	-o enfº por não estar próximo do pte não o defende	- - - - -
	-o enfº por ser da mesma classe social do pte não desenvolve laço afetivo com o mesmo e cobra as normas prescritas	- - - - -
	-o relacionamento do pte com o enfº é tão mau que o pte cobra	- - - - -
	-as prescrições com a enfermagem não proporcionam dedicação do enfº ao pte	- - - - -
	-tratar o pte como um todo físico e social	- - - - -
	-não é dada atenção e carinho ao pte	- - - - -
	-mais de 50% do tempo do enfº é p/ atividades administrativas	- - - - -

HOSPITAL "A"

QUADRO DEMONSTRATIVO DOS SIGNIFICADOS ATRIBUÍDOS PELOS ENFERMEIROS AO RELACIONAMENTO PACIENTE/HOSPITAL

PAPEL DO HOSPITAL	ATENDIMENTO DO HOSPITAL	VISÃO DO PACIENTE
hospital não faz promoção da saúde	-os convênios beneficiam as pessoas com deficiência	-para a empresa o paciente é muito importante
hospital não tem vínculo com a comunidade e não orienta a população	-deficiências fazem o hospital suspender cirurgias	-a empresa dá importância ao paciente
hospital não pode expolar sua função atendendo problema social	-na área cirúrgica o hospital visa a cura	-os convênios feitos com o hospital mostram que o paciente está em 1º lugar
função do hospital é atender problema agudo	-fazer os exames necessários àquela internação	-o hospital precisa do paciente carente para manter-se
hospital tem que proporcionar consulta de enfermagem	-os exames devem ser requisitados p/ o problema da internação	-o paciente deve ser satisfeito em tudo
hospital deve proporcionar assistência multi-profissional	-a renda diferencia a assistência	-o paciente não deve ser tomado como um caso
	-os pacientes de boa renda são bem assistidos	
	-estrutura ambulatorial boa para atender os problemas sociais	
	-para a assistência não deve haver falta de recursos e leitos	
	-o paciente não deve sofrer e ser traumatizado pela assistência	
	-o hospital deve aumentar a qualidade de sua assistência	
	-o hospital não dá quarto individual ao paciente	-o paciente é fonte de lucro, educação e estágio
investir em equipamentos modernos, sofisticados, material descartável	-o hospital interna pacientes de renda alta e baixa	-a coordenação de enfermagem pode ou não visar o paciente
	-o hospital não pode resolver todos os problemas dos pacientes	-visar o paciente é não elevar muito o nº em relação aos funcionários
relatam sintomas	-o enfermeiro ajuda a orientar o objetivo para a assistência	
	-o atendimento varia de acordo com a condição financeira e o convênio com o hospital	
	-o hospital atende bem mas não o ideal	
	-a situação financeira do paciente cria insatisfação com o hospital	-o hospital não deve ver o paciente como doente, mas como ser humano como todas as necessidades
o local é o indicado para prevenção		-para o paciente é bom comungar, ir e participar da igreja, fazer reunião
	-a paciente por não ter um pré-natal estruturado, com muita orientação, chega ansiosa, dependente e insegura no Centro Obstétrico	
	-a enfermeira é necessária no pré-natal, mas não há	
	-as normas e rotinas do hospital atrapalham o relacionamento enfermeiro/paciente	
	-não há convergência entre as necessidades apontadas pela enfermeira da unidade com a enfermeira chefe, supervisora e dificuldades financeiras do hospital	
	-o paciente não recebe orientações na área materno-infantil porque há muito movimento, o tempo de internação é pequeno e o número de funcionários é reduzido	
	-a cura é mais importante que a prevenção	

HOSPITAL "B"

QUADRO DEMONSTRATIVO DOS SIGNIFICADOS ATRIBUÍDOS PELOS ENFERMEIROS AO RELACIONAMENTO PACIENTE/HOSPITAL

PAPEL DO HOSPITAL

ATENDIMENTO DO HOSPITAL

VISÃO DO PACIENTE

-o hospital deve dar um atendimento humanitário ao paciente

-o hospital não ajuda na saúde porque não remunera bem os funcionários

-em casos especiais o material descartável é descartado

-isolar pacientes graves e contaminados é pensar no paciente

-os funcionários se revoltam com o hospital pelo atendimento

-o funcionário não tem tempo e não explica nada para o paciente

-má remuneração do funcionário gera insatisfação e atendimento precário

-a mão-de-obra do hospital é sem formação e escassa

-os funcionários trabalham pelo emprego

-devia ter enfermeiros em unidades

-o funcionário está insatisfeito com o que ganha do hospital

-atendimento de graça é dado nas enfermarias

-atendimento de enfermaria é o melhor

-o funcionário mal pago se sente escravizado e irritado e isso repercute no paciente

-o paciente que se queixa tem seu atendimento prejudicado

-os pacientes não são bem atendidos

-ganha-pão para o funcionário

-dinheiro para o hospital

-ser humano que precisa de cuidados

-fonte de lucro

-os participantes são encaminhados a outro hospital para não deixarem de fazer cirurgia, pois o Centro Cirúrgico está em reforma. Isso traz mais prejuízo que lucro.

HOSPITAL "C"

QUADRO DEMONSTRATIVO DOS SIGNIFICADOS ATRIBUÍDOS PELOS ENFERMEIROS AO RELACIONAMENTO PACIENTE/HOSPITAL

PAPEL DO HOSPITAL	ATENDIMENTO DO HOSPITAL	VISÃO DO PACIENTE
	-por ser hospital-escola os estudantes se empenham em atender bem o paciente para se gratificarem e capacitarem	-criança não gosta de ser internada
	-o paciente espera muito e ainda não é atendido	-o paciente representa gasto e campo de aprendizado para o hospital
	-o paciente não é atendido como um todo, pois ainda não há trabalho multiprofissional	-o paciente é um objeto
	-o hospital passa a imagem do paciente estar jogado pelo corredor	-quanto mais paciente particular maior o lucro
	-os pacientes gostam do atendimento dado pelo hospital	-o hospital precisa de paciente para funcionar
	-há pessoas no hospital que não vêem o lado humano do paciente	-quanto menos paciente interno menor o lucro
-como o hospital proporciona treinamento ao funcionário em medicação e não na área de recreação e integração quando ele desenvolve essas tarefas, é por interesse e personalidade próprios	- é bom o paciente dar alta rapidamente	-o paciente faz a estrutura girar
	-a prática hospitalar é autoritária com o paciente	-paciente é fonte de lucro
	-não importa o tempo de internação do paciente	- - - - -
	- - - - -	- - - - -
	-o paciente é entendido por uma equipe de enfermagem que se preocupa em executar as técnicas nele, não se preocupando com o seu todo e querendo que ele não incomode muito	-o paciente é tão importante quanto o hospital
-o hospital deve voltar-se para o paciente, mas nem tudo no hospital está voltado para o paciente	-nem sempre as crianças hospitalizadas encontram para cuidá-las funcionários preparados	-não adianta o paciente se sentir bem só na parte médica, é preciso bom acompanhamento para ajudar o emocional e o moral do paciente
-o hospital não proporciona uma boa apresentação da comida p/o pte	-as crianças que aceitam a hospitalização encontram no hospital melhor situação que em casa, porque não querem ir embora	
-por não pensar na relação pte/hosp o enfro sente dificuldade em entendê-la	-no Hospital Universitário não há tanta diferenciação entre paciente rico e pobre porque internam pouco paciente particular e porque é um hospital-escola	
-o hospital não se preocupa com a comida do pte	-o hospital que procura o melhor para o paciente prepara seus funcionários para um atendimento humanizado	
-o hosp. não agrada o paciente	-o atendimento não se diferencia muito em instituições públicas e privadas	
	-o hospital não tem rotina da visita pré-operatória, por isso, não visa o bem do paciente	
-nível satisfatório de atendimento		

VII - Resultados Alcançados

Hipótese 1

Ao falarem sobre saúde os enfermeiros pesquisados adotaram a expressão "bem-estar" aliada às dimensões "psíquica", "emocional", "física", "biológica", "mental". A dimensão social foi pouco ressaltada na forma explícita, mas apareceu no decorrer da entrevista sob a forma de "condições de vida", problemas alimentares, desde a desnutrição ou até uma má nutrição. No entanto, houve um reforço bem mais acentuado a questões que discordam do conceito da OMS, como a expressão "equilíbrio" sob a conotação de harmonia das dimensões e não de completude ou plenitude como quer a OMS. Aspectos bastante ressaltados são os biológicos como "capacidade física", "peso," "coloração da pele" e os subjetivos como "disposição, alegria", "não ter problema", "ajuste familiar".

Raramente foram lembradas as outras dimensões dadas pela OMS, como o papel do Estado ou a saúde como direito. Sendo assim consideramos esta hipótese não comprovada.

Hipótese 2

O discurso dos enfermeiros sobre doença adotou expressões que caracterizam aspectos como "desequilíbrio", também relevou os aspectos biológicos e os parâmetros orgânicos a ponto de, ao não encontrá-los, supor que "o paciente inventa a doença". Foram usados termos médicos como "cefaléia", "mal orgânico", e até foi objetivada a doença em sinais e sintomas. O modelo da normalidade, do "funcionamento orgânico", da interação das partes foi fortemente representado nas respostas dadas.

Os aspectos subjetivos merecem destaque uma vez que estiveram presentes em grande parte das entrevistas, como "aparência apática", "cada pessoa tem um padrão normal", "doença é superável", "todos estão doentes".

A caracterização da doença como algo físico, que afeta a fisiologia é evidente, pois mesmo que reconheçam a doença psíquica, é nos problemas físicos que percebem a doença: "doença física necessita tratamento medicamentoso, é um mal"; "a doença psíquica é um estado de espírito", "na doença grave o físico sempre está envolvido"; "doença exige aplicar medicação."

Houve o reconhecimento dos aspectos sociais no desencadeamento da doença, havendo até a relação entre doença e classe social, porém esta não foi a abordagem predominante.

Esta hipótese foi comprovada.

Hipótese 3:

Dentre as atividades relatadas pelos enfermeiros como de sua prática, predominam as de caráter administrativo como "admissão dos paciente", "encaminhar coleta de exames"; "orientação dos cuidados aos funcionários"; "reunião com grupo multiprofissional" "pedido de compra de material", entre outras.

Ao desempenharem atividades técnicas os profissionais tem como propósito que o paciente se recupere e possa voltar a sua vida "normal", para isso realizando, "sondagem-nasogástrica e vesical instalação de Diálise Peritoneal Intermitente (DPI)"; "cuidados específicos com reações a administração de drogas", ou então, desejam contribuir diretamente no cuidado médico, realizando "recepção do RN e observação quando não tem pediatra"; "avaliação da DPI"; "instalação de Pressão Venosa Central (PVC)"; "exame físico e do nível de consciência".

Quando referem atividades de orientação, estas estão voltadas ao procedimento médico, ou seja, "orientação para o preparo cirúrgico; "orientação dos efeitos colaterais das drogas". Apenas uma entrevista destinou uma orientação ao cuidado com a saúde qual seja, "orientar a mãe sobre amamentação, banho, higiene, alimentação", na alta do recém-nascido. Consideramos esta hipótese comprovada.

Hipótese 4:

Como ficou caracterizado na hipótese 2 o discurso de doença do enfermeiro em muito apoiou-se nos parâmetros médicos.

Quanto às atividades relatadas, identificamos que de um total de 68, 24 foram consideradas técnicas; 38 administrativas e apenas 06 de orientação.

Quanto as atividades normatizadas pela instituição, de um total de 67 atividades, 17 caracterizam-se como técnicas; 45 como administrativas e 05 como de orientação.

Fazendo uma comparação entre as mesmas, obtivemos os seguintes percentuais:

	diferenças de percentuais
-atividades técnicas relatadas: 35,29%	9,92
-atividades técnicas normatizadas: 25,37%	
-atividades administrativas relatadas: 55,88%	11,28
-atividades administrativas normatizadas: 67,16%	
-atividades de orientação relatadas: 8,82%	1,36
-atividades de orientação normatizadas: 7,46%	
Total atividades técnico-administrativas relatadas: 91,17%	1,36
Total atividades técnico-administrativas normatizadas: 92,53	

Entendemos, então, que as atividades técnico-administrativas, relatadas pelo enfermeiro são normatizadas pela instituição, bem como o discurso de doença adotado pelo enfermeiro é de suporte técnico-administrativo ao cuidado médico, o que vem comprovar a nossa hipótese.

Hipótese 5:

Esta hipótese ficou indiretamente comprovada na hipótese 4, ou seja, o relacionamento enfermeiro/paciente caracteriza-se mais pelo cumprimento de técnicas e rotinas administrativas do que por orientações de educação à saúde, pois predominam as atividades técnico-administrativas no relato que o enfermeiro fez de suas atividades, sendo somente 8,82% corresponderam a atividade de orientação.

Hipótese 6:

Observamos situações de coerência e incoerência entre o discurso do enfermeiro sobre relação enfermeiro/paciente e o modelo de assistência que relata como de sua prática.

O enfermeiro foi coerente quando, por exemplo, entendeu o paciente como dependente do seu trabalho, cabendo a ele até "adivinhar" problemas do paciente e, da mesma forma, relatou atividades em que o enfermeiro tem total controle sobre o paciente, como "avaliar nível de consciência", "supervisionar", "evoluir". Também foi coerente quando colocou o atendimento do paciente como prioritário e relatou atividades de atendimento direto e orientação.

Houve situações em que a incoerência entre o discurso e as atividades se manifestou claramente, onde o enfermeiro, ao ressaltar o paciente como importante, relatou atividades eminentemente administrativas. Não verificamos

situação de incoerência em que o enfermeiro relatasse atividades mais junto ao paciente e tivesse um discurso técnico-administrativo.

Portanto, sentimos dificuldade em dar essa hipótese como comprovada.

Hipótese 7:

Na maior parte das entrevistas não houve coerência entre o discurso sobre saúde e as atividades relatadas e normatizadas pela instituição, comprovando a hipótese por nós levantada. Exemplo disso podemos encontrar na definição de saúde como "bem estar" e atividades que visam a "coordenação de projetos", "pedido de compra de material" ou "substituição de folgas".

Houve coerência em alguns casos como, por exemplo, o entendimento de saúde com "equilíbrio físico-mental", "estar bem", "harmonia" e "não ter problemas" associado a atividades tais como "resolver problema social", "encaminhamento ao serviço social", "contato com a unidade para conseguir leito".

Hipótese 8:

Várias formas de expressar o relacionamento do enfermeiro com o paciente nos levaram a comprovação dessa hipótese. Uma delas foi o uso de verbos como FAZER, ADIVINHAR, ABRANDAR, DISFARÇAR, TRATAR, DEVER, CONSIDERAR. Estes nos parecem ter em si um conteúdo que expressa uma relação hierárquica em que alguém tem poder para desenvolver aquela ação, como por exemplo "FAZER o paciente melhorar", ou "ABRANDAR diagnósticos,

DISFARÇANDO", ou mesmo, "CONSIDERAR A DOR do paciente". Essa última expressão - de considerar a dor do paciente - nos chamou particularmente a atenção, pois quer nos parecer que o enfermeiro sente necessidade de reforçar até mesmo atitudes inerentes ao cuidado de enfermagem.

Houve enunciados que indiretamente nos apontam nessa direção, de relação unilateral, dominadora, como "o paciente vem em primeiro lugar no trabalho do enfermeiro, MAS NÃO PARA TODOS os enfermeiros" "não pode haver DISCRIMINAÇÃO de paciente", "TRATAR o paciente como SER HUMANO".

Outros enunciados revelam de forma bastante explícita tal relação como "ALGUNS enfermeiros DOMINAM o paciente", "o enfermeiro MANOBRA para atender", "a enfermeira NÃO É FLEXÍVEL. Ser flexível é PENSAR NO PACIENTE EM PRIMEIRO LUGAR".

VIII CONCLUSÕES

Relativas ao conceito de Saúde dos Enfermeiros:

A principal tendência manifestada pelos enfermeiros ao conceituar saúde foi relacioná-la com o "bem-estar" - significando "equilíbrio", "relacionamento harmônico" - e com os "aspectos subjetivos" - expressando sentimentos como "alegria". Os valores de ordem emocional, como "ajuste familiar" também foram lembrados, bem como expectativas da sociedade em relação às pessoas, como "produzir o que lhe era esperado". Notamos, nessa tendência, um reforço bem mais acentuado a questão que discordam do conceito da OMS, pois os aspectos ressaltados adotaram uma conotação de harmonia e não de completude ou plenitude como quer a OMS.

Como segunda tendência vieram os "aspectos biológicos" ("cor, peso, capacidade física") e a relação entre físico, mente e espírito, na qual o enfermeiro demonstrou uma certa confusão, pois conceitua saúde usando esses parâmetros e ao explicá-la lança mão de outras dimensões. Um exemplo disso podemos encontrar na entrevista 10. Nela o enfermeiro conceitua saúde como "um bem-estar físico, intelectual e social" e, ao ser perguntado sobre o que seria o intelectual, respondeu "intelectual seria

mais o psicológico" e o social. "seria ter um relacionamento bom, ter pais, familiares, amigos, pessoas queridas. Quando se cita o social, já é a posição, financeira, o bem-estar, os lazeres - importantíssimo para manter boa saúde - o esporte".

A dimensão social foi pouco ressaltada, aparecendo no decorrer da entrevista sob a forma de "condições de vida", "problemas alimentares" - desde a desnutrição à má nutrição: a alimentação foi fortemente relacionada à dimensão social por quase todos os enfermeiros entrevistados. No entanto, notamos que não foram atribuídos a esta dimensão significados específicos.

Raramente foram lembradas as dimensões consideradas no conceito da saúde da OMS. O enfermeiro não fez vínculo entre saúde e desenvolvimento e nem a relacionou com o Estado. Também pudemos observar a pouca relação que fez do indivíduo com a sociedade, do biólogo com o social; dos aspectos subjetivos com os objetivos. Não interpretou a saúde como direito e nem a relacionou com a classe social.

Nos pareceu que o equilíbrio vital foi tomado como pressuposto do organismo, ou seja, a questão da saúde e da doença esteve mais ligada aos aspectos biológicos ou ao equilíbrio entre o físico, o mental e o espiritual.

A relação feita pelos enfermeiros entre trabalho e saúde - "boa remuneração", "desempenho das atividades" - e entre a saúde e os profissionais - "a saúde não pode ser dada pelo enfermeiro" - deteve-se a valorizar a saúde no seu aspecto econômico e de produtividade.

Pela relevância que os aspectos subjetivos tomaram no discurso da saúde dos enfermeiros e pela falta de uma visão crítica dos problemas de saúde vigentes no país, entendemos ser a visão de saúde do enfermeiro uma visão simplista e limitada, sem suporte de referencial teórico que lhe proporcione critérios de avaliação.

Relativas ao Conceito de Doença dos Enfermeiros:

O conceito de doença dos enfermeiros baseou-se em "aspectos subjetivos" tais como "a doença é superável" ou "alguma coisa errada". No entanto, não consideramos estes aspectos preponderantes apesar de terem sido bastante lembrados, haja vista que a categoria "aspectos subjetivos" apareceu nos três hospitais conceituado saúde e doença. Consideramos os aspectos objetivos tais como os biológicos, a classificação da doença em "tipos", em "sinais, sintomas, causa, tratamento" os mais significativos na conceituação de doença por parte dos enfermeiros entrevistados. Por estarem distribuídos em categorias esses dados objetivos aparentam ser menos lembrados, no entanto, o fato deles estarem presentes em quase todas as categorias as qualificam como preponderantes. Os aspectos biológicos e os parâmetros orgânicos foram tão relevantes a ponto de, o enfermeiro, ao não encontrá-los, supor que "o paciente inventa a doença" ou então que "doença física necessita tratamento medicamentoso, é um mal" enquanto que "a doença psíquica é um estado de espírito" ou mesmo que é na doença grave que o físico está sempre envolvido. Sendo assim, entendemos que as definições de doença foram elaboradas pelos enfermeiros com base no uso da metalinguagem da área médica como

"cefaléia", "mal orgânico", "tumor", stress". O modelo de normalidade, do "funcionamento orgânico", da interação das partes foi fortemente representado nas respostas dadas, mostrando como o enfermeiro tem como modelo de doença o modelo médico hospitalar.

Tanto na conceituação de saúde quanto na de doença os enfermeiros ressaltam a relação entre o objetivo e o subjetivo. O subjetivo fortemente baseado na experiência pessoal e o objetivo na profissional. Porém o enfermeiro não alcançou o necessário entendimento dessas duas dimensões uma vez que, se por um lado, os conceitos de saúde foram elaboradas com base em posições heterogêneas, representando escalas valorativas unicamente pessoais, por outro, sua conceituação de doença foi correlacionada subjetivamente em fatores de ordem econômica e social, tais como diferenças de classe, influência dos tipos de atividades e ritmos de produção dos indivíduos, dos hábitos alimentares, de vida, mas não se vincularam às formas de sobredeterminação de uma política de saúde vigente no país. Outro aspecto que devemos ressaltar é o de que, ao contrário do que aconteceu com o conceito de saúde, houve coerência entre os significados dados à doença e as atividades relatadas e normatizadas. Esta constatação vem reforçar uma outra feita anteriormente com o conceito de saúde, ou seja, que quem direciona a prática é um saber de doença, cabendo as instituições médicas o executarem. Assim, como temos entendido desde o início deste estudo, um conceito de saúde adequadamente compreendido não fez falta para guiar a prática desses enfermeiros.

Vem reforçar esta posição o fato da coincidência de categorias na conceituação de saúde do hospital "A" - BEM ESTAR; EQUILIBRIO; ASPECTOS SUBJETIVOS, ASPECTOS SOCIAIS E ALIMENTAÇÃO, ASPECTOS BIOLÓGICOS - serem as mesmas usadas pelo Hospital "C" para conceituar doença - ASPECTOS BIOLÓGICOS ; DESEQUILÍBRIO - ASPECTOS SOCIAIS E ALIMENTAÇÃO; ASPECTOS SUBJETIVOS. Aqui fica bem mais clara a possibilidade de confusão entre estes conceitos.

O enfermeiro não fez alusão à relação entre doença e as instituições médicas como executoras do saber médico, nem a relação entre Estado e prática seguida, mas reconheceu que as condições de sobrevivência e recuperação estão muito ligadas à classe social do cliente, porém, este reconhecimento não se dá a nível de consciência política, uma vez que o enfermeiro não explicita uma visão crítica da política de saúde no país.

- Relativas ao Relacionamento Enfermeiro/Paciente

O relacionamento do enfermeiro com o paciente caracterizou-se predominantemente por atividades técnicas e administrativas. Também pudemos caracterizá-lo como uma relação dominadora onde o enfermeiro assumiu um papel autoritário ao praticar suas atividades.

Ao nos atermos às respostas dos enfermeiros, identificamos que o mesmo definiu como "papel do enfermeiro" um atendimento individualizado, humanizado, sua maior capacidade para realizar cuidados técnicos mais aprimorados; ou mesmo sua dificuldade na realização de cuidados diretos devido a sua dedicação maior à administração da unidade.

No "atendimento do enfermeiro" identificamos que toma como influente no seu atendimento aspectos como o número de enfermeiros, ou o tempo necessário a ser dispendido no atendimento do paciente, os quais, devido a questões burocráticas, administrativas, ou mesmo ao número deficiente de funcionários em relação ao de pacientes, vão determinar um atendimento em que o enfermeiro não desempenha o seu papel ou um atendimento em que o enfermeiro "não conversa, não orienta", "diferencia os pacientes", "trata os pacientes como doentes", "não pensa no lazer" e, até reconhece que o enfermeiro não tem estrutura e formação" ou que "adquiriu os vícios da medicina".

O enfermeiro, ao falar do seu atendimento ao paciente explicita as contradições da sua prática, pois a mesma reforça as diferenças sociais, políticas e econômicas, onde os direitos do cidadão estão vinculados à sua existência social. Estas diferenças irão, por sua vez, determinar uma relação custo/benefício do paciente em relação ao hospital, relação que entendemos ser, a partir dos significados dados, o critério de atendimento adotado pelos enfermeiros. Critério que ao adotar esta relação de desigualdade, preserva uma prática discriminatória, enquanto privilegia o atendimento curativo e o setor produtivo da sociedade.

Também na "visão do paciente" predominaram as idéias de que o paciente é discriminado, ou seja, é tratado de forma diferente pelo acadêmico e pelo enfermeiro, ou que a visão do paciente depende da personalidade do enfermeiro; ou que os pacientes são diferentes, conforme a classe; e mesmo de que "o paciente que

melhora mais rápido e conversa é preferido, nos revelando, novamente uma concepção produtiva de sujeito e curativa de prática. Outras idéias, estas nos mostrando a visão autoritária do enfermeiro, foram de que, de uma forma geral, o paciente pouco significa para o enfermeiro, de que paciente é aquele que aceita o que é melhor para ele; de que paciente é dependente do enfermeiro e, de que o paciente é um ser humano.

Quanto à visão que o enfermeiro tem da sua importância para o paciente, houve enunciados em ambos os sentidos: "o paciente não identifica o enfermeiro na equipe" e "o paciente valoriza o trabalho do enfermeiro".

- Relativas ao Relacionamento Paciente/Hospital

O enfermeiro entendeu como sendo "papel do hospital" um atendimento humanizado ao paciente através do treinamento dos funcionários; da assistência multiprofissional; da preocupação com o alimento do paciente; do investimento em equipamento e em material. Também coloca que não é papel do hospital atender problema social e promover a saúde, mas sim, manter vínculo com a comunidade e orientar a população. Note-se como a saúde e a doença não foram vistas como problemas sociais. Podemos melhor evidenciar isso quando contrapomos aos discursos sobre os conceitos às práticas hospitalares relatadas e normatizadas: os discursos tentando, com muita aridez, entender a saúde e a doença numa dimensão mais ampla, além da física, e as práticas atendendo prioritária e predominantemente a dimensão técnico-administrativa do cuidado físico. Nesse sentido cabe-nos

questionar qual o tipo de vínculo que o enfermeiro pensa que deve o hospital manter com a comunidade.

Como aspectos influentes no atendimento do hospital, o enfermeiro identificou a remuneração, a formação e o número de funcionários; também identificou o tempo de internação e o movimento; a condição financeira do paciente e o convênio; "as normas e rotinas do hospital que atrapalham o relacionamento enfermeiro/paciente", e a divergência entre as necessidades apontadas pelo enfermeiro da unidade, o enfermeiro chefe, o supervisor e o hospital. Entendemos que o enfermeiro percebeu esses aspectos como os que mais condicionam a qualidade na assistência. Também resgatou para o hospital um atendimento humanizado ao mesmo tempo em que reconheceu algumas questões de ordem administrativas que tendiam a limitar esta qualidade.

Expos alguns pontos positivos nessa relação, como o empenho do hospital em atender bem o paciente; através do isolamento de pacientes graves e contaminados, do uso de material descartável, da rotina de visita pré-operatória e o empenho em ter funcionários preparados.

Se contrapusermos a estes enunciados outros, perceberemos como o enfermeiro toma a defesa dos interesses do hospital como se fossem os seus, ou mesmo, os do paciente. O enfermeiro também coloca, por exemplo, que "o paciente se queixa do atendimento dado", que "os pacientes de boa renda são bem assistidos", que "em casos especiais o material descartável é descartado", que "o hospital não tem rotina de visita pré-operatória, por isso, não visa o bem do paciente", que "o paciente que se queixa tem seu atendimento prejudicado" e também que "os pacientes não são bem

atendidos”.

Como pontos negativos expôs a prática autoritária; a falta de recursos e leitos; um atendimento pouco humanizado, fazendo com que o paciente sofra e fique traumatizado com a assistência, que não é multiprofissional; e mesmo, a condição financeira do paciente que não dá a ele quarto individual, criando insatisfação com o hospital.

Neste último ponto percebemos uma inversão na colocação feita pelo enfermeiro pois, para que o hospital fizesse juz ao apregoado "atendimento humanizado" deveria oferecer "quarto individual", independente da condição financeira do cliente. Assim, mais uma vez, a falta de uma consciência política sobre a prática do atendimento sanitário no país, resultou em uma análise de caráter situacional, onde o enfermeiro atribui às condições financeiras individuais do paciente sua opção por tal modalidade de internação.

IX - CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao término deste estudo achamos pertinente fazer uma projeção da sua contribuição para o conhecimento da enfermagem bem como da possibilidade de aplicação deste conhecimento.

Também gostaríamos de expressar algumas dificuldades encontradas na implementação do projeto de pesquisa e perspectivas de ampliação e aprofundamento para outros estudos.

Destacamos como contribuição para o conhecimento da enfermagem:

- a explicação de alguns significados atribuídos pelos enfermeiros à saúde e à doença podendo, os mesmos, proporcionar um referencial para reflexão.
- a pouca influência do conceito de saúde da OMS sobre o modo do enfermeiro conceber saúde.
- a constatação de que as instituições médicas, mais especificamente, neste caso, os Hospitais Universitários, também são repassadores de uma política previdenciária que privilegia o setor produtivo e a atenção curativa.
- a constatação de que as atividades dos enfermeiros muito pouco vão ao encontro de suas aspirações de realização de uma prática mais humanizada.
- a aplicação de um processo de pesquisa inovador para a

enfermagem: a análise do discurso fundamentado na Fenomenologia e na Semântica.

- a colocação de subsídios para a avaliação do modelo teórico/prático adotado pela enfermagem. Nesse sentido este estudo:

- explicita a deficiente formação teórica do enfermeiro por não proporcionar as condições necessárias para avaliar criticamente as questões pertinentes a sua profissão.

- questiona a profissão do enfermeiro no sentido de que suas atividades não se diferenciam das atividades da equipe de enfermagem a não ser em função de que o enfermeiro assume também atividades administrativas. Cabe ressaltar que muitas vezes o enfermeiro acaba por realizá-las exclusivamente.

- relativiza o papel do enfermeiro junto à equipe de enfermagem, aos demais profissionais, ao paciente e ao hospital.

- questiona a possibilidade de autonomia do enfermeiro à medida que não há uma diferenciação entre o modelo de prática adotado pelo enfermeiro e pelos profissionais médicos.

Os conhecimentos chegados se aplicados na teoria e na prática pela enfermagem, podem:

- ser geradores de um marco teórico para a prática da enfermagem.

- proporcionar a possibilidade de articulação dos conceitos com as condições sociais vivenciadas pelos clientes.

- fazer uma tentativa de desmistificar a visão tida pela enfermagem de uma prática diferenciada das demais profissões da saúde. Nesse sentido, tenta colaborar para a construção de um referencial teórico/prático que realize vínculo entre o discurso, a prática, a visão da realidade, com a perspectiva de

transformação dessa realidade.

Entendemos como limitação do nosso estudo o delineamento preliminar de hipóteses. Pudemos observar essa limitação na fase de análise das entrevistas: por um lado demos prioridade à entrevistas abertas para proporcionar ao enfermeiro uma espontaneidade de expressão, bem como os recursos da Fenomenologia que reforçam um delineamento onde não se priorize conhecimento pré-concebido. Por outro, as hipóteses vieram sempre direcionar para a perspectiva das relações por elas traçadas. Esta situação pode ter influído, especialmente, em não trazermos de forma mais ampliada as particularidades dos conceitos emitidos. Por exemplo, relacioná-los com a "visão de realidade" e com os enunciados a respeito das "atividades" do enfermeiro. Estas últimas, categorias não foram aproveitadas no nosso estudo.

Como sugestão para outros estudos achamos interessante a busca de outros enfoques, bem como outras variáveis nas relações estudadas, como, por exemplo, a perspectiva do paciente e do hospital na relação enfermeiro/paciente/hospital. Para uma complementação do que foi analisado sugerimos um estudo que faça uma comparação entre a visão de saúde e doença anterior ao processo de institucionalização da enfermagem e da medicina com a situação atual.

Também viria complementar este estudo a busca da concepção que o enfermeiro tem do papel do hospital no atendimento de saúde, ou seja: o hospital deve atender a saúde além da doença? ; como, então, deveriam ser estruturados os serviços hospitalares?

BIBLIOGRAFIA

- 1 - ABRASCO. Pelo direito universal à saúde : contribuição para debates da VIII Conf. Nac de Saúde. Rio de Janeiro, nov, 1985.
- 2 - ABEM (Associação Brasileira de Educação Médica). Hospitais de ensino. Diretório, 1986.
- 3 - ALLEYNE, George A.O. La salud y el desarrollo. Bol of Sanit Panam, Washington, v. 94, No.4, p.315-326, abr, 1983.
- 4 - ALMEIDA, Maria C.P. de. O saber de enfermagem e sua dimensão prática. São Paulo: Cortez, 1986.
- 5 - ALVES, Delvair de B. Mercado e condições de trabalho da enfermagem. Salvador: Gráfica Central, 1986.
- 6 - ANGERAMI, Emília L.S. & BOEIMER, Magali R. Avaliação do estado das teorias de enfermagem. In: SEMINÁRIO DE PESQUISA EM ENFERMAGEM,3, 1984, Florianópolis. Anais... Florianópolis: UFSC, 1984.
- 7 - BLANK, Vera L.G. Contribuição ao estudo da prática de enfermagem. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) Fiocruz, Rio de Janeiro, 1987.

- 8 - BLANK, Nelson. O raciocínio clínico e os equipamentos médicos: subsídios para a compreensão do significado dos equipamentos diagnóstico-terapêuticos para a medicina. Dissertação (Mestrado em Medicina) Instituto de Medicina Social UERJ, Rio de Janeiro, 1985.
- 9 - CASTILLO, Eduardo G. Salud y cambio social: por um sistema integral de salud. Madrid: Zero, 1984.
- 10 - CHAUI, Marilena. O que é ideologia? São Paulo: Brasiliense, 1988. (Col Primeiros Passos, 13).
- 11 - CITELLI, Adilson Linguagem e persuasão. São Paulo: Ática, 1988. (Série Princípios, 17)
- 12 - CUNHA, Neiva F. & SABÓIA, Silvia M.N. Ervas, uma terapêutica no campo da enfermagem. Rev. Bras. Enf. D.F., V. 34, No. 3 e 4, 1981
- 13 - DARTIGUES, André. O que é Fenomenologia. Rio de Janeiro: Tijuca, 1973 p. 71-89.
- 14 - DEPUY, Jean Pierre. Introdução crítica a ecologia política. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1980.
- 15 - DONNANGELO, Maria C.F. & PEREIRA, Luiz. Saúde e Sociedade: São Paulo: Duas Cidades, 1979.

- 16 - DUCROT, Oswald. Princípios de Semântica Lingüística: dizer e não dizer. Tradução por Carlos Vogt. São Paulo: Cultrix, 1972. Tradução de: Dire et ne pa dire: principes de sémantique linguistique.
- 17 - FERRARA, Floureal A. et al. Medicina de la comunidad. Buenos Ayres: Intermédica, 1976.
- 18 - FLORIN, José Luiz. Linguagem e ideologia. São Paulo: Ática, 1988.
- 19 - GARCIA, Juan C. Medicina e Sociedade: as correntes de pensamento na saúde. In: NUNES, EVERARDO D. (Org) Medicina social: Aspectos históricos e teóricos. São Paulo: Global, 1983.
- 20 - GARRAFA, Volnei. Contra o monopólio da saúde. Rio de Janeiro: Achiamé, 1983.
- 21 - GERMANO, Raimunda M. Educação e Ideologia da enfermagem no Brasil. São Paulo: Cortez, 1985.
- 22 - HAGUETTE, Teresa M.F. Metodologias qualitativas na sociologia. Rio de Janeiro: Vozes, 1987.
- 23 - ILLICH, Ivan. A expropriação da saúde: nêmesis da medicina. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.

- 24 - KOCH, Ingedore. Argumentação e Linguagem. São Paulo: Cortez, 1984.
- 25 - KRUGER, Dreyer. An Introduction to phenomenological psychology. Pitsburg: Duquesne University Press, 1981.
- 26 - LANDMANN, Jayme. Evitando a saúde e promovendo a doença. Rio de Janeiro: Achiamé, 1982.
- 27 - LAURELL, Asa C. A saúde-doença como processo social. In: NUNES, EVERARDO D. (ORG.) Medicina Social: aspectos históricos e teóricos. São Paulo: Global, 1983.
- 28 - LUZ, Madel T. As Instituições médicas no Brasil: Instituição e estratégia de hegemonia. Rio de Janeiro, Graal, 1986.
- 29 - _____. A saúde e as instituições médicas no Brasil. In: GUIMARÃES, Reinaldo (ORG). Saúde e medicina no Brasil: contribuição para um debate. 4. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1984.
- 30 - MARCUSCHI, Luiz A. Análise da conversação. São Paulo: Ática, 1986. (Série Princípios, 82)
- 31 - MELO, Cristina. Divisão social do trabalho e enfermagem. São Paulo: Cortez, 1986.

- 32 - MORIGUTI, Roberto. Uma análise e uma proposta delimitativa à crítica situação de saúde no Brasil. Dissertação (Mestrado em Administração) Centro Sócio-Econômico. Universidade Federal de Santa Catarina, 1985.
- 33 - NAKAMAE, Djair D. Novos caminhos da enfermagem. São Paulo: Cortez, 1987.
- 34 - NEVES, Eloita P. & TRENTINI, Mercedes. A questão da aplicação de Teorias/Marcos conceituais na enfermagem: relato de experiência na UFSC, Trabalho apresentado na Semana Wanda Horta, USP, São Paulo, ago, 1987. mimeo.
- 35 - OLIVEIRA, Maria I. Enfermagem e estrutura social. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 31, 1979, Fortaleza. Anais... Brasília: ABEm, 1979.
- 36 - OMS. Constitución de la Organización Mundial de la Salud Conferência Internacional de saúde. Nova York, jun. jul. 1946.
- 37 - ORLANDI, Eni. A linguagem e seu funcionamento. São Paulo: Brasiliense, 1983.
- 38 - PIRES, Denise. O saber e as práticas de saúde no Brasil e sua apropriação pela medicina e pela enfermagem. Dissertação (mestrado em Sociologia Política). Centro de Ciências Humanas, UFSC, 1988.

- 39 - POLIT, Denise & HUNGLER, Bernadette P. Investigación Científica en Ciencias de la Salud. México: Nueva Editorial Interamericana, 1985.
- 40 - POSSENTI, Silvio. Discurso, estilo e subjetividade. São Paulo: Martins Fontes, 1988.
- 41 - REZENDE, Ana L.M. Saúde: dialética do pensar e do fazer. São Paulo: Cortez, 1986.
- 42 - RHODUS, Cilei C. A formação do enfermeiro no contexto social. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 36, 1984, Belo Horizonte. Anais ... Brasília: ABEn, 1984.
- 43 - ROSA, Maria T.L. Reflexões acerca da assistência de enfermagem ao indivíduo como ser social. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, 1985.
- 44 - ROSSI-LANDI, Ferruccio. A linguagem como trabalho e como mercado: uma teoria da produção e da alienação lingüísticas. Tradução por Aurora F. Bernardini. São Paulo: Difel, 1985. Tradução de: IL linguaggio come lavoro e come mercato.
- 45 - SCHENKEL, Eloir P. et al. O espaço das plantas medicinais e suas formas derivadas na medicina científica. Cad. Farm., Porto Alegre, v.1, No. 2, p. 65-62, 1985.

- 46 - SHENKEL, Eloir & LANGELOH, Augusto. Atividade anti-espasmódica do extrato alcoólico de macela (*Achyrocline satureioides* (LAM) D.C.) - *compositae* sobre a musculatura lisa genital dos ratos. Cad. Farm., Porto Alegre, v.1, No. 1, p. 38 - 45, 1985.
- 47 - SILVA, Graciette B. da. Enfermagem profissional: análise crítica. São Paulo: Cortez, 1986.
- 48 - SILVA, Nair F. da. A prática da enfermagem na Bahia: contribuição ao estudo do trabalho dos profissionais de enfermagem de nível superior, Salvador: Gráfica Central, 1987.
- 49 - SINGER, Paul et al. Prevenir e curar: o controle social através dos serviços de saúde. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1981.
- 50 - TONEY, S. et al. Hacia una definición operativa del proceso salud-enfermedad. Educación Médica y Salud, vol. 18, n.2, p.150-163, 1984.
- 51 - VOGT, Carlos. Linguagem pragmática e ideologia. São Paulo: HUCITEC, Campinas, FUNCAMP, 1980. (Coleção Linguagem).
- 52 - ZANDWAIS, Ana. As estratégias necessárias à decodificação de textos. Ciências e Letras. No. 7, p. 132-157, 1986.

- 53 - ----- . Os sentidos implícitos veiculados pela linguagem verbal. Dissertação (Mestrado em Letras) Instituto de Letras e Artes, Pontifícia Universidade Católica do RS, 1985.

A N E X O S

- Que significado você acha que tem o paciente para o hospital ?
- Quais atividades, as mais frequentes, você realiza diariamente ?

D. Resuma seu pensamento sobre como você entende saúde e doença em cerca de 6 linhas e, se possível, em linguagem telegráfica.

ANEXO 2

40

Parte 1: Entrevista

1 - Dados do Informante:

Formada pela UNISINOS, trabalha há onze anos; tem especialização em Administração Hospitalar, é do sexo feminino.

duração da entrevista: 24 minutos

2 - Transcrição

Ent então tu pode começá falando (+) sobre o que tu entende por saúde (++) o que tu pensa que seja importante sobre saúde

Inf acho que o bem-estar (+) bio-psíquico (+) mental (+) que uma pessoa possui (+) né? (+) o equilíbrio (+) eu acho que é isso aí (+++) bem sintética ((ri))

Ent e do que tu acha assim (+) tu acha que hoje em dia (+) tu te considera vamos dizer uma pessoa com saúde (+) ou tu considera que a maioria das pessoas vivem numa situação de saúde (+) como é que tu vê essa: (+) em relação à população

Inf na população (+) eu acho assim (+) em termos de (+) psíquico (+) eu acho que a tensão é bem grande/ né?

Ent hum-rum

 40 - Legenda para leitura dos sinais na entrevista:

- a - (+) micro-pausa. Quanto maiores as pausas, mais sinais estarão contidos nos parênteses.
- b - (()) explicação da situação vivenciada ou dúvida quanto ao que foi transcrito
- c - ; indicam alongamento de vogal
- d - / pausas bruscas
- e - palavras sublinhadas discurso de outro
- f - [falas simultâneas
- g - MAIÚSCULAS : ênfase

Inf então eu acho meio difícil tu mantê a saúde (+) pelo lado da tensão que é essa ::: (+) o nível sócio-econômico a política essas coisas que nós tamos desenvolvendo agora (+) no Brasil (+) então fica (++) a pessoa pode ser a mais tranquila possível mas sempre vai gerá um (+) desconforto/né?

Ent Hum-rum

Inf porque isso depende do dinheiro (+) todo mundo batalha (+) e eu acho assim que não se considera assim que todo mundo é saudável é (+) tranquilo (++) eu acho que (+) a maioria tem um pouquinho de tensão em volta/ né?

Ent e da doença ?

Inf doença (+) assim ó (+) doença (+) muito ::: (+) acho assim (+) resfriado essas coisas/né (+) por causa da poluição (+) isso aí também gera muita (+) cefaléia (+) resfriado conjuntivite (+) coisas assim (+) eu acho que sempre desenvolve/ né? (+++) no meio

Ent tu acha que as pessoas hoje em dia (+) tu classificaria elas (+++) assim (++) como pessoas sadias ou pessoas doentes ?

Inf em geral ?

Ent ou tu não faria essa classificação ?

Inf acho que não (+) acho que não/né? (+) acho que não se generaliza/ não é ?

Ent tu acha que é uma coisa bem individual

Inf eu acho que é individual

Ent hum-rum (+) e:::

Inf depende do do do local que mora (+) que vive (+)
 alimentação/né? (+) ahn (+) descanso (+) lazer (+) um monte
 de coisas/né? (+) que interfere (+) que é muito difícil

Ent certo

Inf porque fica difícil tu dize (+) ah somos saudáveis (+) não
 é? eu acho que tem vários fatores que englobam (+) né? (+)
 que a pessoa pode ser considerada sadia ou não

Ent das pacientes que chegam em trabalho (+) aqui no Centro
 Obstétrico (+) no geral as pacientes que chegam aqui (+)
 como é que elas estão ?

Inf olha (+) aparentemente (+) a maioria saudável (++) só assim
 um pouco subnutridas que a gente tem percebido (+) não é?

Ent ahã

Inf problemas de ((pele))/ né?

Ent ahã

Inf que a gente recebe (+) mais seguido (+) é o que mais (+)
 assim...

Ent aparece

Inf aparece/né? (+) algumas assim com infecção (+) isso aí também
 (+) infecções urinárias (+) ahn (+) ginecológicas/né? (+)
 isso aí também encontra-se muito

Ent e:: e e em relação ao parto (+) assim (+) como é que elas
 reagem e tal (+) a preparação ou na preparação psíquica

Inf olha (+) em sua maioria assim quando chegam as primigestas
 (+) estão muito despreparadas/neé (+) nosso pré-natal não é
 muito bem estruturado (+) assim elas não recebem muita
 orientação (+) elas chegam um pouco ansiosas/ né?

Ent hum-rum

Inf e:: dependentes (+) elas se sentem inseguras (++) e a gente tem que mantê o apoio (+) né? (++) conseguí entendê (+) aos pouquinhos conversando (+) a gente (+) consegue (+) é:: (+) diagnosticá que problema ela tem e consegue (+) a maioria a gente consegue dá um bom apoio e elas vão até o parto (+) tranqüilas/ né?

Ent elas não podem começá a procurá vocês antes do parto ou geralmente | depois

Inf | aqui (+) a gente tem pré-natal (+) né?

Ent é

Inf formado (+) mas é a nível de (+) só os médicos (+) não é? (+) e doutorandos (+) não tem enfermeira

Ent e elas vem? aqui mesmo ?

Inf não (+) pré-natal é lá embaixo (+) lá no ambulatório (+) elas marcam consulta e aí vem esporadicamente (++) e a gente recebe também assim poucos (+) poucas consultas (+) então não é considerado um pré-natal (+) o índice tá muito aumentado (+) elas dizem ah eu não tinha condições de ir moro muito longe (+) são um MONTE de desculpas/né? (+) e a gente diz não mas na próxima vê se tu não faz isso (+) né?(+) e a gente salienta os perigos que ela poderia tê (+)

| enfrentado

Ent | passado

|

Inf e passado sem sabê/ né? (+) daí elas se alertam/ né? (+) pelo menos eu tenho feito esse tipo de (+) de trabalho com as que

eu acompanho (+) né? (+) eu tô dez anos aqui/né?

Ent e a cabeça delas (+) hem (+) como é que é (+) elas têm problema em relação a querê criá o filho (+) em relação a:::

Inf pois é (+) tem muitas que ficam indecisas e não sabem realmente se vão (+++) são muito moças (+) porque tá o índice bem aumentado agora

Ent de adolescentes (+) né?

Inf de adolescentes quinze (+) dezesseis (+) dezeseite (+) dezoito (+) dezenove essa faixa (+) né?

Ent hum-rum

Inf muitas vezes secundigesta (+) tercigesta já

Ent é duro (+) né??

Inf estão aumentando toda aquela (+) aquele (+) global/ né? (+) sem cuidado nenhum (+) e que gera mais é o nervosismo(+), né? (+) começa a descompensá (+) a chorá a gritá (+) não tem palavras/ né? (+) muitas vezes não tem palavras que amenize/ né? (+) não tem palavras que amenize (+) até ontem tinha uma aí que ela disse ah eu quero a minha mãe (++) aí a sorte é que a mãe estava/ né? (+) então vai vê tua mãe (+) vamos vê se tu se acalma um pouquinho ((ri))

Ent na minha época de (+) faculdade eu não conseguia assistí um parto (+) eu assistí parto da porta do Centro (+) da sala de parto (+) e::: a sorte que a minha professora foi muito compreensiva ((ri))

Inf bem (+) eu também (+) meu primeiro: parto que eu assisti que eu acompanhei também foi tétrico (+) sabe? (+) eu disse mas eu não tenho mais força (+) porque foi muito difícil na época era com (+) vácuo-estrator(+++) e o residente que usou

aplicava e não sabia aplicá direito (+) ele desengatava e aí
 ah: foi terrível (+) eu cheguei em casa assim caí numa cama
 e não queria sabê ((ri))

Ent bem igual eu

Inf eu digo nunca mais (+) né? ((acha graça)) e no fim agora tô
 dez anos aqui/ né? (+) só na Obstetrícia (+) e eu adoro
 Obstetrícia

Ent é ?

Inf mas a minha primeira experiência não foi (+) não foi das
 melhores (+) sabe ((ri))

Ent ((incompreensível))

Inf era eu e uma colega sabe? (+) a gente ficou juntas/ né? ? (+)
 damos apoio acompanhamos ela (+) assim (+) na internação e
 tudo (+) preparo (+) sabe ? quando bá: (+) fizemos questão de
 acompanhá (+) e aí ficamos até fora do horário pra acompanhá
 o parto/né? (+) mas as duas saíram assim mortas (+) que uma
 olhava pra outra e dizia assim esse nenê já morreu só pode
tê morrido/né? (+) e a gente ouvia os BCFs aí conseguia
 auscultá e aí (+) graças a Deus † e rezando que desse tudo
 certo e aí chamaram o plantonista e aí o plantonista nem usô
 o vácuo e nasceu (+) e a gente/né? (+) e a gente bem:: (+) e
 também (+) insegurança porque a gente não sabia (+) primeiro
 acompanhamento

Ent e vocês sofrendo junto ...

Inf a gente ansiosas/né? (+) locas pra vê o nenê nascê

Ent eu acho que é um :::

Inf e a mãe ajudava e (+) cansava e não conseguia/ né? (+++) e a

gente ali também fazendo força porque é a primeira vez que tu ((ri)) tu acompanha tu faz tudo junto/ né? (+) ((risos))

Ent ahã

Inf ficamos demolidas (+) ficamos demolidas (+) eu nunca vô esquecerê

Ent é o maior problema que eu vejo é sala de parto (+) ah: (+) eu acho que o profissional tem que tê um preparo ...

Inf tem que tê sim ó (+) paciência perseverança (+) muita tranqüilidade e transmití essa tranqüilidade (+) que elas ficam tranqüilas só no teu falá/né? (+) e outra coisa que a gente nota assim que elas tem muita sensibilidade (+) elas sentem tudo / né? (++) captam (++) então quando tu tá tranqüila tu transmite aquela tranqüilidade

Ent realmente eu não poderia porque eu não transmitiria ((risos)) por mais palavras que eu pudesse usá ... (+) mas tu acha assim que (+) essas mulheres elas poderiam mesmo assim (+) nessa situação (+) elas poderiam (+) ahn (+) ser caracterizadas como sadias ?

Inf sim

Ent e do que tu tem (+) experienciado assim tanto aqui no Hospital (+) o que tu tem visto (+) da tua visão (+) não é (+) da relação entre o enfermeiro e o paciente (++) como é que tu vê essa relação ?

Inf ah : eu acho ótima a relação (+) pelo menos assim (+) eu me relaciono muito bem com eles (+) e tenho sempre a resposta do que eu gostaria assim de sabê (+) ou :::

Ent hum-rum

Inf pelo contato (+) tanto aqui como (+) em outras especialidades em outros setores (+) não é

Ent certo (+) e com o Hospital (+) como é que tu vê ?

Inf também com o Hospital tá tudo bem

Ent ahã (+) tu acha que é semelhante a relação que o profissional tem com o paciente e a ...

Inf ah! isso nem ... em (+) não (+) muitas coisas muitos fatores não/né??

Ent Hum-rum (+) e que fatores são esses ?

Inf ah! muitas vezes assim ó (+) as normas rotina (+) essas coisas (+) tu / né? (+) são coisas que tu não aceita (+) e tem que (+) né? (+) aceitar porque é (+) ordens superiores coisas assim/ né?

Ent agora como é que ...

Inf e a gente como enfermeira/ né? (+) tem uma (+) parte intermediária que é a enfermeira-chefe (+) tem uma supervisora tua / né? (+) que resolve tudo o que (+) ela que dá o "xeque-mate" por exemplo eu digo ah! eu to precisando roupas aqui (+) mas é ela que vai defini se há necessidade ou não (++) entende? (+) muitas vezes a gente vê que se chocam muitas coisas assim por dificuldades (+) por dificuldades financeiras (+) o Hospital é uma empresa/ não é (+) precisa (+) ahn (+) dá continuidade em todas as áreas não é só uma área específica/né? (+) então tem que vê problemas de cada área pra

Ent tu acha que a diferença tá nisso aí ? (+) o enfermeiro tá em contato direto com o paciente ...

Inf tá em contato

Ent e tá sentindo o problema (+) e o Hospital tem que vê a coisa de uma forma a atendê todo mundo

Inf isso (+) atendê todo ((incompreensível)) é

Ent e::: das atividades que o enfermeiro faz (+) tu acha que se poderia caracterizá algumas como mais voltada prá saúde e outras mais voltadas pra doença (+) ou tu acha que não (+) que não há essa distinção ?

Inf eu acho que (+) e até em nível assim do Brasil (+) eu acho que o pessoal ainda não tá voltado pra prevenção

Ent hum- rum

Inf né? (+) pra evitá as doenças do povo/ né? (+) eles tão preocupados (+) em só saná o problema (+++) visto na hora (+) não é

Ent detectado

Inf detectado (+) e outras coisas (+) preventivas que se poderia fazê pra evitá (+) que haja retorno que haja (++) aquele círculo/né?

Ent principalmente ((incompreensível))

Inf sim (+) porque a gente tem (+) a gente encontra problemas dentários (+) não é (+) ahn (+) problemas de: de de (+) assim de pensar bá vô amamentá o nenê muitas não pensam ahí vô dá leite em pó (+) e::: né? (+) são coisas assim que (+) proteção do filho (+) depois (++) elas não pensam/né?

Ent e isso aí vocês fazem assim

Inf a gente procura agora é muito difícil atualmente porque a gente tem um "turn over" muito grande (+) não é (+)

movimento

Ent e elas chegam a ir pro alojamento conjunto ? (+) depois que saem daqui ou não ?

Inf sim (+) vão

Ent mas geralmente elas ...

Inf ficam um dia/né? (+) no Hospital (+++) as que passam mais ficam um dia (+) os partos normais ... (+) mas é difícil também pelo número de funcionários que a gente possui/né?

Ent hum-rum

Inf que sempre é reduzido/né? (+) e a gente procura qualquer coisa (+) tudo (+) quando dá dá (+) né? (+) quando não dá ...

Ent e tu então (+) tu consideraria que é mais as orientações às atividades voltadas pra saúde (+) no geral tu acredita que vocês façam atividades voltadas à doença aqui no CO ?

Inf aqui (+) a doença ?

Ent hum-rum

Inf a gente atende algumas

Ent hum-rum

Inf pacientes (+) não é (+) que é os toxêmicos (+) que ficam assim na dependência total da gente (+) não é (+) a gente ministra mais cuidados mais (++) tem pacientes assim por exemplo: (+) hematológicas/ né? (+) também ficam aqui (+) elas quando são gestantes (+) não é (+) elas não vão pra outros setores (+) elas ficam na nossa especialidade

Ent certo

Inf é muito difícil tu conseguí transferí uma paciente antes de ganhar o nenê ou coisa assim pra outra especialidade (+) ela fica mais interada lá

Ent certo (+) mas a princípio ela vem aqui só pra pra tê o bebê
(+) né? ?

Inf não (+) tem umas (+) essas pacientes que eu te falei (+) com
pressão alta (+) elas não (+) sobem ao alojamento enquanto
não estabilizá a ...

Ent mas elas vem aqui pra tê o bebê e ficam aqui até que o
quadro se estabilize

Inf que o quadro se estabilize (+) sim (+) é

ou quando estão em trabalho de parto também

Ent ficam aqui (+) no caso por

exemplo de elas virem aqui quando no oitavo mês (+) não sei
se elas tem vindo no oitavo mês ...

Inf se tiverem alguma infecção ou algum problema patológico
associado à gestação (+) elas ficam aqui (+) a gente faz
todos os exames (+) os controles (+) por exemplo (+) essas
toxêmicas ficam quatro cinco dias aqui conosco

Ent vocês tem um tipo de uma unidade de internação (+) então?

Inf a gente tem (+) tem

Ent ah (+) tá (+) era isso que eu queria saber

Inf tem prés estabelecidos para estas pacientes/ né? (+) quando
são de alto-risco (+) tem mais cuidado (+) então elas ficam
separadas

Ent ah:

Inf dá banho: (+) dá alimentação (+) tudo (+) até dá na boca
(+) tudo essas coisas (+) faz todos os cuidados dela (+)
porque ela não tem condições (+) não é

Ent e::: do que tu pensa hoje sobre saúde e doença (+) tu acha assim que tu pode fazê algum vínculo com o que tu trouxe da universidade (+) ou tu acha que tu já elaborô muito: (+) como é que tu vê a (+) a parte assim do desenvolvimento ?

Inf eu acho que tem muita coisa ainda assim a desenvolver/né? (+) não só o que a gente aprende na faculdade (+) acho que a vida diária da gente a gente continua aprendendo/ né? (+) todos os dias se aprende uma coisinha a mais / né? (+) eu acho que é uma coisa contínua não é uma coisa estanque assim

Ent e qual a tua opinião então sobre o que te foi informado (+) de saúde e doença na Faculdade ?

Inf ah ! até foi uma informação boa (+) né?

Ent tu acha que foi um bom princípio

Inf foi um bom princípio

Ent te lembra do conceito assim que te passaram ?

Inf o conceito de saúde e doença ?

Ent é

Inf ah! não me lembro do que deram

Ent não lembra (+) certo (+) e o que te fez optá por Enfermagem?

Inf o que me fez optá (+) olha desde pequena eu sempre gostei de fazê curativos de cuidá das pessoas que me rodeiam (+) de (+++) ter um vínculo assim mais assim psicológico também (+) procurará entendê as pessoas (+) a falá e coisa e tal e aí ...

Ent acalmá (+) quando tu fez vestibular (+) tu já fizeste pra Enfermagem ?

Inf eu fiz primeira opção Medicina (+) segunda Enfermagem

Ent fizeste aonde o teu curso ?

Inf o curso ?

Ent é

Inf na Unisinos (+) eu morava em Novo Hamburgo/ né? (+) então foi
(+++) sabe?

Ent e daí tu passaste em segunda opção

Inf porque foi assim ó (+) as primeiras opções foi Medicina (+)
como eu não passei daí

Ent tu gostaria de ter feito Medicina (+) hoje ?

Inf olha (+) acho que (+) não depois eu fiz (+) ahn (+) comecei
na Enfermagem comecei a gostar da Enfermagem (+) depois
comecei a analisá bá vida de médico no caso/ né? (+) depois
casa tem filho já dificulta bem mais (+) não é

Ent

| a vida
|
claro

Inf e como eu comecei a gostar da Enfermagem (+) não quis mais
fazê

Ent hum-rum

Inf eu tinha passado na segunda chamada em Pelotas (+) mas foi
bem na época que eu perdi um irmão (+) se acidentô (+) foi
bem naquela semana e aí eu desistí digo (+) não vô abandoná
meus pais e coisa e tal prá pra í pro interior (+) aí
desistí (+) não quis í (+) como ja tinha feito (+) ahn (+)
vestibular na Unisinos e tinha passado (+) resolvi fazê (+)
eu ficava mais próxima dos meus pais (+++) desistí

Ent há quantos anos tu trabalha aqui ?

Inf aqui no Hospital vai fazê onze anos em fevereiro

Ent e quando tu te formaste veio direto pra cá (+) como é que foi

Inf vim direto pra cá

Ent é

Inf eu me formei fiquei uns meses (+) de férias e depois já ::: fiz o concurso aqui (+) passei e fiquei

Ent e tu já entrô no Centro Obstétrico ?

Inf não (+) primeiramente eu fui pro alojamento conjunto (+) que a gente (+) quando nós viemos em turminha (+) umas oito ou dez (+) prá (+) montá alojamento conjunto e o Centro Obstétrico (+) que não tinham aberto as áreas/né? (+) então a gente fez todo aquele planejamento/né? (+) monta aqui monta ali (+) vê o que precisa (+) monta medicações (+) monta ã ã::: carro de emergência coisa assim/né? (+) e a gente montô tudo/ né? (+) então eu acho que estabeleci um vínculo muito grande nisso (+) quer dizer eu dei muito de mim pra montá e coisa e tal e aí fiquei no alojamento mas eu trabalhava de noite (++) como eu me desgastei muito de noite porque eu não dormia e mesmo ia descansá não pegava no sono (+) aí eu digo não (+) vô trabalha é de dia mesmo (+) aí pedi pedi pro diurno/ né? (+) aí surgiu a vaga aqui no Centro Obstétrico e era o que eu queria mesmo/né? (+) logo que eu comecei só que quando eu fui ... fiz o concurso não tinha (+) sabe ? (+) já tinham preenchido (+) aí surgiu lá uns meses depois (+) três quatro meses (+) aí vim prá cá

Ent e tu tá há quanto tempo aqui no CO ?

Inf de CO eu tenho mais ou menos uns dez anos/ né? (+) agora trabalho na Sala de Recuperação já trabalhei (+) fiquei responsável pela Sala de Recuperação e Centro Obstétrico (+++) dois anos (+) já trabalhei na UTI/ né? (+) lá em cima (+) e Bloco Cirúrgico (+) Bloco Cirúrgico

| também (+) cobertura quando

Ent | isso tudo depois que tu veio do alojamento

Inf quando alguém entra em licença e coisa e tal eu fico uns meses (+) não é (+) e fins-de semana a gente fica responsável pela área toda/ né?

Ent ((incompreensível))

Inf é (+) fica na Sala de Recuperação (+) CO (+) Centro de Material e Bloco Cirúrgico

Ent hum-rum (+) deixa eu vê que mais ... fez alguma especialização ?

Inf hum-rum (+) fiz de ::: a Administração Hospitalar

Ent aquela do que (+) da Associação dos Hospitais ?

Inf isso (+) é

Ent faz tempo que tu fizeste ?

Inf faz uns dois anos

Ent Hum-rum (+) e o que te fez escolhê essa área de especialização ?

Inf ah ! eu acho que a gente sempre quer crescê (+) qué ::: melhorá (++) a maneira de sê (+) de ::: (+) talvez assim por um (+) uma subida de posto alguma coisa assim (+) pra mim querê fazê

Ent hum-rum especialmente essa especialização (+) tu acha que ela te ajudaria em que ?

Inf supervisão/ né? ?

Ent ah (+) eu acho que ... ((incompreensível)) ah! (+) e das atividades que tu realiza (+) quais são as freqüentes assim que tu realiza todos os dias

Inf atendê nenê: (+) | recém-nascido

Ent | parto de nenê

Inf acompanho a mãe também (+) nos partos difíceis/ né? (+) faço algum parto eventual/ né? (+) deixa vê que mais ...

Ent tu faz o atendimento da mãe quando entra ?

Inf recebo a mãe quando entra

Ent tu chega a fazê alguma triagem ou não ?

Inf chego a fazê triagem

Ent mas não é uma coisa normal assim...

Inf não (+) não é normal

Ent hum-rum

Inf vamo vê que mais (+) tem os cuidados (+) né? (+) que são específicos da enfermeira aqui dentro

Ent hum-rum (+) que cuidados assim tu tens específico da enfermeira pra fazê

Inf instalá PVC (+) ahn::: (+) sondagem vesical (+) uma paciente mais grave ficá acompanhando ... a instalação de abocatch/ né? (+) pra pegá uma boa veia (+) do acesso (+) que elas já ficam com dificuldade / né? (+) de (+) vascularização (+) e ficá atenta/ né? (+) para as urgências que tem aí os que comandam/ né? (+) os que lideram no caso (+) tá? pra sê

assim mais rápido mais breve possível (+) e a gente consegue (+) assim em três minutos fazê uma cesária/ né?

Ent em três minutos (+) puxa vida !

Inf ((ri)) é levá pra sala ... (+) sim e com a equipe toda junta/ né?

Ent claro

Inf pode cronometrará (+) mas tem que tê todo mundo (+) dá a mão...

Ent a criança nasce em três minutos (+) põe na mesa (+) corta e...

Inf em três minutos (+) sim quanto mais rápido for (+) melhor (+) não é

Ent claro

Inf pro serzinho que está nascendo (++) porque senão (+) ele tá em risco lá dentro (+++) um DPP (+) uma coisa assim/ né?

Ent é (+) vocês tem o serviço aquele de monitorização aqui também (+) ou não ?

Inf temos

Ent hum-rum (+) eu te pergunto porque lá em Santa Maria tem um médico que (++) que fez um monte de curso (+) eu sei que inclusive ele veio aqui em Porto Alegre

Inf é :: teve um curso de monitorização

Ent é ((...)) do que (+) da (+) tu acha assim que tem alguma coisa a vê o que o enfermeiro pensa sobre saúde e doença e a prática que ele desenvolve ? (+) tu acha que esse conceito pode influenciá na prática ou não ?

Inf eu acho que depende muito do que tu pensa/ né? (+) tu vai

desenvolvê (++) não é (+) tu tem assim na cabeça já
conceitos prévios e::: procura estabelecê/ né? (+) certas
prioridades/ né? (+) pr'aquela paciente "x" (+) eu acho que
tu ganha tem muito a ganhá/ né?

Ent e tu acha que isso é uma atividade que o (++) enfermeiro
normalmente faz ?

Inf seria (+) eu acho assim (+) que seria uma coisa muito
importante (+) se todos fizessem/ né? (+) tivessem em mente
(+) ou procurassem fazê...

Ent na ((incompreensível)) teria que tê um tipo de prognóstico

Inf isso (+) um exame clínico (+) né?

Ent olha (++) pra mim tá respondido (+) eu acho que nós batemos
o record (+) hem ?

Inf ((ri)) viu (+) que bom (+) que bom

Ent Mas se tu quizé (+) ainda pode complementá alguma coisa (+)
alguma coisa (+) que tu não falô :::

Inf Acho que não :::

Ent Então (+) tá/

Parte II - Unidades de Sentido:

- (saúde é o) bem-estar bio-psíquico-mental que uma pessoa possui
- a tensão vivida pela população é muito grande e não se considera que todo mundo seja saudável, tranquilo.
- doença é resfriado, cefaléia, conjuntivite devido a poluição
- a doença depende do local onde mora, que vive, alimentação, descanso, lazer.
- a maioria dos pacientes chegam aparentemente saudáveis, só um pouco subnutridas. Algumas com infecção urinária e ginecológica.
- nosso pré-natal não é bem estruturado, elas não recebem muita orientação, chegam ansiosas, dependentes, se sentem inseguras
- a gente tem que manter o apoio, conseguir entender, conversar para que elas vão até o parto tranquilas
- nosso pré-natal é só de médico e doutorandos, não tem enfermeira
- a gente salienta a importância do pré-natal e os problemas que elas poderiam ter passado
- o profissional da sala de parto tem que ter paciência, perseverança, tranquilidade
- a relação do enfermeiro com o paciente aqui no hospital é ótima. Eu me relaciono muito bem com os pacientes, tanto aqui como em outros setores e especialidades

- há muitos fatores que interferem nessa relação como normas, rotinas que tu não aceita mas tem que aceitá porque são ordens superiores
- a gente tem ainda a enfermeira-chefe e a supervisora a definir necessidades por ti e muitas coisas se chocam por dificuldades financeiras
- à nível de Brasil, o pessoal não está voltado para a prevenção, estão preocupados em saná o problema
- é difícil fazer orientações aqui pelo movimento e também pelo número de funcionários e depois no alojamento conjunto elas só ficam um dia
- também atendemos à doença em casos de pacientes toxêmicas, hematológicas, com infecção ou algum problema patológico associado à gravidez. A gente faz todos os controles, banho, alimentação
- a minha formação foi boa, foi um bom princípio, mas eu não me lembro o que deram de conceito de saúde.

Parte III - PRESSUPOSTOS, SUBENTENDIDOS E SIGNIFICADOS

- Relativos à saúde -

1) (saúde é o) bem estar bio-psíquico mental que uma pessoa possui

pp1: saúde implica em bem-estar

pp1: o bem-estar é individual

pp1: o bem-estar tem três dimensões: psíquica, biológica e mental

S: a pessoa saudável se sente bem psíquica, biológica e mentalmente

2) a maioria das pacientes chegam aparentemente saudáveis, só um pouco desnutridas. Algumas com infecção urinária, ginecológica.

pp2: a aparência da pessoa diz da sua condição de saúde

pp2: estar desnutrido não é estar doente

pp2: as pacientes chegam com infecção urinária, ginecológica

S: as pacientes que procuram o hospital "A" para parto, apesar de parecerem saudáveis, estão com infecção

Significados Atribuídos à Saúde

- bem-estar bio-psico-mental

- aparência

- a pessoa pode estar desnutrida e não estar doente

- estar com infecção não é ter saúde

- Relativas à doença

1) a tensão vivida pela população é muito grande e não se considera que todo mundo seja saudável, tranquilo

pp1: a população vive sob tensão

pp1: a tensão influi na saúde

pp1: a pessoa que não tem tranquilidade não é saudável

S: a população não é saudável

2) doença é resfriado, cefaléia, conjutivite devido a poluição

pp2: a pessoa que tem resfriado, cefaléia, conjutivite é doente

pp2: a causa da doença é a poluição

3) a doença depende do local onde mora, onde vive, alimentação, descanso, lazer

pp3: a doença para acontecer depende de algumas influências

pp3: o local de moradia, onde a pessoa vive, a alimentação, o descanso e o lazer influem na doença

S: a doença sofre influência do meio ambiente e do meio social

Significados atribuídos à doença:

- a população não é saudável por que vive sob tensão
- a poluição é causa de doença
- doença é resfriado, cefaléia, conjuntivite
- doença depende da moradia, onde a pessoa vive, alimentação, descanso, lazer

- Relativas ao relacionamento enfermeiro/paciente

1) a gente tem que manter o apoio, conseguir entender, conversar, para que elas vão até o parto tranqüilas

pp1: é o papel do enfermeiro apoiar

pp1: apoiar é entender, conversar

pp1: o objetivo do apoio é um parto tranqüilo

S: o apoio do enfermeiro proporciona tranqüilidade aos pacientes

2) a gente salienta a importância do pré-natal e os problemas que elas poderiam ter passado

pp2: é papel do enfermeiro ressaltar a importância do pré-natal

pp2: as pacientes podem passar por problemas na gestação

pp2: o enfermeiro deve alertar para os possíveis problemas

3) o profissional da sala de parto tem que ter paciência, perseverança, tranqüilidade

pp3: na sala de parto o profissional deve satisfazer alguns critérios

S: na sala de parto é exigido paciência, perseverança e tranquilidade do enfermeiro

4) a relação do enfermeiro com o paciente aqui no hospital é ótima. Eu me relaciono muito bem com os pacientes, tanto aqui como em outros setores e especialidades

pp4: não é em todos os hospitais que a relação enfermeiro/paciente é ótima

pp4: tem enfermeiros que se relacionam muito bem

pp4: o relacionamento enfermeiro/paciente pode depender do setor ou da especialidade na qual o profissional trabalha

S: apesar da relação enfermeiro/paciente ser ótima no hospital "A", a enfermeira se relaciona muito bem com o paciente.

Significados atribuídos ao relacionamento enfermeiro/paciente.

- apoio (entender, conversar) para proporcionar tranquilidade
- ressaltar a importância do pré-natal
- alertar para possíveis problemas
- ter paciência, perseverança e tranquilidade com o paciente
- se relacionar bem com o paciente independente do setor ou da especialidade

- Relativas ao relacionamento paciente/hospital:

1) nosso pré-natal é só médico e doutorando, não tem enfermeira

pp1: no pré-natal devia ter enfermeira

2) nosso pré-natal não é bem estruturado, as pacientes não recebem orientação, chegam ansiosas, dependentes e se sentem inseguras

pp2: as pacientes que recebem orientação não chegam ansiosas,

inseguras e dependentes

S: o pré-natal do hospital, por não estar bem estruturado, não prepara para o parto

3) há muitos fatores que interferem nessa relação, como normas, rotinas que tu não aceita mas tem que aceitá porque são ordens superiores

pp3: na relação enfermeiro/paciente as normas e rotinas da instituição interferem

pp3: o enfermeiro não concorda com muitas normas e rotinas

pp3: as normas e rotinas são normas superiores

S: as normas e rotinas adotadas pelo hospital atrapalham a relação do enfermeiro com o paciente

4) a gente ainda tem a enfermeira-chefe e a supervisora a definir necessidades por ti e muitas coisas se chocam por dificuldades financeiras

pp4: as necessidades são definidas pela enfermeira-chefe, supervisora e, por último, pela enfermeira da unidade

pp4: as dificuldades financeiras do hospital chocam-se com as necessidades sentidas pelos enfermeiros

S: não há convergência entre as necessidades apontadas pelo enfermeiro com as apontadas pela enfermeira-chefe e a supervisora

S: as dificuldades financeiras do hospital dificultam mais ainda o atendimento dessas necessidades

5) a nível de Brasil, o pessoal não está voltado para a prevenção estão preocupados em saná o problema

pp5: no Brasil a cura é a preocupação em saúde

pp5: o Brasil é diferente de outros países

S: o hospital, por fazer parte do Brasil, tem a mesma preocupação

6) é difícil fazer orientação aqui pelo número de funcionários e pelo movimento; e depois, no alojamento conjunto, elas só ficam um dia

pp6: a enfermeira tenta fazer orientações no CO, mas não consegue pelo movimento e pelo número de funcionários

pp6: o número de funcionários e o tempo de permanência interferem no atendimento

S: o paciente não recebe orientações na área materno-infantil

S: orientação é importante mas não é feita

S: o hospital não enfatiza a orientação no atendimento

Significados atribuídos ao relacionamento paciente/hospital:

- o hospital não leva em conta a importância da enfermeira no pré-natal
- o paciente por não ter um pré-natal estruturado, com muita orientação chega ansioso dependente e inseguro no CO
- as normas e rotinas e rotinas do hospital atrapalham a relação do enfermeiro com o paciente
- não há convergência entre as necessidades apontadas pela enfermeira da unidade com a enfermeira-chefe, supervisora e dificuldades financeiras do hospital
- a cura é mais importante que a prevenção no hospital
- devido ao número reduzido de funcionários, ao movimento e ao tempo de internação o paciente não recebe orientações na área

materno-infantil

Relativas as atividades do enfermeiro:

- também atendemos a doença no caso de pacientes toxêmicas, hematológicas com infecção ou algum problema patológico associado à gravidez, a gente faz todos os controles, banho, alimentação
- dependendo do que tu pensa, tu vai desenvolver atividades

Relativas a visão da realidade

- minha formação foi boa, foi um bom princípio mas eu não me lembro o que deram de conceito de saúde e doença.

HOSPITAL "A"

A.T.I.V.I.D.A.D.E.S. R.E.L.A.T.A.D.A.S

A.T.I.V.I.D.A.D.E.S. N.O.R.M.A.T.I.Z.A.D.A.S

-Atribuições do enfermeiro -

Assistência ao Paciente:

- AT -diagnóstico de enfermagem
- AT -plano de cuidados individual
- AA -orientar e supervisionar pessoal
- AT -prestar cuidados a pacientes graves, pré e pós operatório, SV, quimioterapia, nutrição parenteral
- AA -transmitir e receber informações
- AA -avaliar assistência prestada

Assistência Educativa:

- 0 -aos Pacientes: -educ. sanitária a pacientes e familiares
- 0 -atender e orientar familiares e visitas
- 0 -orientar pacientes e familiares para alta
- AA -Pessoal : -avaliar necessidade de educação em serviço
- AA -realizar programas educativos
- AA -avaliar pessoal
- AA -colaborar nos programas de ensino
- AA Atividade de Pesquisa: colaborar e participar

Função técnico-administrativa:

- AA -liderar equipe
- AA -orientar, coordenar, controlar, avaliar atividades
- AA -avaliar funcionários
- AA -prover adaptação e satisfação
- AA -planejar distribuição
- AA -promover reuniões, participar quando convocada
- AA -providenciar medidas para bom andamento
- AA -manter ordem, moral, ética
- AA -colaborar com a equipe multiprofissional
- AA -anotar cuidados e evolução
- AA -receber e transmitir plantão
- AA -relatar à coordenação de atividades
- AA -zelar pela conservação
- AA -controlar consumo
- AA -solicitar conserto

agem nasogástrica, vesical (A.T)
 instrução da unidade (A.A)
 issão para o paciente (A.A)
 entação para o preparo cirúrgico (A.O)
 talação de PVC (A.T)
 ber paciente (A.T)
 ber plantão geral (A.A)
 tucar função para funcionário (A.A)
 aminhar coleta de exames (A.A)
 aminhar ao RX e UTI (A.A)
 so de 10(s) socorros para agentes de pastoral de saúde (A.O)

de físico e do nível de consciência (A.T)
 iar drenos e sondas (A.T)
 ntação dos cuidados aos funcionários (A.A)
 rvisonar o paciente (A.A)
 uir o paciente (A.T)
 ntação diária a pacientes (A.O)
 namento de funcionários (A.A)
 icipação no grupo de mães (A.A)
 iões do grupo multiprofissional (A.A)
 rvisão e orientação a funcionários (A.A)

ta as unidades para resolução dos problemas (A.A)
 ersar com os funcionários (A.A)
 o às chefias imediatas (A.A)

der RN no parto (A.T)
 panhamento de gestante nos partos difíceis (A.T)
 r algum parto (A.T)
 pção da gestante e triagem (A.T)
 alar PVC e sinais vitais e abocath (A.T)

HOSPITAL "B"

A.T.I.V.I.D.A.D.E.S. R.E.L.A.T.A.D.A.S

A.T.I.V.I.D.A.D.E.S. N.O.R.M.A.T.I.Z.A.D.A.S

-cateterismo vesical, SNG (A.T)

-instalação de PVC (A.T)

-preparo de nutrição percentual (A.T)

-supervisão - escala diária, mensal (A.A)

- executar técnicas para demonstração (A.A)

- instruir, explicar dúvidas dos funcionários (A.A)

- fiscalizar o serviço do funcionário, (medicação) (A.A)

-controle de esterilização (A.A)

-supervisão do pessoal para controle de esterilização (A.A)

-ensinar estudantes a se paramentar (A.A)

-recepção do paciente (A.A)

-se emergência, entro em sala para substituir pessoal (A.A)

-responsabilidade sob o CC (3 salas), SR e o CME (A.A)

HOSPITAL "C"

A.T.I.V.I.D.A.D.E.S. R.E.L.A.T.A.D.A.S

A.T.I.V.I.D.A.D.E.S. N.O.R.M.A.T.I.Z.A.D.A.S

- puncção venosa (A.T)
 - preparo de quimioterápicos (A.T)
 - consulta de enfermagem (orientação e avaliação do paciente) (A.O)
 - cuidados específicos com reações a administração de drogas (A.T)
 - orientação dos efeitos colaterais das drogas (A.O)
-
- instalar D.P.I (Diálise Peritoneal Intermitente) (A.T)
 - avaliar a D.P.I (A.T)
 - treinamento em C.A.P.D (A.A)
 - parte administrativa da unidade (A.A)
-
- - - - -
-
- supervisão de funcionários (A.A)
 - assumir paciente grave quando a unidade está cheia (A.A)
 - orientação da mãe para a alta da criança - amamentação, banho, higiene, alimentação para o RN (A.O)
-
- coordenação dos novos projetos de implantação dos serviços (A.A)
 - contato direto com a direção de enfermagem e chefia médica da área (A.A)
 - pedido de compra de material (A.A)
 - substituir folgas das enfermeiras das unidades (A.A)
 - visita ao PA, cl. médica, cl. cirúrgica, BC, SR, CME (A.A)
-
- avaliação de paciente para parto (A.T)
 - supervisão de funcionários (A.A)
 - resolver problema social (A.A)
 - parto (A.A)
 - observação em pós-parto imediato (A.T)
 - contato com a unidade de internação para conseguir leito (A.A)
 - encaminhamento ao serviço social (A.A)
 - recepção do RN e observação quando não tem pediatra (A.T)

-Atribuições do Enfermeiro:

- A.A (01)-estar na unidade, dentro do horário previsto para passagem do plantão
- A.A (02)-planejar, organizar, coordenar, executar e avaliar os serviços de assistência de enfermagem
- A.A (03)-realizar visita aos pacientes, verificando o estado geral e priorizando a assistência a ser prestada, delegando atividades, S/N
- A.A (04)-responsabilizar-se pela elaboração das escalas de serviços diárias e mensais, prevendo férias e afastamentos
- (05)-Realizar:
 - A.T -admissão de paciente na unidade
 - A.T -metodologia da Assistência de Enfermagem
 - A.T -consulta de Enfermagem
 - A.T -cuidados diretos a pacientes graves
 - A.T -preparo e aplicação de quimioterápicos
 - A.T -curativo de catéteres venosos profundos
 - O -orientação e demonstração a pacientes insulino-dependentes, ostomizados, C.A.P.D e outros
 - O -orientação quanto ao preparo para cirurgia ou exames complementares e auto cuidado
 - A.T -avaliação de pacientes no pós-operatório
 - A.T -sondagem vesical, nasogástrica, nasojejunal
 - A.T -troca de frascos de drenagem de tórax
 - A.T -fechamento do balanço hídrico, instalação PVC
 - A.T -outros cuidados de maior complexidade técnica que exijam conhecimento de base científica e capacidade de tomada de decisão imediatas
- A.A (06)-supervisionar e orientar a equipe de enfermagem quanto as condições de uso de materiais e equipamentos
- A.A (07)-realizar reuniões sistematizadas com a equipe de enfermagem e/ou quando necessário
- A.A (08)-avaliar a necessidade de treinamento juntamente com a equipe e solicitar a educação continuada, a realização do mesmo
- A.A (09)-cumprir e fazer cumprir ordens de serviços, normas e regulamentos da Instituição
- A.A (10)-participar e realizar pesquisas como elemento integrante da equipe de saúde
- A.A (11)-elaborar programas de educação para a saúde a: gestantes, hipertensos, diabéticos, tuberculosos, ostomizados, infanto-juvenis, grupos de risco
- A.T (12)-fazer prevenção e controle sistemático de infecção hospitalar e doenças transmissíveis
- A.A (13)-fazer avaliação dos funcionários conforme normas vigentes
- A.A (14)-estabelecer o intercâmbio científico e relacionamento interdependente com docentes, discentes e equipe multiprofissional