

**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E DO DESPORTO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
REDE DE PÓS-GRADUAÇÃO DE ENFERMAGEM DA REGIÃO
SUL - REPENSUL - POLO II - FURG E UFPEL**

**O TRABALHO DO ENFERMEIRO NO MUNICÍPIO
DE RIO GRANDE - ESPAÇO CRIADOR DA
NECESSIDADE DE UM TRABALHO
INTEGRADOR**

NALÚ PEREIRA DA COSTA KERBER

RIO GRANDE, OUTUBRO DE 1999

**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E DO DESPORTO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO DE ENFERMAGEM
MESTRADO EM ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
REDE DE PÓS-GRADUAÇÃO DA REGIÃO SUL - REPENSUL -
POLO II - FURG e UFPEL**

**O TRABALHO DO ENFERMEIRO NO MUNICÍPIO
DE RIO GRANDE - ESPAÇO CRIADOR DA
NECESSIDADE DE UM TRABALHO
INTEGRADOR**

**DISSERTAÇÃO DE MESTRADO EM ASSISTÊNCIA DE
ENFERMAGEM**

**ORIENTANDA : NALÚ PEREIRA DA COSTA KERBER
ORIENTADORA: PROF. DRA. MARTA REGINA CEZAR VAZ**

RIO GRANDE, OUTUBRO DE 1999

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

O TRABALHO DO ENFERMEIRO NO MUNICÍPIO DE RIO GRANDE –
ESPAÇO CRIADOR DA NECESSIDADE DE UM TRABALHO INTEGRADOR

NALÚ PEREIRA DA COSTA KERBER

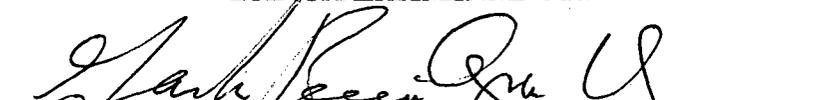
Esta dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do título de

MESTRE EM ENFERMAGEM

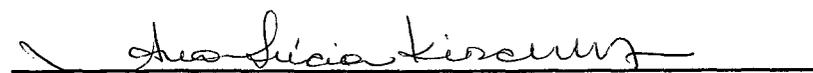
E aprovada em sua forma final em 28 de outubro de 1999, atendendo às normas da legislação vigente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Curso de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina – Área de concentração: Assistência de Enfermagem.


Dr^a. Denise E. Pires de Pires – Coordenadora do Curso

BANCA EXAMINADORA


Dr^a. Marta Regina Cezar Vaz – Presidente/Orientadora


Dr^a. Beatriz Beduschi Capella – Membro


Dr^a. Ana Lúcia Cardoso Kirchhof – Membro


Dr. Wilson Danilo Lunardi Filho – Membro

SUMÁRIO

RESUMO.....	i
ABSTRACT.....	ii
1 - APRESENTANDO O TEMA DA INVESTIGAÇÃO.....	1
2 - DIRECIONANDO O TRABALHO OPERACIONALMENTE.....	9
2.1 - RELATANDO PRESSUPOSTOS	9
2.2 - CARACTERIZANDO O ESTUDO.....	11
2.3 - DELIMITANDO O LOCAL E OS SUJEITOS.....	14
2.4 - PROCEDENDO A COLETA E REGISTRO DE DADOS.....	17
2.5 - ANÁLISE.....	22
3 - SUBSIDIANDO TEORICAMENTE O ESTUDO.....	27
4 - MOSTRANDO AS INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS ATRAVÉS DE UM RECORTE HISTÓRICO.....	57
4.1 - REDE BÁSICA DE SERVIÇOS DE SAÚDE.....	57
4.2 - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO.....	64
5 - OLHANDO O PROCESSO DE TRABALHO DOS ENFERMEIROS.....	70
5.1 - CARACTERIZANDO O TRABALHO DOS ENFERMEIROS DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO.....	71
5.2 - CARACTERIZANDO O TRABALHO DOS ENFERMEIROS DA REDE BÁSICA DE SERVIÇOS DE SAÚDE.....	106
5.3 - SALIENTANDO ELEMENTOS POTENCIALIZADORES DO TRABALHO INTEGRADOR.....	150

**6 - ANTECIPANDO O PROCESSO DE TRABALHO INTEGRADOR ATRAVÉS
DE ALGUMAS IDÉIAS ACERCA DE SEU PROJETO..... 175**

BIBLIOGRAFIA REFERIDA E CONSULTADA..... 192

ANEXOS

RESUMO

Tendo como objeto deste estudo o trabalho do enfermeiro visualizado através de alguns de seus elementos constitutivos como: objeto, instrumentos e finalidade, busquei a caracterização deste trabalho através da análise de depoimentos de seis enfermeiros do Hospital Universitário e seis enfermeiros da Rede Básica de Serviços de Saúde do município de Rio Grande/RS, como forma de salientar elementos presentes no trabalho dos enfermeiros, que potencializassem e estivessem exigindo um trabalho integrador da enfermagem. Ficaram ressaltados, principalmente, alguns elementos característicos como: criatividade, conhecimento do enfermeiro, variabilidade no trabalho do enfermeiro, enfermeiro como elo de ligação com os demais profissionais, entre outros. Baseada nestas características encontradas por este caminho e, aliando ao que já havia sido encontrado em trabalho desenvolvido junto às enfermeiras da Rede Básica de Serviços de Saúde na disciplina de Prática Assistencial, onde foram discutidas questões problemáticas em comum, tive como objetivos do presente estudo: 1) caracterizar o significado construído do trabalho integrador, a partir da compreensão do trabalho dos enfermeiros do Hospital Universitário e da Rede Básica de Serviços de Saúde; 2) refletir uma proposta de trabalho integrado entre a enfermagem do Hospital Universitário e da Rede Básica de Serviços de Saúde. Para isto, foi fundamental a utilização de um referencial teórico que fizesse uma análise da enfermagem enquanto trabalho e, que possibilitasse ser usado como alicerce na busca da apreensão dos conceitos e noções necessárias para a construção do trabalho integrador. No momento de discussão e análise dos resultados, foram utilizados fragmentos das entrevistas, visando ilustrar o conteúdo abordado. Através deste estudo foi possível refletir a importância de desvendar novos processos de trabalho, transformar constantemente o vivenciado, buscando e contribuindo para o desenvolvimento da enfermagem, por meio de uma forma inovadora de atuação na prática, que vislumbra-se tendo como instrumento de trabalho a atenção domiciliar. Ao final, ficou expresso a necessidade do trabalho integrador como exigência na própria organização do trabalho da enfermagem.

ABSTRACT

The object of this research is the nursing professional, visualised through some of his/her constituting elements such as: object, instruments and finality. Thus, I tried to characterise this research by interviewing six nursing professionals from the University Hospital of Rio Grande/RS and other six from Rio Grande's Unities of Health, in order to highlight elements in the work of such professionals, which could potentialize and demand and integrating work in the nursing profession. Among others, some elements appeared to be of distinguished peculiarity, such as: creativity, nurse's knowledge, variability of nurse's work, as well as his/her role as being a link between other professionals. Based on the characteristics found in this respect, as well as supported by former research on the matter by nurses from Unities of Health in the subject of Practice Assistential, in which were discussed problematic affairs alike, I had as objectives the following: 1) to define the meaning of the integrating work, comprehending the work of the nurses from the University Hospital and Unities of Health; 2) to raise the issue of proposing na integrated work between the nursing from University Hospital and Unities of Health. Therefore, a theoretical reference, which enabled na analysis on the nursing profession, and provided the basis for the necessary notions and concepts for the constitution of the integrating work, was of great relevance. During the discussions and the analysis of the results, parts of the interviews were used, in order to illustrate the approached content. The present study enable the reflection about the importance of finding new process of work, developing the nursing profession, via an innovative action in this practise, which views a home assistance as its working tool. At the end of the research, it was found that na integrating work has been demanded by the organisation of the nursing profession itself.

1 - APRESENTANDO O TEMA DA INVESTIGAÇÃO

O objeto deste estudo é o trabalho da enfermagem em dois espaços diferentes, com vistas a identificar elementos de um trabalho integrador. O interesse por este tema decorre de todo um contexto de vivências e de experiência profissional. Seu redirecionamento foi oportunizado ao longo do curso de mestrado.

Tenho exercido meu trabalho como enfermeira assistencial por doze anos, desde a formatura no Curso de Enfermagem e Obstetrícia da Universidade Federal de Pelotas, em 1986. O Hospital Universitário (HU) de Rio Grande/RS tem sido o grande palco do desenvolvimento da minha prática de enfermagem, durante todos estes anos, e com o qual me sinto extremamente comprometida, interessando-me em torná-lo cada vez mais qualificado.

Nos últimos cinco ou seis anos, a proposta de realizar ações diferenciadas, partindo da instituição de saúde em que atuo, começou a se infiltrar no meu pensamento. Esta proposta surgiu, inicialmente, da percepção de que a prática da enfermagem desenvolvida nesta instituição, estaria sendo desempenhada de forma pouco refletida, assim, seria necessário promover alguma ação que viesse a auxiliar o HU na sua organização do trabalho.

O HU, por ser um hospital público, é muito procurado para o atendimento da população, em todas as especialidades, sendo que suas unidades de internação estão quase sempre lotadas. O Serviço de Pronto Atendimento (SPA) tem sempre grande fluxo de movimento da clientela que busca a satisfação de suas necessidades. O grupo de enfermeiros, que atua neste setor de Pronto Atendimento elaborou um projeto para atendimento domiciliar¹ dos pacientes internados neste hospital, visando reduzir seu tempo de permanência e, com isto, aumentar a rotatividade dos leitos. Apesar de ainda não ter sido implantado, tal projeto foi o elemento desencadeador da necessidade de integração da enfermagem do HU com a enfermagem da Rede Básica de Serviços de Saúde (RBS)², com vistas a uma extrapolação na continuidade da atenção de enfermagem.

Através das dificuldades visualizadas no dia a dia do trabalho, no Serviço de Pronto Atendimento, quanto ao aspecto da demanda acentuada ao HU, a primeira resposta que eu havia obtido para esta constatação, era a de que as Unidades Básicas de Saúde (UBS) não ofereciam atendimento de acordo com as necessidades da população, fazendo com que esta buscasse o ambiente hospitalar. Então, busquei a percepção dos enfermeiros atuantes na RBS a esse respeito.

Através desse primeiro contato, despontou a necessidade do estabelecimento de relações entre a enfermagem, através do trabalho desenvolvido na disciplina de Prática Assistencial, com o grupo de enfermeiros da RBS, onde buscamos construir juntos um modo de promover a integração na enfermagem.

¹ Projeto de Atenção Domiciliar: elaborado pelos enfermeiros, para o HU e, posteriormente, readaptado por uma equipe multidisciplinar. Ainda não está implantado neste Hospital.

² Esta sigla não é utilizada oficialmente no município. Foi adaptada aqui para facilitar a leitura, já que será feita sua abordagem de forma rotineira no texto.

Ao final dos trabalhos, ficou manifesta a inexistência de integração interinstitucional, pelo desconhecimento das ações realizadas em ambas as instituições de serviço, HU e RBS. Não só desconhecimento, mas, também, “entendimentos diferentes que são produzidos na própria organização do Sistema de Saúde, com um mecanismo desarticulador sendo estimulado a existir no trabalho”. (Kerber, 1997, p. 51)

Neste momento histórico que temos vivido, pode-se acompanhar um sistema de assistência de saúde prestada no Hospital Universitário dissociado do sistema de assistência de saúde prestado à comunidade na Rede Básica de Serviços de Saúde, sendo que ambos assistem ao sujeito doente, enquanto ser individual, fora de seu contexto familiar e social. Com isto, o agrupamento familiar não é assistido como um todo, não evoluindo para uma melhoria da qualidade de vida, já que cada membro é atendido enquanto corpo individual, sem o estabelecimento de relações contextuais.

Esta descontextualização não precisa necessariamente acontecer e não deve ser encarada como uma determinação histórica, em que a assistência, no interior de uma instituição hospitalar, precisa seguir o modelo hegemônico da assistência hospitalar. O pragmatismo dominante, através do qual só resta a possibilidade de conformação no sentido da corrente principal, dos limites impostos pela realidade, sem uma vontade de mudanças é uma prática que não deve guiar o caminho da enfermagem.

Esta argumentação é muito bem analisada por Campos (1991), que fez uma crítica a esta aceitação passiva do estabelecido, dizendo que

os movimentos - de construção de contra-hegemonia - terão de começar por baixo (...), mas com propostas claras e explícitas. O mesmo autor analisou que a construção de uma vontade coletiva³ capaz de reordenar política e economicamente a sociedade brasileira passa necessariamente pela derrota

³ Uma vontade na perspectiva de resgatar o dinamismo e revolucionar constantemente os instrumentos de produção e com eles as relações de produção e todas as relações sociais. (Campos, 1991)

deste tipo de visão e da prática. (p. 23)

De modo a visualizar a possibilidade e efetividade do trabalho integrador, pensei, inicialmente, em utilizar como exemplo, o programa de atenção domiciliar do HU, mencionado anteriormente, embora este ainda não estivesse constituído formalmente.

No projeto deste estudo, foi proposta a escolha de cinco pacientes da Unidade de Clínica Médica (UCM), moradores dos bairros onde havia a atuação de um dos enfermeiros da RBS, que estavam se engajando a esta proposta.

Em uma reunião com os enfermeiros da RBS, resolvi deixar aflorar o que eles pensavam a respeito desta proposta e, baseada em sugestão recebida durante a qualificação do projeto de Dissertação, de que era melhor, inicialmente, delimitar o projeto a um bairro, para poder ter mais profundidade e, aos poucos, quando não houvesse mais a exigência acadêmica, ir expandindo-o para outros bairros, é que decidiu-se pelo seguimento da orientação recebida. Como três dos enfermeiros atuassem em uma Unidade Básica de Saúde (UBS), que estava sendo preparada para ser sede do Programa de Saúde da Família (PSF)⁴, optei por este bairro para ser o modelo para pesquisa.

Estabelecido o local, ficou acertado que seria iniciada a assistência a um dos pacientes escolhidos e, assim que se procedesse a visita domiciliar, um dos enfermeiros do posto seria contactado, para possibilitar a integração na assistência domiciliar.

⁴ PSF é um programa que está em vias de ser implantado, no qual os trabalhadores de saúde terão atividades externas à UBS, como visitas domiciliares, palestras em escolas, entre outras.

O meu contato com os pacientes seria solicitado por parte de um médico da UCM, o que realmente aconteceu por três vezes. Porém, ao comparecer à unidade para avaliação das condições dos pacientes e na aproximação com os mesmos, percebi que nenhum era morador do bairro selecionado. Diante disto, a proposta ficou inviabilizada.

Baseada nesta problemática, decidi proceder a uma revisão dos prontuários de todos os pacientes internados na UCM e fazer a seleção dos domiciliados na área escolhida. Feito isso, cada paciente foi visitado em seu leito hospitalar, objetivando, além do mútuo conhecimento, oportunizar esclarecimentos acerca do projeto a ser realizado, para sua posterior concordância e inserção.

Os pacientes mostraram-se interessados em participar e os familiares de alguns deles, manifestaram interesse e disposição em dar continuidade ao tratamento em nível domiciliar, através do acompanhamento dos enfermeiros. Ficou combinado que, após a alta, dois enfermeiros do HU iriam assisti-los em seu ambiente familiar e, posteriormente, o enfermeiro da RBS acabaria por assumir o total controle da assistência.

Transcorridos oito dias, acompanhada por um enfermeiro do HU, desloquei-me para o bairro onde moravam estes pacientes. Apenas um deles foi encontrado em casa e com o qual foi procedida a visita. Dos outros cinco, em alguns casos, o endereço não existia e, em outros, o paciente encontrava-se novamente hospitalizado.

Diante destes desencontros todos, uma sensação de impotência me abateu e vislumbrei a dificuldade da realização de um trabalho desta natureza, que envolve muitas pessoas externas ao serviço, além de se ter um curto prazo para realização do projeto. Não poderia esperar pelo tempo de cada paciente, pelo momento em que

haveria a junção dos trabalhadores de enfermagem no agrupamento familiar, pois, afinal de contas, tinha um prazo acadêmico determinado para coleta e análise dos achados.

Conforme a sugestão da banca examinadora, ainda durante o exame de qualificação, optei por realizar o trabalho com o envolvimento somente dos enfermeiros, sem sair para o espaço domiciliar. Permaneço com a idéia de que o trabalho integrador só vai se mostrar, na prática cotidiana, no espaço do cliente/família, no momento do encontro dos enfermeiros na assistência. Acredito, porém, que isso deva ser construído *a posteriori*, sem limite de tempo, com amadurecimento das idéias e conhecimento de ambos os ambientes e processos de trabalho.

Nesta perspectiva, considere relevante, no primeiro momento, descobrir o universo do trabalho dos enfermeiros do HU e da RBS, no que tange ao seu próprio processo de trabalho, através de alguns dos seus elementos constitutivos que são objeto, instrumentos e finalidades. À medida que as semelhanças e diferenças de ambos os processos de trabalho foram emergindo, estas constituíram-se em eixos norteadores do trabalho integrador.

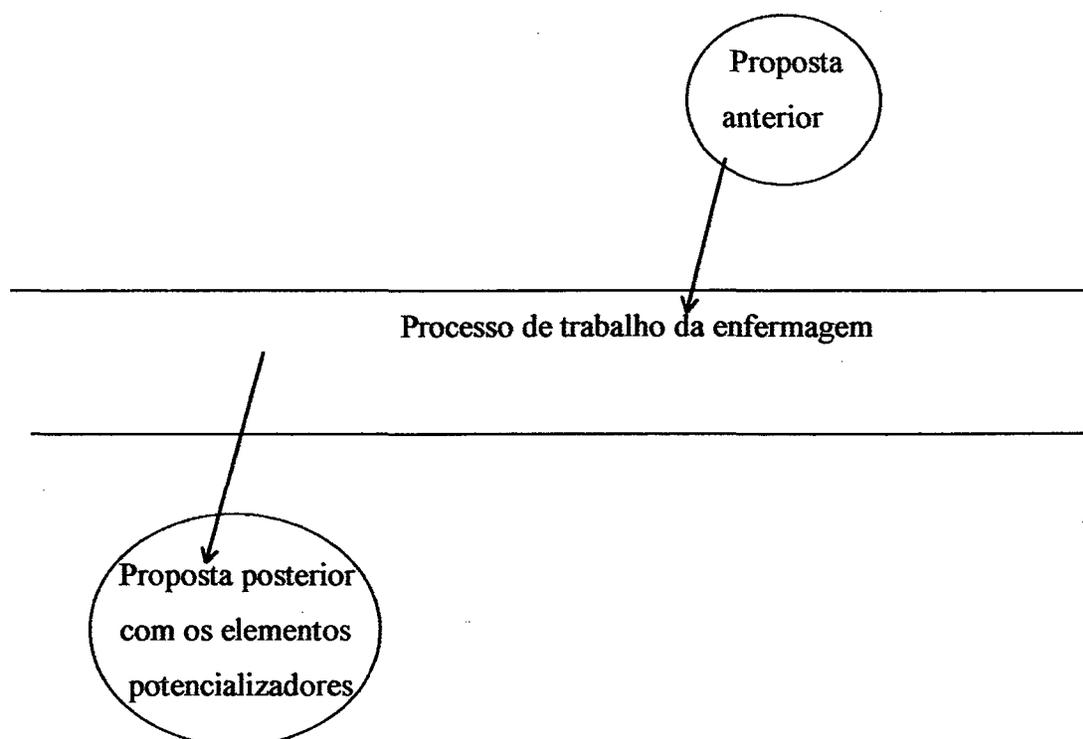
Os objetivos do presente estudo foram assim estabelecidos:

- 1- caracterizar o significado construído do trabalho integrador, a partir da compreensão do trabalho dos enfermeiros do HU e da RBS;
- 2- refletir sobre uma proposta de trabalho integrador entre a enfermagem do HU e a enfermagem da RBS.

Através do produto deste estudo, vejo a ampliação de nossas possibilidades, traduzidas, principalmente, em um espaço comum de trabalho para os enfermeiros.

Acredito que esta será uma conquista fundamental, em que estarão sendo processadas “novas relações de trabalho, onde não haverá lugar para a concorrência intra e interprofissionais que estabeleçam conflitos de fronteiras desnecessários.”(Leopardi, 1999, p.22).

Através do esquema abaixo, procuro demonstrar a inversão realizada para o presente estudo: a proposta anterior, que seria realizada no espaço da atenção domiciliar no processo de trabalho dos enfermeiros, passou a ser outra, obtida a partir dos elementos obtidos do próprio processo de trabalho e que potencializassem o trabalho integrador.



Antes deste momento de análise dos achados propriamente dito, no rumo da construção do trabalho integrador, apresento os caminhos tomados pela investigação e o referencial teórico, que usei como norte no desenrolar deste estudo e que se baseou na concepção da enfermagem enquanto trabalho. A seguir, um recorte histórico, a propósito de situar o leitor no contexto das instituições abordadas, é apresentado.

Face à necessidade de manter uma seqüência lógica, optei por dividir o capítulo do resultado da investigação em três etapas, onde estão incluídas a caracterização do processo de trabalho dos enfermeiros do HU, a caracterização do processo de trabalho dos enfermeiros da RBS e o conteúdo abordado a respeito do trabalho integrador. Prosseguindo, o capítulo final abrange, não uma síntese das discussões analisadas mas, uma breve noção da direção que pode ser tomada a seguir, ou seja, a proposta da construção desse trabalho integrador.

2 - DIRECIONANDO O TRABALHO OPERACIONALMENTE

Neste capítulo, descreverei os caminhos percorridos para a construção e a realização da proposta de trabalho.

2.1 – RELATANDO PRESSUPOSTOS

1. A assistência à saúde está voltada para o Sistema de Saúde como um todo, onde a diferença está, não nas instituições prestadoras de serviço, mas na política nacional de saúde que as rege, que é o que faz o Sistema se movimentar.

2. As políticas de saúde interferem diretamente na concretização de modelos para a assistência.

3. “O estabelecimento de vínculos com outras unidades que prestam assistência à população possibilita a constituição de um sistema de saúde descentralizado, através da regionalização e hierarquização de serviços, na perspectiva de um atendimento de qualidade”. (Capella, 1996, p. 158)

4. “Para que a clientela dos serviços públicos seja atendida e o sistema funcione há necessidade de um sistema de referência e contra-referência eficaz, onde o usuário utilize os serviços de maior complexidade tecnológica somente quando for necessário e

haja encaminhamento dos serviços de atenção primária, ou seja, da porta de entrada do sistema”. (Chirelli, 1995, p. 22)

5. Os enfermeiros agem como se as ações educativas não estivessem imbricadas em qualquer que seja o processo de trabalho da enfermagem.

6. Acredita-se que os trabalhadores são co-construtores da instituição em que atuam. Porém, no caso da instituição de saúde, “onde o serviço prestado envolve outro indivíduo - o sujeito com carências de saúde, este também participa desta construção. Portanto, quanto mais ‘sujeitos’, isto é, quanto mais críticos esses indivíduos forem, tanto mais provavelmente a instituição irá desenvolver-se para atender suas necessidades”. (Capella, 1996, p.158)

7. O agrupamento familiar é uma estrutura de relações em que qualquer acontecimento que ocorra com um de seus membros participantes, atinge o grupo inteiro.

8. O sujeito doente assistido no seu domicílio, junto com o agrupamento familiar, sente-se valorizado, tornando esta prática mais produtiva e, portanto, mais qualificada e humanizada.

9. “O processo de trabalho em saúde é coletivo, em que cada área técnica executa parte dessas ações. Para isto, faz-se necessário a reconstrução de ações integradas”. (Capella, 1996, p. 159)

10. A integração é entendida como elemento componente do próprio trabalho, e isso representa entender esse conceito sendo produzido no interior do trabalho coletivo. No trabalho da enfermagem, em particular, o enfermeiro é sujeito capaz de estimular/provocar/acionar esse componente no conjunto do trabalho.

2.2 - CARACTERIZANDO O ESTUDO

Como o tema trabalho integrador da enfermagem surgiu da minha prática cotidiana, a vivência do problema no meu desempenho profissional diário ajudou a alcançar a clareza necessária para sua delimitação.

Acredito na importância teórico-prática do enfoque dialético no qual a crítica social é inerente. Justifica-se a busca dessa abordagem teórico-metodológica que, considerando o contexto do fenômeno social que se estuda, privilegia a prática e o propósito transformador do conhecimento que se adquire da realidade e que se procura desvendar, em todos os seus aspectos.

O método dialético, quando emprega

o enfoque histórico-estrutural para nossa realidade social, é capaz de assinalar as causas e as consequências dos problemas, suas contradições e suas relações, suas qualidades e suas dimensões quantitativas, se existem, e realizar através da ação um processo de transformação da realidade que interessa. (Triviños, 1992, p. 125)

Minayo (1992, p. 15), abordando mais especificamente o campo da saúde, refere que este “requer uma abordagem dialética que compreenda para transformar, e cuja teoria, desafiada pela prática, a repense permanentemente”.

Dentro dessa dimensão de uma pesquisa qualitativa, pode-se dizer que esta é uma pesquisa exploratória, pois, vai em busca da compreensão de determinado objeto que não está pronto, que vai sendo construído a partir da análise.

Este tipo de pesquisa é um tipo de investigação com base empírica, concebida e realizada em estreita associação com uma ação na qual o pesquisador e os participantes

estão envolvidos em um processo reflexivo. A ação investigativa proposta foi no sentido de um momento de reflexão do próprio trabalho.

Nesta perspectiva, de pesquisador e participantes estarem envolvidos na mesma ação, diante de um campo de intervenção onde ambos fazem parte de um sistema, faz-se necessário que o pesquisador leve em conta a sua implicação.

Segundo Barbier (1985, p. 119), “implicação (do latim *implicatio*) é um termo jurídico: ação de implicar uma pessoa numa ação. Modernamente, o fato de que uma idéia acarreta uma outra, ou sob a forma de uma conseqüência necessária”.

Nas palavras desse mesmo autor,

a implicação no campo das ciências humanas, pode então ser definida como o engajamento pessoal e coletivo do pesquisador em e por sua práxis científica (...) de tal modo que o investimento que reverte inevitavelmente de tudo isto seja parte integrante e dinâmica de atividade de conhecimento. (p.120)

Há uma implicação do autor por estar envolvido no desenvolvimento de todo o processo de ação. Este tipo de pesquisa, vindo ao encontro das palavras deste autor, se encaixou perfeitamente com o perfil da pesquisadora, favorecendo o engajamento na prática, no problema. Nesta prática, houve a tentativa de compreensão e explicação, com o fito de melhorá-la, através de um entendimento de que estas ações estão colocadas de forma separada, mas, ao mesmo tempo, uma pressupõe a outra, pois, para haver explicação, é preciso compreensão, ou seja, se o sujeito não compreende, ele não pode explicar.

Optei pelo estudo em um espaço/tempo anterior ao desenrolar da assistência, no pensamento dos enfermeiros, aliando o que já tinha sido extraído a respeito do

trabalho integrador na disciplina de Prática Assistencial⁵ junto aos enfermeiros, ao que poderia ser extraído de cada um deles, individualmente.

Além de fazer pensar o trabalho integrador nesse espaço anterior à sua concretização, ainda julguei necessário proceder à caracterização de ambos os processos de trabalho dos enfermeiros, tanto no HU quanto na RBS. Isto foi feito focalizando a análise no objeto, instrumentos e finalidade do trabalho.

É neste sentido, o de melhor compreender o trabalho da enfermagem, para assim ser possível a sua transformação, que se realizou a investigação. O rumo tomado, ainda se alicerça em Fazenda (1994), quando diz que, antes de fazer uma construção, é necessário uma investigação,

o pesquisador tem de recolher a matéria em suas múltiplas dimensões, apreender o específico, o singular, a parte e seus liames imediatos ou mediatos com a totalidade mais ampla; as contradições e, em suma, as leis fundamentais que estruturam o fenômeno pesquisado. (p.80)

As atividades desenvolvidas foram de natureza exploratória, tendentes ao conhecimento, tanto próprio, quanto dos integrantes do grupo de enfermeiros, dos problemas que existem, das dificuldades que se apresentam e do interesse coletivo, na vida das pessoas. Segundo Triviños (1992, p. 109), “os estudos exploratórios permitem ao investigador aumentar sua experiência em determinado problema”. Com a vivência é que se pode passar para a compreensão e, então, para a tentativa de resolução.

Antes de iniciar o estudo, isto é, de colocar o projeto em prática, foram resguardadas algumas preocupações éticas, como a obtenção de um consentimento escrito por parte da Direção do HU (Anexo 1) e do Secretário Municipal de Saúde

⁵ Trabalho desenvolvido somente com enfermeiros da RBS em encontros coletivos.

(Anexo 2), para o desenvolvimento do projeto, envolvendo trabalhadores destas instituições de saúde.

2.3 - DELIMITANDO O LOCAL E OS SUJEITOS

O desejo de compartilhar experiências, de ver a enfermagem trabalhando integradamente, nem de forma isolada e nem através de um processo de trabalho dissociado nas instituições de saúde, exigiu atuação paralela em duas grandes instituições distintas, mas complementares, no caso o Hospital Universitário e a Rede Básica de Serviços de Saúde do município de Rio Grande.

A escolha dos trabalhadores representantes do HU baseou-se no vínculo de trabalho existente através do projeto de atenção domiciliar, elaborado antes do início da inclusão da investigadora, como mestranda, pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Eles apresentam uma caminhada anterior, enquanto enfermeiros atuantes neste HU, onde se deu o início da reflexão a respeito de integração, e onde são partilhados os mesmos problemas, o mesmo fazer na prática da enfermagem, além de trabalhar no local onde houve a construção de um programa de atenção domiciliar, estando, portanto, inteirados neste assunto. Somente um enfermeiro não tem essa ligação e, mesmo assim, foi escolhido objetivando deixar um traçado paralelo na análise dos discursos dos trabalhadores de ambas as instituições. Justifica-se isto na medida em que um dos enfermeiros da RBS, bem atuante na prática assistencial, encontra-se em função de destaque na Secretaria de Saúde, com poder de decisão. Então, para obter um pareamento em relação aos enfermeiros do HU, foi escolhido um enfermeiro também com esta escala de poder e mando.

Abaixo, é feita uma apresentação não nominada dos enfermeiros, proporcionando a compreensão de tal amostra. Para manter o sigilo e o anonimato, a ordem da apresentação não corresponde ao número da entrevista. Esta postura também foi adotada na apresentação dos enfermeiros da RBS.

1 - Enfermeiro atuante no SPA e Ambulatório por muitos anos. Atualmente, desempenha suas funções na Unidade de Internação Obstétrica. Atuou como colaborador em algumas reuniões a respeito do Projeto de Atenção Domiciliar a ser implantado no HU, com o propósito de participação neste serviço.

2 - Enfermeiro atuante na Unidade de Internação Obstétrica, com experiência anterior na RBS. Colaborou em algumas reuniões do Projeto de Atenção Domiciliar, onde será participante.

3 - Enfermeiro que já atuou em Unidade de Clínica Médica e Cirúrgica. Atualmente, exerce um cargo que lhe confere poder decisório junto à Direção do hospital.

4 - Enfermeiro atuante na Unidade Cirúrgica no momento do início deste estudo e, após, transferido para a Unidade de Internação Obstétrica. Participou na elaboração do Projeto de Atenção Domiciliar.

5 - Enfermeiro atuante no SPA e que participou na elaboração do Projeto de Atenção Domiciliar.

6 - Enfermeiro atuante em unidade não ligada à assistência direta, mas que participou na elaboração do Projeto de Atenção Domiciliar.

Dos trabalhadores da RBS, cinco participantes representaram esta instituição de saúde e já estiveram envolvidos no trabalho desenvolvido na prática assistencial, sendo os que mais demonstraram interesse pelo tipo de trabalho e pela questão principal

da integração. O enfermeiro que não teve essa participação foi escolhido por atuar em uma Unidade de Saúde Periférica, pouco afastada do nível central, que apresenta grande demanda espontânea. A seguir, apresento melhor estes enfermeiros:

1 - Enfermeiro participante de todos os encontros na realização da Prática Assistencial. Já atuou como enfermeiro assistencial em uma UBS; atualmente, ocupa cargo junto à Direção da Secretaria Municipal de Saúde.

2 - Enfermeiro participante de todos os encontros na realização da Prática Assistencial. Atua em um turno de trabalho em unidade localizada no prédio da Secretaria de Saúde, na qual a demanda externa é bastante acentuada, porque faz referência a outros serviços; no outro turno, ocupa cargo junto à Direção da Secretaria de Saúde. Treinado para atuação no PSF (Programa de Saúde da Família), que se encontra em fase de preparativos finais para implantação.

3 - Enfermeiro participante de alguns encontros na realização da Prática Assistencial. Atuante em uma UBS central, referência para outras unidades, em relação a alguns programas de saúde.

4 - Único enfermeiro que não participou da concretização da Prática Assistencial, por estar em férias. Atuante em uma UBS periférica e localizada em ponto chave de ligação com alguns dos maiores bairros da cidade e, ao mesmo tempo, não muito longe do nível central.

5 - Enfermeiro participante de alguns encontros da Prática Assistencial. Atuante em duas UBSs: pela manhã (seis horas), em uma UBS de um bairro não muito grande, nem muito pobre de recursos, localizado próximo ao nível central; e pela tarde (quatro

horas), em uma unidade de muito movimento e procura por parte da população. Também treinado para atuação no PSF.

6 - Enfermeiro participante de todos os encontros na concretização da Prática Assistencial, atuante em unidade de saúde localizada bem distante do nível central, em uma comunidade carente de recursos, num turno de trabalho e, no outro, em uma UBS situada em bairro mais próximo. Enfermeiro treinado para atuação no PSF.

Outro sujeito utilizado na investigação foi um membro do Conselho Municipal de Saúde do município. A necessidade de sua participação justificou-se à medida em que alguns dados a respeito do Processo de Municipalização da Saúde eram prementes para o estudo, sendo então, relatados por ele, em um encontro único, em que a entrevista acerca de quando começou, como foi e em que fase encontrava-se este processo foi gravada.

2.4 - PROCEDENDO A COLETA E REGISTRO DE DADOS

Como o trabalho em questão foi desenvolvido por um sujeito trabalhador de enfermagem, vivenciado pela pesquisadora, em processo de elaboração de dissertação de mestrado, mas com participação, colaboração e total envolvimento de um grupo maior de trabalhadores, os quais estavam pensando conjuntamente na perspectiva de sistematização do trabalho proposto, é que optei por uma modalidade de apresentação em etapas:

1) APROXIMANDO DIFERENTES ENFERMEIROS

Em primeira instância, como haviam diferentes enfermeiros, que não se encontravam no mesmo nível de conhecimento, a respeito do trabalho proposto, era necessário que estes estivessem pareados, para que pudessem discutir em igualdade de condições. O grupo de enfermeiros da Rede Básica de Serviços de Saúde já havia iniciado a reflexão acerca de uma possível integração com a enfermagem do HU, quando do desenvolvimento dos trabalhos na disciplina de Prática Assistencial. Então, eles já possuíam uma caminhada neste sentido, porém, não conheciam o Projeto de Atenção Domiciliar do Hospital Universitário, faltando-lhes o entendimento de como este se processa, quais suas bases, critérios e objetivos. Já o grupo de enfermeiros do HU, não possuía este início de reflexão a respeito de integração, mas contavam com uma caminhada anterior, enquanto enfermeiros atuantes no Hospital Universitário, como já explicitado em momento anterior.

Diante disto, estes dois grupos de profissionais não estavam partindo do mesmo momento no processo e, por isso, havia esta necessidade de deixá-los “igualados”. Evidente que esta igualdade não era total, mas deveria ser proporcionado um momento em que ambos os grupos tivessem a oportunidade de partir em busca de uma mesma concepção de trabalho. Melhor dizendo, era preciso discutir a respeito das várias concepções de trabalho, para tentar identificar alguns pontos em comum e, então, caracterizar a concepção predominante, partindo dos pontos que as aproximassem mais e daquelas que as tornassem mais distantes.

Se a estes dois grupos de enfermeiros não houvesse sido oportunizado o conhecimento do conteúdo anterior de que cada um dispunha, não seria possível pensar a discussão em termos de igualdade.

Baseado nisto, o primeiro encontro foi destinado a este partilhar de conhecimentos por diferentes enfermeiros. Foi mostrado, a cada um deles individualmente, o que foi construído através dos encontros com as enfermeiras da Rede Básica de Serviços de Saúde e em relação ao Projeto de Atenção Domiciliar do Hospital Universitário. Isto foi feito, inicialmente, através da distribuição, por escrito, dos conteúdos trabalhados anteriormente, proporcionando tempo para que os enfermeiros lessem, refletissem e anotassem observações, para que, então, estes conteúdos pudessem ser discutidos e entendidos. Como parte integrante deste conteúdo, foi oferecido aos enfermeiros o projeto deste estudo, contendo o referencial teórico acerca do processo de trabalho.

O período de realização deste trabalho coincidiu com a época de férias dos enfermeiros envolvidos, tornando-se difícil um encontro conjunto, para discussão e reflexão. Os enfermeiros que se encontravam trabalhando, estavam sobrecarregados de serviço, tanto no que diz respeito à carga horária, quanto à quantidade de atividades desenvolvidas. Isto era outro fator que impossibilitava o afastamento de seus locais de trabalho para o propósito das reuniões.

Diante disto, optei por fazer uma abordagem individual destes trabalhadores, com o deslocamento até seu ambiente de serviço, evitando, ao máximo, transtornos para eles.

Inicialmente, aconteceu a reunião com os enfermeiros da RBS, onde foram explanadas as mudanças⁶ que estavam sendo necessárias no projeto. Foi deixada uma cópia com cada um deles, solicitando-lhes a leitura e anotações acerca daquilo que não

⁶ Estas mudanças já foram abordadas na apresentação do presente trabalho.

estivesse bem esclarecido e que pudesse gerar incompreensão. Ficou estabelecido, de comum acordo, um próximo encontro dentro de uma semana para discutir o projeto.

O mesmo passo foi seguido com os enfermeiros do Hospital. Para eles, foi feito o relato da etapa anterior, já realizada com os enfermeiros da RBS, na execução da Prática Assistencial. Era preciso torná-los sabedores das etapas que vinham sendo realizadas.

Este momento foi de troca entre o enfermeiro e o entrevistador, em que, ao mesmo tempo que o enfermeiro estava dialogando, fazia uma reflexão acerca do próprio trabalho, como uma forma, até de enxergá-lo. O objetivo era aproximar os enfermeiros, para que fosse alcançado um equilíbrio em termos de conteúdo.

A partir do momento em que ambos os grupos alcançaram este equilíbrio, a aproximação entre eles, mesmo partindo de caminhadas distintas, através de um processo anterior, tornava-se mais efetiva para a concretização da proposta de trabalho.

2) “OLHANDO” O QUE ESTAVA SENDO CONSTRUÍDO

Posteriormente à elucidação completa do trabalho, foram iniciadas as entrevistas individuais. Estas preencheram um tempo de cerca de uma hora. Eu comparecia à unidade de trabalho do enfermeiro, com autorização prévia da sua chefia e com acerto anterior com o próprio enfermeiro, por telefone.

Então, os seis enfermeiros de cada instituição foram ouvidos, individualmente. Como forma da entrevista ser iniciada, foi solicitado ao enfermeiro que discorresse a respeito dos elementos que constituem o seu processo de trabalho diário, na tentativa de

caracterizá-lo. Detectou-se, nos enfermeiros, uma certa dificuldade quando foi preciso explicar sobre o seu próprio processo de trabalho, parecendo mais fácil para eles discorrer sobre suas atividades diárias e seu papel dentro da unidade de trabalho. Em prosseguimento, houve a focalização direta acerca de qual seu objeto de trabalho, quais instrumentos tem se utilizado para desenvolver seu trabalho, e qual finalidade do trabalho que o enfermeiro desenvolve nesta instituição. Questionado também os conceitos de enfermagem e integração, e as dificuldades visualizadas perante a hipótese da realização de um trabalho integrador entre a enfermagem do HU e da RBS.

Após a transcrição literal das fitas, foi feita a análise dos dados levantados. Já a análise sobre o objeto que era utilizado, quais instrumentos e qual a finalidade do trabalho dos enfermeiros, não foi fechada. Foi realizado um viés em torno de núcleos temáticos, que trouxe uma melhor compreensão e entendimento do processo de trabalho que vem sendo desenvolvido nestas instituições de saúde. Significa dizer que, na análise do processo de trabalho dos enfermeiros, foram refletidos outros aspectos presentes neste, como autonomia, criatividade, variabilidade, divulgação do próprio trabalho, entre outros.

O recurso de gravar as entrevistas individuais foi utilizado e autorizado no momento inicial dos encontros, sendo do acordo de todos o uso do gravador, apesar de alguns enfermeiros terem-se mostrado inibidos com o equipamento. Como o constrangimento foi apenas inicial, não interferiu no desenrolar do encontro, que teve prosseguimento sem necessidade de recorrer a recursos como diário de campo e outros.

A gravação trouxe a vantagem de proporcionar liberdade à observadora para captar, através da observação, gestos e expressões, e como forma de auxiliar e coordenar algumas falas, dando atenção permanente ao entrevistado. A respeito do uso

do recurso da gravação, Santos (1995, p. 43) diz que esta “tem a vantagem de registrar todas as expressões orais, imediatamente, deixando o entrevistador livre para prestar toda atenção ao entrevistado”. Tudo permeado pelo aspecto relevante de que serve para retomar momentos vividos ao escutar, lembrar a situação e reavivar, pela memória os acontecimentos, conseguindo realizar uma avaliação dos encontros.

A partir desta discussão, foi possível olhar melhor para o processo que estava sendo desenvolvido. Nesta fase, o olhar esteve voltado para o que estava sendo desenvolvido. As diferenças e semelhanças que emergiram, provavelmente ajudaram a moldar uma sistemática de trabalho.

O conteúdo a respeito do trabalho integrador apareceu através de alguns significados emergentes, que mais adiante despontarão como elementos potencializadores do trabalho integrador. Conforme o grupo aproximava-se nos termos propostos, o trabalho integrador encontrava-se contido neste processo de trabalho, em termos de concepções e conceitos. A princípio, este trabalho integrador já era assim entendido, porém, ele foi sendo esmiuçado no grupo para que se mostrasse e aparecesse no processo de reflexão. Com isto, esta estrutura e esta modelagem de trabalho foi se expondo, o que será vislumbrado mais claramente no último capítulo.

2.5 - ANÁLISE

Como o processo da pesquisa qualitativa não admite visões isoladas ou parceladas, mas o desenvolvimento em interação dinâmica, retroalimentando-se e reformulando-se constantemente, a coleta e a análise dos dados não constituíram

divisões estanques. As informações recolhidas foram sendo interpretadas à medida que foram sendo transcritas, o que originou a exigência de novas buscas de dados, por um fato, ou outro, não ter ficado bem claro, como por exemplo, quando um dos entrevistados respondeu que as ações do enfermeiro em nível hospitalar eram mais técnicas. Eu tinha o entendimento de que isto significava que, as atividades do enfermeiro eram principalmente em torno de procedimentos técnicos de enfermagem, porém, era necessário confirmar, para que esta afirmação pudesse ser realizada.

Esta nova busca de dados justificou-se pelo esforço necessário para o entendimento, por parte dos enfermeiros, a respeito da linguagem do processo de trabalho. O discernimento só foi possibilitado através da descrição das atividades realizadas no cotidiano destes enfermeiros. Algumas vezes, pelo pouco preparo da investigadora, a análise das atividades não conseguiu clarear o conteúdo do trabalho, exigindo, então, algumas questões diretas.

O relatório final foi se constituindo através do desenvolvimento de todo o estudo, não sendo exclusivamente resultado de uma análise final dos dados (Minayo, 1992).

Compartilhando do mesmo pensamento a este respeito, Godoy (1995) diz que, realmente, esta não é uma etapa que ocorre em uma fase claramente distinta, iniciando no momento em que se elegeu um problema para estudo e terminando, somente, quando se escreve a última palavra do relatório.

Além do fato de que deve ser fiel aos achados, ainda é necessário que estabeleça os vínculos entre eles, pois a análise “representa o esforço do investigador de

estabelecer as conexões, mediações e contradições dos fatos que constituem a problemática estudada”. (Fazenda, 1994, p. 88)

Ao olhar a transcrição efetiva das entrevistas, procurei identificar, em um primeiro momento, os espaços aonde estavam sendo discutidas as questões norteadoras, ou seja, identificar o objeto, os instrumentos e a finalidade do trabalho do enfermeiro nos espaços de autonomia, comunicação, diversidade, entre outros.

A interpretação dos dados, a análise que foi sendo feita no transcorrer do processo do estudo, teve como guia o referencial teórico e os objetivos do mesmo, foi apontando as categorias. Estas categorias foram constituindo-se como componentes do trabalho integrador; ou melhor, a “ação”, ou o conjunto de ações concretas (o que está sendo feito/como está sendo feito) foram mostrando os contornos deste trabalho. Busquei fazer emergir as relações e mostrá-las, para que o produto do projeto ficasse claro e mostrasse o aumento do conhecimento, aspecto fundamental de uma pesquisa no trabalho, que não deve se limitar simplesmente, a uma forma de prática.

Através da discussão dos trabalhadores de enfermagem, nos encontros individuais, foram trabalhados os temas propostos, tornando-se possível analisar a perspectiva do trabalho integrador almejado. Com base no discurso a respeito da prática cotidiana destes enfermeiros, busquei alguns temas chave para elucidar a questão do processo de trabalho ou, nas palavras de Cezar Vaz (1996), foi abordado o processo de trabalho através de “núcleos temáticos”. A partir destes elementos ou categorias, que surgiram na análise das falas destes trabalhadores é que se pôde perceber a forma e o conteúdo do trabalho que vem sendo desenvolvido nas duas instituições de saúde envolvidas no projeto, HU e RBS. E, a partir desta compreensão do trabalho dos enfermeiros, ou seja, dentro das especificidades, das semelhanças e diferenças de cada

processo, busquei construir o significado do trabalho integrador. Para isto fez-se necessário o apontamento de alguns itens a serem visualizados, como por exemplo: a relação do enfermeiro com o cliente/família/grupos/população; a possibilidade de se fazer um trabalho integrador; a concepção de trabalho; o modo como apareceu o objeto de trabalho neste processo.

Algumas categorias já haviam se projetado através da leitura do relatório da Prática Assistencial, o qual serviu para despertar os enfermeiros da RBS quanto ao aspecto integração e cujo centro era provocar reflexão a este respeito. Os seguintes temas já haviam emergido das falas dos enfermeiros: trabalho integrador, desarticulação interinstitucional, modelo assistencial de enfermagem, referência e contra-referência.

Para identificar como o trabalho integrador pode acontecer, é que estas e outras categorias, que estiveram apontando no decorrer da aplicação do projeto, se tornaram úteis.

Na realidade, o que fiz foi lançar um olhar em relação ao trabalho dos enfermeiros, através da própria experiência profissional na instituição hospitalar citada, o HU, e aproximar do trabalho desenvolvido pelos enfermeiros em ambas as instituições a partir das entrevistas realizadas. Faz-se necessário, neste momento, deixar claro que o olhar colocado foi acima das especialidades, ou seja, através do discurso de enfermeiros que se posicionaram independentemente da sua especialidade, pois, estavam abordando sua própria experiência, que se apresenta muito diversificada. Essa diversidade se faz presente pelo fato de que os enfermeiros já atuaram em diversas unidades diferenciadas, e continuam fazendo esta troca constantemente, tendo, então, necessidade de compreensão, entendimento e conhecimentos diversificados.

Face a estas considerações, mostra-se claramente a necessidade de um alicerce teórico. Por exemplo, no caso da desvinculação do trabalho realizado no HU e na RBS, pode-se vir a ter o entendimento a respeito, no momento mesmo em que se olhar a estrutura em que se fizer uma análise, segundo um enfoque histórico-estrutural. De imediato tem-se a possibilidade de olhar para estas estruturas e enxergá-las através do Sistema de Saúde, que faz com que estejam colocadas desta forma.

3 - SUBSIDIANDO TEORICAMENTE O ESTUDO

Na apreensão do objeto deste estudo, o trabalho integrador da enfermagem, se faz necessário compreender a enfermagem na dimensão do processo de trabalho em saúde, para, então, analisá-la, identificar seus momentos, caracterizar sua finalidade e seu objeto no próprio desenrolar deste trabalho.

Fazendo-se uma análise da enfermagem como um trabalho, fica afastado o posicionamento freqüente de que “as profissões da saúde são tomadas como desvinculadas do mundo do trabalho que obedece às leis sociais de necessidades, de carecimentos”. (Almeida & Rocha, 1997, p. 17)

A **enfermagem**, enquanto trabalho, é uma prática social e histórica⁷, articulada ao modo de produção, às políticas sociais, e é parte de um processo de trabalho histórico, coletivo e organizado socialmente para atender às carências sociais.

Para que se possa avançar na compreensão da enfermagem enquanto trabalho, é preciso que se explicito o conceito de trabalho. Detenhamo-nos, inicialmente, no processo de trabalho, base fundante para esta compreensão.

⁷ “ O processo de trabalho humano é antes de tudo o processo de produção e reprodução do homem social, historicamente determinado através da produção de bens e serviços.” (Mendes Gonçalves, 1994)

O conceito de **trabalho** utilizado baseia-se no que traz Santos (1995), como sendo

o conjunto de processos ontológicos através dos quais o homem modifica o ambiente sociocultural que assim modificado remodela o sujeito modificador”. Este autor refere que, na concepção marxista, “a pessoa necessita construir as condições da própria sobrevivência e a sociedade necessita dessa pessoa produtiva para realizar o processo da reprodução. (p.97)

Neste processo, no qual há um movimento de produção e reprodução do homem, aparecem duas características fundamentais do trabalho, que são a **socialidade** e a **historicidade**. O homem é essencialmente social, uma vez que não existe, não trabalha e não se reproduz se não estiver organizado em grupo de homens. Enquanto isso, ele vai transformando a si e ao ambiente, sociedade em que vive, construindo a sua história. Este movimento todo é historicamente determinado.

O processo de trabalho em si é constituído de alguns elementos essenciais, que se pode compreender em sua relação mútua, que são o objeto de trabalho, os instrumentos utilizados e o produto conseguido no final. Esse processo de transformação do objeto de trabalho em um dado produto é mediado por um gasto de energia⁸. A forma através da qual a energia se incorpora ao processo de trabalho e neste caso, especificamente, ao processo de trabalho em saúde, são os **instrumentos** propriamente ditos, os quais correspondem “às formas materiais e não materiais que possibilitem a apreensão do objeto (...) e são caracterizados enquanto saberes específicos, técnicas de ação e material (...)” (Mishima et al, 1997, p.270) e que se encaminha para a finalidade do processo como um todo.

⁸ “Duas idéias mais gerais e abstratas que encaminham a delimitação do conceito de trabalho humano são as de ‘energia’ e ‘transformação’ conjugadas em um único processo (...) ‘algo’ que havia ‘antes’ se transforma em ‘outro algo’ que há ‘depois’ através de um processo no qual certa quantidade de energia se aplicou”. (Mendes Gonçalves 1992)

Estes instrumentos variam muito conforme o modelo de saúde⁹ utilizado nos locais de trabalho. Inclusive a própria força de trabalho pode alternar de agente para instrumento, a partir de um objeto de trabalho, dependendo da finalidade a que se quer chegar. Na enfermagem, tem-se este exemplo, se analisarmos sua história no desenvolvimento e transformação da saúde.¹⁰

O processo de trabalho da enfermagem, desde que se institucionalizou, vem sendo considerado parte do processo de trabalho médico, consistindo em um instrumento capaz de cuidar o corpo doente. Isso se deve à posição hegemônica do médico, sendo percebido como responsável principal por esse processo de trabalho. “A posição dominante do médico advém de seu controle social dos momentos ‘mais intelectuais’¹¹ do trabalho, como é o caso do diagnóstico e da terapêutica” (Cezar Vaz, 1989, p. 36).

A enfermagem, enquanto força de trabalho não formalmente preparada para exercer suas ações, passou a exercer as atividades ditas “mais manuais” do processo de trabalho em saúde.

Estas ações, por sua vez, foram ficando cada vez mais restritas ao pessoal auxiliar de enfermagem, desvendando uma prática determinada pelas relações sociais advindas da divisão social e técnica do trabalho inerente ao sistema capitalista¹².

⁹ Maneira tecnológica e social que os saberes se organizam e se articulam nas práticas para dar conta de atender à finalidade do trabalho. (Almeida, 1991, p. 52)

¹⁰ A história de desenvolvimento da enfermagem como trabalho já foi bem elucidada por Melo (1986), Silva (1986), Cezar Vaz (1989), Almeida & Rocha (1997), Leopardi (1991) entre outros.

¹¹ Conforme Gramsci (1995) in Vaz (1989), “... Todos os homens são intelectuais (...) mas nem todos os homens desempenham na sociedade a função de intelectuais. Quando se distingue entre intelectuais e não intelectuais, faz-se referência, na realidade, tão somente à imediata função social da categoria profissional dos intelectuais, isto é, leva-se em conta a direção sobre a qual incide o peso maior da atividade profissional específica, se na elaboração intelectual ou se no esforço muscular-nervoso”.

¹² A respeito da divisão técnica e social do trabalho da enfermagem, sugiro a leitura de Melo (1986).

Resultado histórico e social também deste momento foi o surgimento de uma outra atividade, esta específica da enfermeira, que é a **administração**, cuja finalidade é organizar e controlar o processo de trabalho, favorecendo a ação de cuidar o corpo doente para possibilitar a cura. Note-se que esta enfermagem caracterizada é a enfermagem hospitalar, que atende à finalidade de cuidar e administrar para a recuperação individual, e que tem, até hoje, seguido os mesmos princípios, centralizando seu atendimento neste modelo clínico, quase não extrapolando suas atividades para além deste tipo de cuidado e quase nem se utilizando de outros saberes.

Com o capitalismo, adveio outra vertente, também para dar conta das necessidades de saúde, que foi o **modelo de saúde coletivo**¹³, com a concepção da doença como fenômeno coletivo, alicerçando seus saberes fundamentalmente na Epidemiologia.

Como a enfermagem também é uma parcela do trabalho em saúde, ela acompanhou este movimento e fez-se presente na produção dos serviços desta natureza. Agora, já não é mais parte do trabalho médico, e sim um dos instrumentos de saúde coletiva.

A partir destes dados, observa-se que começaram a existir, nesta organização do trabalho em saúde, duas vertentes complementares e não excludentes, as quais produzem distintos quadros de compreensão teórica e de ação, apesar de terem o mesmo objeto, a saúde e a doença: a epidemiologia (trata da concepção da doença como

¹³ “Desenvolvido principalmente na Alemanha, França e Inglaterra, utilizando-se de instrumentos próprios a outro recorte da doença - ela enquanto fenômeno coletivo - visou ao controle da doença da população. Os instrumentos usados foram o saneamento, a higiene social, a polícia médica, a quarentena, as estatísticas de mortalidade entre outros”. (Almeida & Rocha, 1997, p. 21)

fenômeno coletivo) e a clínica (trata a doença como alteração morfológica-funcional do corpo individual).

Nesta asserção de que clínico e epidemiológico são dimensões de uma mesma realidade - a saúde - devem ser

apreendidos dialeticamente, como unidade de contrários. No plano exclusivo do conhecimento, não há incompatibilidade entre os dois. No plano da prática, quando se determina como tecnologia, determinar-se-ão necessariamente como pólos contrários, tendencialmente, em direção aos quais o trabalho se orientará de conformidade com o sentido que tiver que assumir, dadas as articulações sociais concretas, mas também aqui, essa oposição tendencial não deve ser compreendida como contradição insolúvel, e sim como complementariedade dinâmica do movimento (Mendes Gonçalves, 1994, p. 86).

A prática da enfermagem, acompanhando estes momentos históricos, organiza seu cuidado, seu trabalho, na direção do modelo tecnológico de saúde¹⁴ vigente, articulando-se a ele com seu saber e seus métodos.

Para um entendimento mais claro da organização tecnológica do processo de trabalho da enfermagem, faz-se necessário a recuperação do conceito de **tecnologia** de Mendes Gonçalves (1994) onde este autor refere expressar “a rede de relações sociais em que seus agentes articulam sua prática em uma totalidade social”¹⁵.

Através de uma compreensão prévia da pesquisadora, pode-se dizer que a enfermagem hospitalar tem desenvolvido a sua ação de “cuidar” baseada neste modelo clínico, com a finalidade da recuperação individual do cliente. No **modelo clínico de saúde**, o objeto de trabalho é o corpo individual, o qual emergiu com o capitalismo para

¹⁴ Sistema de assistência a saúde, com objeto, instrumentos e finalidade determinados, com a produção de serviços utilizando tecnologias específicas. Utilizo a conceituação de tecnologia de Mendes Gonçalves (1994, p. 32) enquanto “conjunto de saberes e instrumentos que expressa, nos processos de produção de serviços, a rede de relações sociais em que seus agentes articulam sua prática em uma totalidade social”.

¹⁵ Ver a respeito: Mendes Gonçalves, R.B. Tecnologia e Organização Social das Práticas de Saúde: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo. (São Paulo, Hucitec, 1994)

dar conta das necessidades de saúde próprias das sociedades capitalistas (Almeida & Rocha, 1997).

O modelo coletivo se encaixa na dinâmica de produção de bens e serviços historicamente determinados e, neste, a concepção da doença não é o fenômeno individual centrado no corpo doente, mas é a concepção da doença como fenômeno coletivo.

Focalizando o processo de trabalho no município do Rio Grande¹⁶, explicitam-se os modelos de atenção à saúde já citados, mas nomeados pelos enfermeiros como modelo curativo e modelo preventivo.

Na tentativa de compreender o processo de trabalho desenvolvido pela enfermagem do HU e da RBS de Rio Grande, faz-se necessário a compreensão do trabalho da enfermagem em geral, o que busquei através do entendimento de Castellanos et al (1989).

As autoras foram utilizadas no sentido de facilitar uma aproximação para a análise do trabalho e, por isso, o esquema da divisão de trabalho destas foi reproduzido neste momento. Porém, ele pode ser modificado no transcorrer da análise, conforme a necessidade.

As autoras explicitaram dois processos de trabalho: em saúde individual e em saúde coletiva, sendo que ambos são partes complementares de um mesmo trabalho.

Feita esta divisão, se passa a descrever cada um dos processos, mostrando sua caracterização dentro do processo de trabalho em saúde, em particular o processo de

¹⁶ Este dado é manifesto extraído da análise de depoimentos das enfermeiras da RBS, no desenvolvimento da minha disciplina de Prática Assistencial.

trabalho da enfermagem.

De acordo com as autoras (p. 150), “o processo de trabalho em enfermagem, no modelo de saúde individual, caracteriza-se por dois diferentes processos de trabalho: o processo de trabalho ‘cuidar’ e o processo de trabalho ‘administrar’ (Esquema I).

Analisando o processo de trabalho “cuidar”, evidencia-se seu desenvolvimento eminentemente na área hospitalar.

Diversos autores já discorreram sobre esse desenvolvimento, como Castellanos et al (1989), Cezar Vaz (1989) e Almeida & Rocha (1997). Na transformação para o processo de trabalho coletivo, foram surgindo diversos trabalhadores da área da saúde, para dar conta desse processo de trabalho.

Além dessa divisão vertical do processo de trabalho em saúde individual, deu-se também, a sua divisão horizontal, através da qual surgiram várias especialidades médicas e outras especialidades como a odontologia, a psicologia, a farmácia e bioquímica, a nutrição e outras mais (Castellanos et al, 1989, p. 150).

Complementando, Ornellas (1989, p. 171) diz que “o processo de trabalho de enfermagem, uma entre essas práticas, a mais importante face a dimensão assumida pelo ‘cuidar’ das pessoas, foi, por força desse fato, a primeira a ser absorvida no âmbito institucional.”

Diante da busca dessas raízes históricas, é que se pode entender como o processo de trabalho de enfermagem, neste modelo de saúde individual institucionalizado, tornou-se um instrumento do processo de trabalho médico, onde o objeto de trabalho são os corpos individuais, passando a ser este também o objeto do trabalho “cuidar”, do mesmo modo que a finalidade deste passa a ser a mesma

finalidade do trabalho médico, ou seja, “curar corpos individuais”. Castellanos et al (1989, p. 150) ainda explicitam que

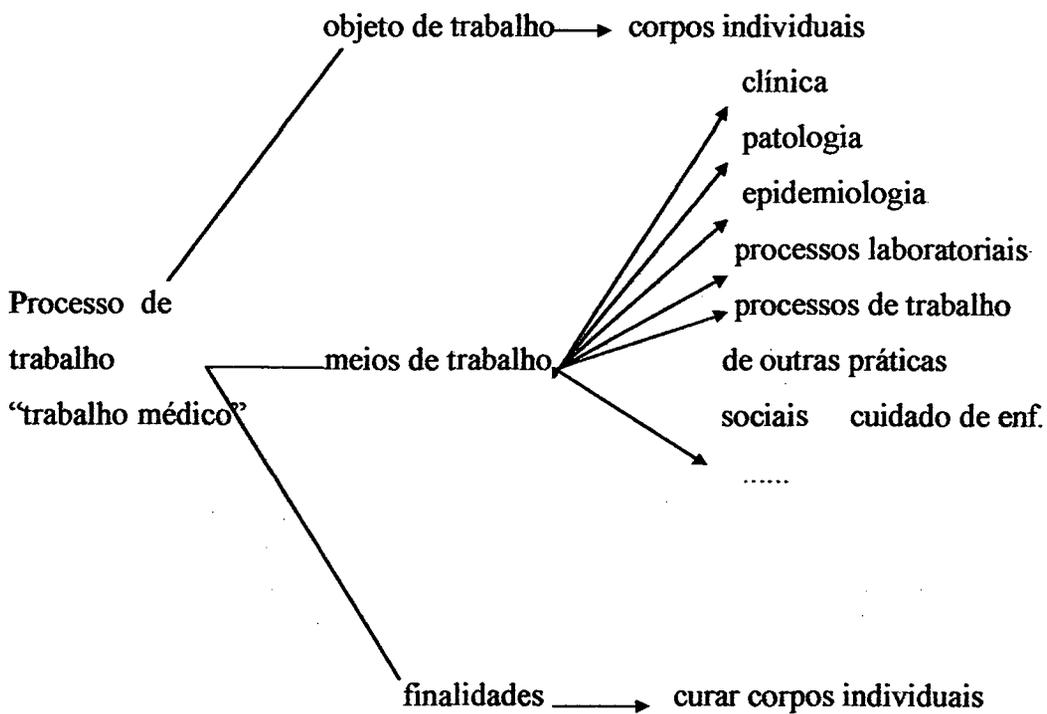
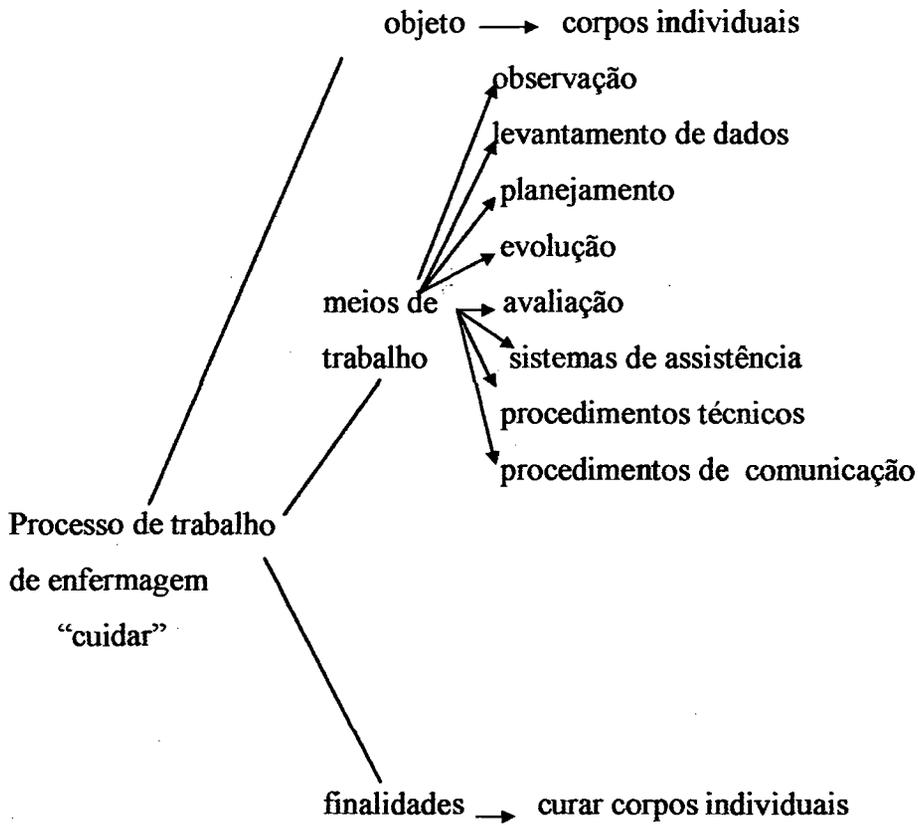
a observação, o levantamento de dados, o planejamento, a evolução, a avaliação, os sistemas de assistência, os procedimentos técnicos e de comunicação e interação entre paciente e trabalhadores da enfermagem e entre os diversos profissionais são, entre outros, alguns dos instrumentos de trabalho do processo ‘cuidar’.

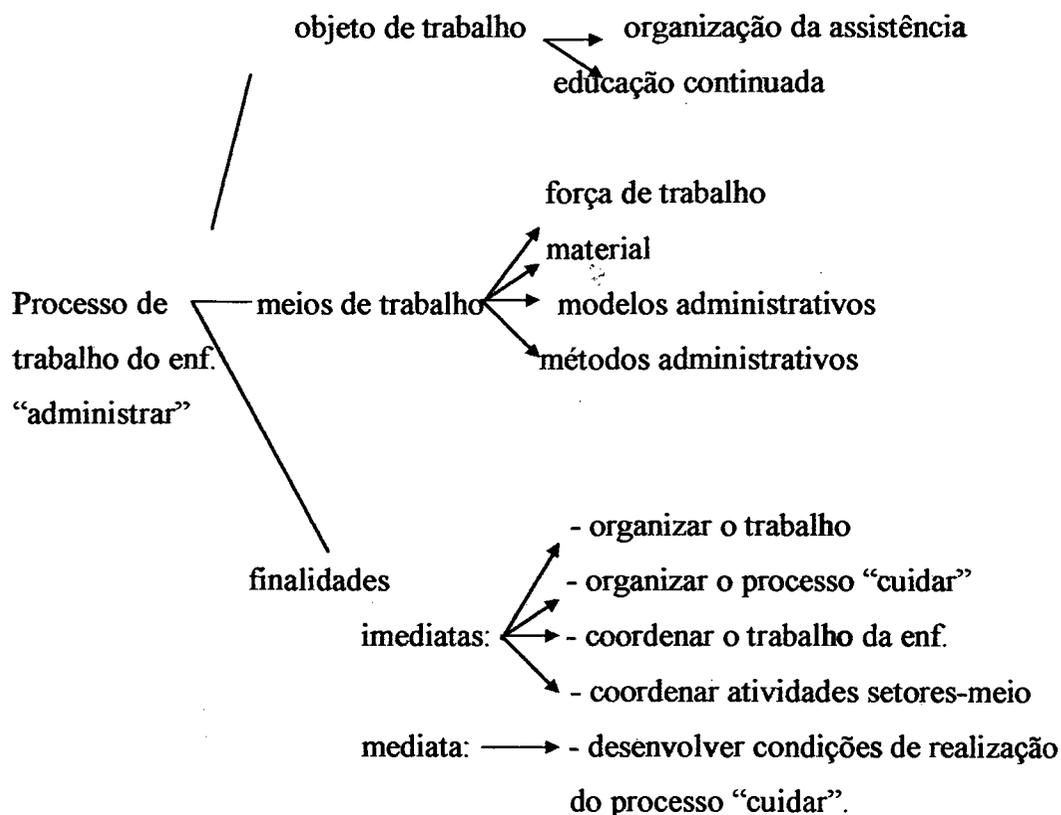
No outro tipo de trabalho da enfermagem, neste modelo de saúde individual, o processo de trabalho “**administrar**”, Castellanos et al (p. 152) define como objeto deste trabalho, “a própria administração e a educação continuada, entendendo esta última como referindo-se entre outros, à formação, à qualificação de pessoal de nível médio, à educação em serviço e à reciclagem”. Continua, relatando que,

para viabilizar o processo ‘administrar’, os meios de trabalho utilizados, entre outros são: os próprios modelos e métodos de administração, a força de trabalho da enfermagem e os equipamentos e materiais permanentes e aqueles para a manipulação e administração de drogas e soluções. E que, as finalidades desse processo ‘administrar’, abrangem, esquematicamente, dois níveis: a finalidade imediata que é a de organizar o trabalho, isto é, organizar o processo de trabalho ‘cuidar’ e coordenar o trabalho da enfermagem, bem como a finalidade mediata atende às condições necessárias para realizar o processo de trabalho ‘cuidar’, que por sua vez atende às finalidades do trabalho médico (p. 152).

ESQUEMA I

PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE INDIVIDUAL



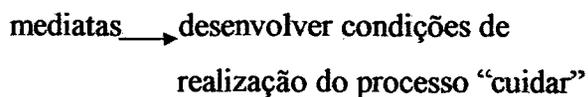
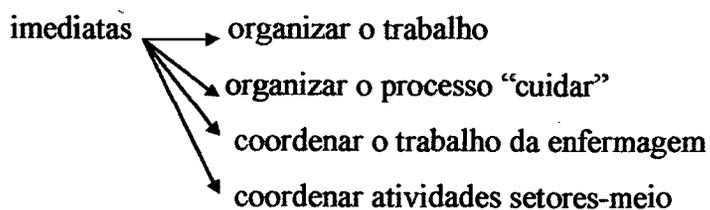
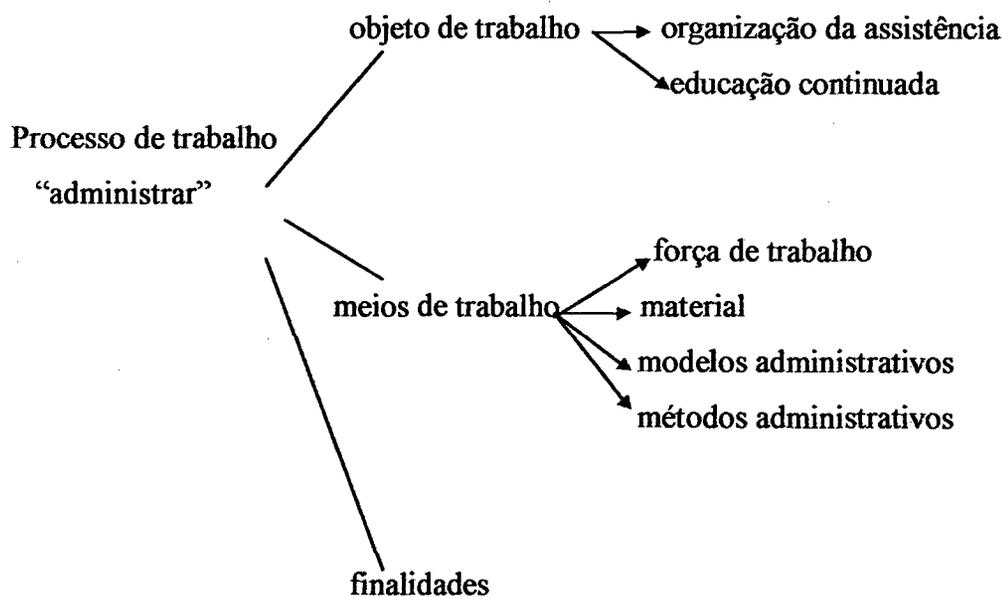
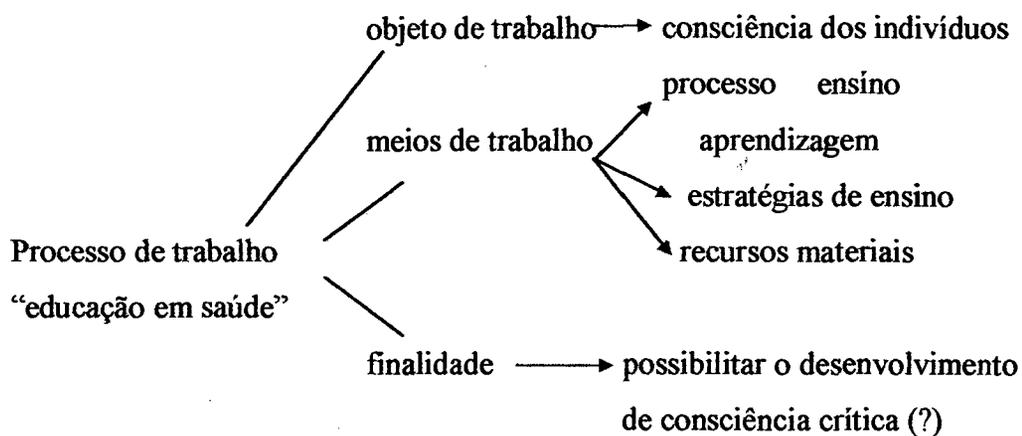


FONTE: Castellanos, Briggitta et al. A situação da enfermagem para os anos 90. Anais 41º Congresso Brasileiro de Enfermagem, 2-7 set. 1989. Florianópolis: ABEn, ABEn - Seção Santa Catarina, 1989.

Ainda seguindo a linha de raciocínio de Castellanos et al (1989), agora, passo à caracterização do segundo processo de trabalho, o relativo ao modelo de saúde coletiva, o qual salienta que, no trabalho da enfermagem, se admitem vários tipos de processo, “tais como o educativo, a vigilância epidemiológica (englobando a vacinação), a assistência à família, o controle de populações e/ou grupos de risco, dentre outros” (Esquema II). Isto porque, neste modelo se reconhecem diferentes trabalhos, diferentes objetos e diferentes profissionais atuando (p. 153).

ESQUEMA II

PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE COLETIVA



FONTE: Castellanos, Briggitta et al. Os desafios da Enfermagem para os anos 90. *Anais*, 41º Congresso Brasileiro de Enfermagem, 2-7 set. 1989. Florianópolis: ABEn, ABEn - Seção Santa Catarina, 1989.

Nesta caracterização, há a explicitação de dois principais processos de trabalho: a “educação em saúde” e o “processo de trabalho do enfermeiro administrar”. Este último é considerado com as mesmas características do processo de trabalho “administrar”, já abordado no modelo de saúde individual. Já o primeiro refere-se ao aspecto relativo à consciência grupal, que é vista como objeto de trabalho neste processo.

No processo de trabalho “**educação em saúde**”, Castellanos et al (1989) apontam como instrumentos de trabalho o processo ensino-aprendizagem, as estratégias de ensino, os recursos materiais e outros, bem como “possibilitar o desenvolvimento de uma consciência crítica (?)” como finalidade deste. Faz-se a suposição de que é feita esta pergunta a respeito da finalidade pelo fato de as próprias autoras não terem como certa a que finalidade realmente se quer chegar. Na verdade, ao se fazer uma análise em termos do que nos fala Enguita (1993), a respeito de consciência, acredita-se não ser possível considerar como objeto do processo de educação em saúde, a consciência dos indivíduos, pois esta não é transformada, se não houver um processo de reflexão por parte deles a respeito da realidade vivenciada, o que faz com que eles tenham uma consciência diferente. Nas palavras deste autor:

A mudança das consciências já não é nem condição nem resultado da mudança das circunstâncias, ou melhor, é ao mesmo tempo condição e resultado, isto é, faz parte do processo mesmo da mudança da realidade. No decorrer da sua luta contra a realidade existente, os próprios homens se transformam a si mesmos, transformam sua própria consciência (p. 75).

Diante disto, vejo que é possível criarmos possibilidades de desenvolvimento de consciência crítica, através de um processo de reflexão, mas não se conseguirá conscientizar ninguém, pois isto é uma questão individual, posta de acordo com a realidade vivenciada. Este elemento de análise pode ser retomado *a posteriori*, quando se fizer a contraposição com as percepções dos enfermeiros.

Retornando à divisão do trabalho no modelo de saúde coletiva, contempla-se as autoras desta divisão, fazendo alusão ao processo de trabalho “administrar”, confirmando-se, também, como no modelo de saúde individual, no qual o objeto de trabalho é a organização da assistência e a educação continuada, em que os instrumentos são a força de trabalho, o material, os modelos administrativos, os métodos administrativos, entre outros, e apresentando, como finalidade imediata, a organização do trabalho e, mediata, o desenvolvimento de condições para realização do processo “cuidar”.

Quanto ao processo “cuidar”, observa-se que não está posicionado paralelamente aos processos “educação em saúde” e “administrar”. O que não quer dizer que não se desenvolva, ou que não tenha importância no processo como um todo. No modo como está apresentado, insere-se este processo de trabalho de atenção individual como atividade-meio do modelo de atenção coletiva.

Dentro desse processo de trabalho em saúde coletiva, existe o processo de trabalho de enfermagem em saúde individual, que é o meio de trabalho do processo de trabalho médico em saúde individual, só que ele não ocupa uma posição, um espaço tão importante na enfermagem. Torna-se mais clara esta percepção no esquema visualizado na página 37. Além de ser meio do processo de trabalho médico, a própria enfermagem utiliza-se dele, embora não no seu sentido restrito, de atenção ao indivíduo doente, e sim

como uma maneira de atingir o coletivo; parte do individual para o coletivo. Isso significa dizer, neste momento, que o modelo de saúde individual é um instrumento do processo de trabalho, no modelo de saúde coletiva.

A assistência à saúde está voltada para o Sistema de Saúde como um todo, onde a diferença está, não nas instituições prestadoras de serviço, mas na política nacional de saúde que as rege, que é o que faz o Sistema se movimentar. Isso significa dizer que a assistência muda conforme a mudança de modelo apregoada pelo Sistema.

No município de Rio Grande, que se encontra em processo de municipalização do atendimento à saúde, desde 1995, na tentativa de transformação neste setor, a busca para a explicação dos problemas não está indo até suas raízes, estabelecendo relações para compreendê-los e agir sobre eles eficazmente, e o caráter imediatista da prática presente nas instituições de saúde sobrepõem o discernimento das questões maiores da reforma pretendida. A abordagem desta reforma se baseia, principalmente, na criação de um Sistema Único de Saúde (SUS)¹⁷.

O “cuidado” prestado pelos profissionais nas instituições de serviços de saúde tem sido centrado em um dos modelos comentados, o curativo e o preventivo, o que seria melhor dizer, o clínico e o epidemiológico¹⁸. Porém, parte-se do princípio de que, em qualquer instituição de saúde, seja hospitalar ou de saúde coletiva, não é desenvolvido puramente um modelo de assistência, em detrimento de outro. Ou seja, não deve ser, pois a realidade se mostra diferente desse pressuposto, pois nos hospitais

¹⁷ Com ações desenvolvidas principalmente por serviços públicos, com acesso universalizado, seguindo diretrizes de descentralização, com direção única em cada esfera do governo e atendimento integral e hierarquizado das ações, bem como a participação da comunidade no planejamento e gestão das ações.

¹⁸ Segundo manifesto dos próprios trabalhadores enfermeiros atuantes no HU e RBS e participantes neste processo de pesquisa.

se exercem atividades ainda baseadas no modelo clínico-biologicista, sem predominância na extensão para ações de promoção da saúde e prevenção das doenças. O mesmo acontece nos postos de saúde, onde este também é o cerne, com a diferença de que neste local são executadas ações que fogem desse caráter biologicista, com extensão de cobertura dos serviços.

Ressalto que, dependendo do objetivo da instituição prestadora de serviço, um modelo é sobreposto ao outro, ou seja, num conjunto de complementação e não de exclusão.

Para entender como o Sistema de Saúde chegou a esse modelo de assistência, faz-se necessária a concepção de que um dos instrumentos para alcançar a saúde coletiva era a assistência médico-individual, só que esta passou a ser a finalidade central da Rede Básica dos Serviços de Saúde, fazendo com que o modelo de atenção dessa assistência, o de Pronto Atendimento, acabasse predominando. Isso se estabelece nas leituras de Almeida (1991), que diz que este fato deve ser entendido através das relações sociais, da conjuntura econômico-política e social do país. Campos (1991, p. 83) relata que

o segredo desta forma organizativa de produzir serviços, é sua capacidade de combinar uma altíssima produtividade com baixos investimentos, garantindo uma certa eficácia no alívio imediato do sofrimento individual (dor, febre) e com resolução de um certo padrão de urgências (pequenas fraturas, ferimentos, crises hipertensivas).

Este autor complementa a fala de Almeida (1991), através da análise de que os objetivos deste modelo é dar legitimidade política aos governantes.

As políticas de saúde interferem diretamente na concretização de modelos para a assistência.

Procedendo-se uma análise sumária das políticas públicas de saúde, procura-se entender por que e como movimentam o sistema.

A política de saúde é uma das formas de política social. As políticas sociais, e, entre estas, a política de saúde, vêm diminuir as tensões sociais geradas pelo processo de manter a ordem vigente do capitalismo e diminuir as desigualdades sociais, sendo o Estado o responsável pela formulação destas políticas.

A política social está ligada à política econômica de um governo, e compõe-se de estratégias, projetos e planos. Ambas deveriam ser elaboradas conjuntamente, porém, tem-se assistido ao predomínio da política econômica em detrimento da política social.

De acordo com Chirelli (1995), o modelo de desenvolvimento econômico brasileiro tem produzido essas desigualdades sociais e a deterioração contínua das condições de vida da população. Os governos não proporcionaram políticas sociais para diminuir este quadro, pelo contrário, reduziram os gastos públicos com as políticas sociais, proporcionando um sistema de baixa qualidade na área da saúde, com atividades e ações sem grande impacto positivo nas condições de vida da população.

A criação do SUS, em 1988, através da Constituição e regulamentado posteriormente pelas Leis Orgânicas de Saúde (LOS) n.º 8080 e 8142, de 1990, foi o reconhecimento de que a saúde é um direito fundamental do ser humano. Por meio destas leis foram consagrados os princípios fundamentais já incluídos na Constituição: a saúde como direito civil, ou seja, direito do cidadão e dever do Estado; o conceito ampliado de saúde, considerando a sua determinação social, com a construção do SUS, assegurando os princípios da universalidade, igualdade e integralidade; o direito à informação sobre saúde; a participação popular; a descentralização político-

administrativa, com direção única em cada esfera do governo, com ênfase na descentralização dos serviços para os municípios.

Essa descentralização dos serviços para o município traduz-se na municipalização dos serviços de saúde, em que cada município tem autonomia para desenvolver sua política de saúde, de acordo com seus problemas.

A descentralização político-administrativa para os municípios, apregoada pelo Sistema Único de Saúde, enfatizada na Lei Orgânica de Saúde, deveria ser alcançada através da organização dos serviços existentes de forma hierarquizada e regionalizada, com capacidade de resolução¹⁹ em todos os níveis de assistência, devendo ser evitada a duplicidade de ações para fins idênticos.

Este é um processo ao qual Rio Grande vem se engajando aos poucos, existindo várias transformações na área da saúde, em que cada trabalhador desta área é responsável pela visualização de algumas destas transformações, tornando-se partícipes neste processo.

A enfermagem, no processo de produção e reprodução de sua existência e trabalho, estabelece relações sociais e vai transmitindo sua força de produção, imprimindo um desenvolvimento determinado. Compreende-se daí a articulação da enfermagem com a prática em saúde, o modo de produção, as políticas sociais, tudo parte de um processo de trabalho histórico organizado, para atender aos carecimentos sociais. Essa argumentação é baseada nas idéias de Almeida & Rocha (1997), segundo as quais “as circunstâncias fazem os homens, da mesma forma que os homens fazem as circunstâncias”. (p. 24)

¹⁹ Em sua organização interna, o SUS em seus princípios, traduz resolubilidade como capacidade da unidade básica resolver, no seu nível, a maioria dos problemas de saúde trazidos pelos usuários.

Essa abordagem é a de um trabalho compreendido como dinâmico e contraditório, que se articula às outras atividades do setor saúde e da sociedade, transformando-se para atender as necessidades²⁰ daquele em particular e desta em geral.

Desta forma, a enfermagem é considerada como um trabalho, e assim sendo uma prática social e histórica. Ela é

complementar e interdependente com outras práticas tais como medicina, nutrição, psicologia e outras. É também hierarquizada, de modo a atribuir tarefas aos profissionais de enfermagem por complexidade, sendo que as mais complexas ficam com o enfermeiro e as menos complexas, numa dada ordem, são distribuídas entre os outros elementos da equipe de enfermagem. (Capella, 1996, p.185)

Acredita-se que, independentemente da instituição de saúde, a enfermagem tem como atividade básica atender ao ser humano em todas as suas extensões - social/familiar/comunitário - objetivando não só a satisfação de necessidades momentâneas, mas visando prevenir suas futuras necessidades e instrumentalizá-lo, junto com sua família, para a manutenção das condições adequadas de saúde.

Através de uma compreensão prévia, entende-se que a enfermagem, tanto a que atua em instituições hospitalares, quanto a que atua na Rede de Serviços Básicos de Saúde, trabalha rotineiramente pensando o próprio trabalho, desprovida de questionamentos acerca de suas finalidades, objeto e método, sem que seus membros façam relação com o seu papel enquanto trabalhadores, sujeitos sociais.

A busca do conhecimento leva a um processo de desalienação. O profissional que não questiona o próprio saber, está eticamente equivocado, pois o saber leva à argumentação segura e possibilita o desenvolvimento de nova mentalidade. O ato de pesquisar, bem como a utilização de novos

²⁰ “Necessidades são criações sociais, isto é, da vida coletiva. Da perspectiva do trabalho que as satisfaz, também não decorrem de um único trabalho, senão do trabalho social, enquanto expressão do trabalho da sociedade, como um todo, pois cada produto depende sempre de vários trabalhos encadeados. As necessidades e suas formas de satisfação variam, como também as relações sociais que os homens entre si estabelecem através de seus trabalhos”. (Cyrino, 1993 in Mishima et al 1997, p. 271)

conhecimentos, permite o desenvolvimento da profissão e de processos de ação-reflexão-ação. (Capella, 1996, p. 160)

Nesse rumo do desenvolvimento profissional, um conceito que vem despontando como necessário no fazer cotidiano do trabalho em geral, é o de **integração**.

A idéia de integração sanitária ou assistência integral tem sido comentada enquanto tecnologia, com possibilidade de articulação das práticas de saúde coletiva e de assistência médica individual, porém, esta não se encontra sendo efetivada atualmente. Isso significa que, quando presente, é observada como simples presença com ambas as práticas em uma mesma instituição, não havendo a integração sugerida e que Mendes Gonçalves (1992) afirma como uma proposta que “pode visar algo diverso de uma meramente ‘nova’ relação suplementar entre os dois modelos. (...) Tratar-se-ia, nesse caso, de um modelo radicalmente novo, até por ser um só, e não uma composição de dois outros (...)”.

Neste modelo, é necessária uma articulação estreita entre o atendimento prestado para as intercorrências clínicas e, concomitantemente, para o desenvolvimento de ações voltadas para a saúde coletiva, implicando níveis de referência e contra-referência, no interior do sistema como um todo.

O estabelecimento de vínculos com outras unidades que prestam assistência à população possibilita a constituição de um sistema de saúde descentralizado, através da regionalização e hierarquização de serviços, na perspectiva de um atendimento de qualidade. (Capella, 1996, p. 158)

Para que a clientela dos serviços públicos seja atendida e o sistema funcione há necessidade de um sistema de referência e contra-referência eficaz, onde o usuário utilize os serviços de maior complexidade tecnológica somente quando for necessário e haja encaminhamento dos serviços de atenção primária, ou seja, da porta de entrada do sistema. (Chirelli, 1995, p. 22)

Um sistema de **referência e contra-referência** significa uma assistência integralizada à comunidade, onde os clientes vão buscando a satisfação de suas necessidades de saúde de acordo com os níveis de complexidade dos serviços de atenção à saúde, através dos profissionais, que são os responsáveis pelos encaminhamentos. O encaminhamento acontece tanto de um nível mais complexo para um menos complexo, sendo a recíproca verdadeira. As diversas instituições de serviço permanecem mantendo relações no desenvolvimento das ações de assistência, fazendo com que a instituição de origem se mantenha informada.

Atualmente, como não existe este tipo de sistema em Rio Grande, há uma inversão no atendimento, com a população procurando atendimento diretamente na rede hospitalar, com uma demanda muito grande, principalmente, no HU. Isso se dá porque a rede montada não tem condições de atender à demanda e ainda não está organizada de maneira a proporcionar atenção à clientela, de acordo com os preceitos do SUS de universalidade, igualdade e integralidade.

O HU é uma instituição de alta resolutibilidade, e compreendendo a concepção de saúde-doença da população, na qual o conceito de doença é bastante ligado à fiosiopatologia, entende-se que o sujeito doente só consiga imaginar-se sendo atendido nesta instituição hospitalar, a qual, em sua visão, é o “local resolutivo”, onde devem ser tratadas as doenças. Porém, se tivesse um sistema de referência, o usuário atendido na RBS teria continuidade em seu atendimento e seria proporcionada uma cobertura mais adequada à população.

Os diferentes níveis de atendimento ambulatorial no Sistema de Saúde, apesar de heterogêneos, devem ter a característica de resolutibilidade, porém, não baseada em

uma igualdade de acesso à assistência médica individual e, sim, com base em uma programação em saúde, trabalhando com prioridades e determinada pela vigilância epidemiológica.

O trabalho não precisa ficar restrito à uma demanda espontânea. Existe uma demanda potencial em cada área, cada comunidade, extremamente rica em conteúdos, abordagens e necessidades. Não há necessidade de conter a demanda espontânea, até mesmo porque é importante salientar que nunca será possível normatizar toda ou, até mesmo, a maior parte da demanda espontânea. Como diz Campos (1991, p. 76): “há nela uma dimensão que escapa aos nossos instrumentos tecno-sanitários, e embora esta expressão, aparentemente individual, é histórica e socialmente condicionada. Não sendo, portanto, NUNCA²¹ ético reprimir coercitivamente esta dimensão, uma vez que estaríamos reprimindo alguma tentativa de a cidadania avançar para além dos limites indicados pelo Estado ou pela tecnocracia.”

Qualquer sistema de saúde pode e deve trabalhar com uma demanda espontânea, para atingir legitimidade social e técnica. Isso não deve impedir que o Sistema esteja organizado de forma programada, reorientando a composição desta demanda, tanto através do desestímulo de parte da procura por atenção e que não teria reconhecimento técnico, como induzindo outros a sofrerem novas ações programadas pelo serviço ou pelas equipes.

Certamente, isso implica na idéia de se trabalhar com as demandas espontânea e potencial, de modo que os serviços possam se organizar de forma a atender os sofrimentos apresentados pela clientela, bem como os problemas potencialmente

²¹ Grifo do autor

presentes e não necessariamente manifestos. Para isto, não se pode perder de vista que, nos diferentes níveis de prestação de assistência, deve existir uma produção de comunicação capaz de produzir, na clientela, o conhecimento acerca da oferta e consumo de serviços. Esta é uma das formas de o enfermeiro assegurar-se de que a população saberá recorrer aos serviços na medida das suas necessidades.

Para que a atenção prestada tenha a possibilidade de real atendimento às necessidades da população, dentro dessa visão de integralidade de atenção, é preciso que os serviços de saúde centrem-se não apenas no modelo clínico de atendimento, mas se utilizem de outros instrumentos de trabalho tais como o planejamento e a epidemiologia.

É preciso a construção de estratégias questionadoras e transformadoras do próprio processo de produção no qual se está inserido. A **educação** é uma delas, um instrumento de transformação social. É um processo de produção e não de inculcação, que incorpora as relações sociais, a práxis, o ambiente, o trabalho como processos educativos. (Enguita, 1993)

Sob este aspecto, percebe-se a necessidade de reflexão por parte dos **enfermeiros**, principalmente, do HU já que um deles é a própria investigadora, e os **quais agem como se as ações educativas não estivessem imbricadas em qualquer que seja o processo de trabalho da enfermagem**. É um despertar no sentido de que a saúde e a educação são práticas sociais articuladas. (Cardoso de Melo, 1987)

Deve-se ocupar, efetivamente, uma posição neste processo, enquanto trabalhadores sociais, não negligenciando o papel de educadores, e tendo influência no processo de construção ou desconstrução do trabalhador e do próprio cliente. O

processo educativo de enfermagem, sendo um processo de instrumentalização coletiva, faz com que sua práxis torne-se mais criadora. Vinculando-o ao processo de trabalho da enfermagem e ao processo saúde/doença da população é que se pode externalizar o modo de intervenção na realidade social, tanto no que se refere aos trabalhadores de enfermagem do hospital, quanto no que se refere aos trabalhadores de enfermagem da rede básica.

No momento, estes processos de **saúde** e de **doença** podem ser traduzidos em um todo biológico, psíquico e social, determinados pelas condições de vida e trabalho, com caráter social e historicamente determinado. Canguilhem (1982, p. 156) diz claramente que “a saúde é o resultado das adaptações necessárias a um organismo para que possa funcionar em adequação às novas condições do ambiente em mutação” ou, como preferia dizer, “às infidelidades do meio, isto é, ao seu devir, à sua história, à sua sociedade.”

Outro autor que segue o mesmo tipo de concepção é Breilh (1991), que mostra a problematização de uma saúde permanente e para todos, quando esta, em seu mecanismo íntimo, é um problema de ajuste, de adaptações a um ambiente em constante evolução. No entanto, um sujeito não precisa ficar aguardando o desenrolar da história. Ele próprio pode buscar a construção da sua história e a de outros.

Acredita-se que os trabalhadores são co-construtores da instituição em que atuam. Porém, no caso da instituição de saúde, “onde o serviço prestado envolve outro indivíduo - o sujeito com carências de saúde, este também participa desta construção. Portanto, quanto mais ‘sujeitos’, isto é, quanto mais críticos esses indivíduos forem, tanto mais provavelmente a instituição irá desenvolver-se para atender suas necessidades”. (Capella, 1996, p.158)

Pensando nisso, outra estratégia que pode mudar completamente o rumo da assistência de enfermagem, sendo responsável por uma grande e importante transformação no atendimento às necessidades de saúde da população, na produção e reprodução do trabalho, em síntese, no próprio processo de trabalho da enfermagem, é a integração.

Minayo (1991) aborda esse tema como interdisciplinaridade, e caracteriza-o como necessidade de transcender e atravessar o conhecimento fragmentado. Considerando literalmente esse conceito, a permanente troca, a convivência, através de encontros interdisciplinares e trabalho conjunto, se fazem necessárias nas instituições de saúde, como mais uma forma de melhorar a qualidade dos serviços prestados, mas, também, não exercida fielmente. O que normalmente se visualiza é uma equipe multiprofissional atuando, mas estabelecendo relações de trabalho, muitas vezes, desarticuladas da finalidade do próprio trabalho. Sem auxílio mútuo, sem trocas, a não ser no sentido de repassar para o colega o que lhe está fugindo da alçada, mas sem encontros para discussão dessas questões comuns.

Pode-se observar que, atualmente, as relações de trabalho estão culminando, inevitavelmente, na realização de atividades em grupo, no qual um sujeito colabora e conta com outras fontes de conhecimento para uma solução mais ampla dos problemas humanos.

A abordagem interdisciplinar envolve colaboração e cooperação entre os profissionais, até como um meio de eliminar vazios e evitar sobreposições no trabalho. Havendo cooperação, através de incentivo, encorajamento, com desenvolvimento de atividades com metas e objetivos comuns, tem-se, com certeza, um resultado de crescimento individual e coletivo.

A enfermagem pode buscar parcerias para melhor conhecer e entender o cliente. Nessa perspectiva, tem que estar aberta para diálogo, discussões e reflexões que viabilizem uma real transformação das dificuldades vivenciadas em possibilidades concretas no futuro.

Hoje, nas reflexões que a enfermagem vem desenvolvendo, já se percebe, muito presente, a necessidade de integrar-se com profissionais diversos, com o objetivo de melhor assistir a clientela, qualificando o seu próprio fazer cotidiano. Este fato conduz a um trabalho em que transitam diferentes objetos e finalidades, já que cada categoria profissional pode realizar sua prática direcionada para uma específica finalidade, podendo diferir das finalidades dos demais.

Há que se pensar em construir um trabalho pautado pela ação/reflexão/ação, que congregue profissionais das diversas categorias da área da saúde, os quais possam interagir uns com os outros de forma tranqüila, mas questionadora. Uma prática repensada permanentemente, que seja realizada conscientemente, isto é, com cada trabalhador ciente de suas ações, com clareza de elementos pertinentes como objeto, finalidade e instrumentos de seu trabalho.

Ainda hoje, parece que os enfermeiros desenvolvem suas atividades sem compreensão acerca de seu processo de trabalho, reproduzindo ações, com objetos e finalidades semelhantes a outros trabalhadores, sem refletir o aspecto da diferença entre categorias, onde todos podem até seguir um mesmo modelo de atenção à saúde, porém, não precisam, necessariamente, compartilhar do mesmo objeto, finalidades ou instrumentos.

Percebe-se a urgência de serem realizadas modificações, até mesmo, na estrutura das relações de trabalho, já que no caso das instituições hospitalares, por exemplo, há uma estruturação geral em relação a uma mesma forma de fazer, predominantemente calcada em um modelo assistencial, o modelo médico individual, cuja finalidade central é curar corpos individuais.

O que se questiona, na verdade, não é este objeto de trabalho, mas a forma e a finalidade com que se atua sobre ele. Pensar que este objeto tem extensões que devem também ser trabalhadas, uma vez que exercem grande influência sobre este. O direcionamento do projeto de transformação, neste caso, deveria se dar a partir do próprio objeto de trabalho, um objeto entendido como corpo e consciência de um sujeito, com toda a sua história e, incluídos neste corpo, sua mente, seu espírito, sua existência e sua família, ou seja, o seu corpo e suas extensões (Capella, 1996).

Nas palavras desta mesma autora citada, “normalmente, o que se refere à vida social, familiar, espiritual e econômica do indivíduo hospitalizado é pouco valorizado e, muitas vezes, invisível para os trabalhadores da saúde”. (p. 192)

Partindo do pressuposto de que o sujeito, enquanto objeto de trabalho, é esse corpo com suas extensões, entende-se que a **família** é um elemento extremamente importante nesta lógica de entendimento, justificando, então, um trabalho orientado no sentido de atendê-la, também. Entende-se que existem diferentes formas de atuar sobre um mesmo objeto, sem que se permaneça fixado em uma única finalidade e, principalmente, concebendo o objeto da maneira como foi ora apresentada.

Neste momento, é importante caracterizar a família da forma como é concebida: como uma das extensões de um sujeito doente, a qual interage, permanentemente, com

ele e interfere no processo de trabalho dos profissionais da saúde. Prefere-se, inclusive, o termo agrupamento familiar para esta definição, já que o entendimento é de que a família é um núcleo de convivência de pessoas, permeado por relações afetivas, mas, nem sempre, com vínculos de parentesco, ou seja, com laços consangüíneos.

Na visão de Pelzer (1993, p. 36), “a família é a esfera íntima da existência que une, por laços consangüíneos ou por afetividade, os seres humanos. É a fonte primária de suporte social onde se almeja uma atmosfera afetiva comum de aquisição de competência e de interação entre seus membros”.

Diante disto, considera-se **o agrupamento familiar como uma estrutura de relações em que qualquer acontecimento que ocorra com um de seus membros participantes, atinge o grupo inteiro.** Corrobora-se este pensamento nas palavras de Lacerda (1996), quando a autora posiciona-se a respeito dizendo que: “uma situação de um familiar doente necessitado de cuidados, é uma experiência que atinge a todos” (p.16).

Pressupõe-se que o sujeito doente assistido no seu domicílio, junto com o agrupamento familiar, sente-se valorizado, tornando esta prática mais produtiva e, portanto, mais qualificada e humanizada. Uma questão muito importante neste tipo de assistência, é a crença de que cada sujeito é reprodutor de conhecimento entre seus pares, repassando aquilo que acredita, vivencia e valoriza, em relação à saúde. De acordo com Cartana (1988, p.18), “a família como sistema aberto que é, mantém relações com outras famílias e indivíduos, influenciando e sendo influenciada pela cultura²² na qual está inserida”.

²² A autora utilizada concebe cultura como as formas compartilhadas de comportar-se, acreditar, valorizar e expressar-se em relação aos diversos aspectos da realidade, inclusive em relação à saúde.

Os enfermeiros devem considerar as implicações do impacto de uma doença que incide sobre o indivíduo e o agrupamento familiar. Assim, pode ser visualizado um trabalho que busca colaboração de todos os seus membros, no interior de uma instituição hospitalar, como também no domicílio do sujeito doente. Visualiza-se a **assistência domiciliar** como um instrumento valioso para o trabalhador enfermeiro, que pode ser utilizado como meio concreto de integração dos enfermeiros atuantes em diversas instituições de saúde.

Segundo Lacerda (1996, p. 5):

o cuidado domiciliar é uma área de atendimento de enfermagem que nos tempos em que vivemos, necessita ser retomado. O enfermeiro tem um importante compromisso social ao desempenhar o seu papel, pois leva os seus cuidados ao indivíduo, à família e à comunidade, devolvendo, assim, à sociedade, a razão da existência de sua profissão, pois no desempenho deste papel, expressa sua contribuição como profissional e ser humano, visto pertencer a esta mesma comunidade que o afirma enquanto tal.

Por ter este entendimento, vislumbra-se esta atividade como importante instrumento de trabalho para o enfermeiro, no rumo de um trabalho integrador.

O **trabalho integrador da enfermagem** parte da visualização da enfermagem como um dos "elos" (sujeitos, elementos) do e no processo de trabalho em saúde, com os diferentes profissionais, as instituições de saúde, a família e a comunidade. Esse processo dinâmico, que é o trabalho da enfermagem, articulando-se às outras atividades do setor saúde e da própria sociedade, vai se transformando no atendimento das necessidades sociais.

Isso se traduz no modo como o enfermeiro produz e reproduz sua própria existência e vai estabelecendo relações sociais, nesse ínterim. Estas relações vão se dando à medida que, antes de e apesar de ser enfermeiro, este sujeito é um ser humano,

um ser sócio-cultural-histórico, que tem individualidade e desenvolve suas ações de acordo com sua cultura, construindo a sua história na sociedade.

Entendo o processo de trabalho da enfermagem como o conjunto das ações de enfermagem desenvolvidas através da sua força de trabalho, tendo como elementos um objeto de trabalho, que é constituído não somente de indivíduos doentes, mas também de indivíduos e grupos sadios; e os instrumentos de trabalho, caracterizados como instrumentos materiais, condutas técnicas próprias desta área e o próprio saber da enfermagem, que evolui na conquista de um produto.

O conjunto de ações de enfermagem abordado é desenvolvido em um particular ambiente, o trabalho. Este ambiente é onde se processou a busca pelas respostas solicitadas pela investigação, o ambiente de trabalho da enfermagem. Um ambiente de trabalho processado em várias instâncias, como a instituição hospitalar e a instituição da Rede de Serviços Básicos de Saúde.

Nesta perspectiva, é de extrema importância um trabalho coletivo, refletido como um trabalho conjunto, cooperativo, que se realiza com a participação de vários trabalhadores e caracteriza-se, fundamentalmente, pela existência de um trabalho comum que, se for realizado em uma escala suficientemente ampla, dispõe em harmonia das diferentes atividades individuais²³.

Entende-se o **trabalho coletivo** como integrado pelo trabalho de cada um dos sujeitos envolvidos, mas sendo diferente de cada um, se visualizado em separado; possui ações comuns a todos os trabalhadores e ações diferentes de cada um no conjunto do trabalho. **“O processo de trabalho em saúde é coletivo, em que cada área técnica**

²³ Conceito extraído de idéias de Harnecker por Vaz (1989).

executa parte dessas ações. Para isto, faz-se necessário a reconstrução de ações integradas". (Capella, 1996, p. 159)

Nessa percepção, a integração é entendida como elemento componente do próprio trabalho, e isso representa entender esse conceito sendo produzido no interior do trabalho coletivo. No trabalho da enfermagem, em particular, o enfermeiro é sujeito capaz de estimular/provocar/acionar esse componente no conjunto do trabalho.

Na busca pelo efetivo entendimento da concepção de um trabalho integrador da enfermagem, rumo a essa possibilidade futura, refletiu-se, embasado no conteúdo teórico já abordado, acerca do processo de trabalho dos enfermeiros do HU e da RBS, tentando perceber as relações e concepções que levassem ao mesmo.

4 - MOSTRANDO AS INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS ATRAVÉS DE UM RECORTE HISTÓRICO

4.1 - REDE BÁSICA DE SERVIÇOS DE SAÚDE

O município de Rio Grande tem aproximadamente 200 mil habitantes. É o mais populoso e o de maior potencial econômico do litoral sul. Localiza-se na planície costeira do Rio Grande do Sul, distante 320 quilômetros da capital do Estado, Porto Alegre, pela BR 116 (Piragine, 1992).

O município limita-se ao norte com Pelotas e a Lagoa dos Patos; ao sul, com Santa Vitória do Palmar; a Leste, com o Oceano Atlântico e o canal de Rio Grande; e a oeste, com Pelotas, Arroio Grande e a Lagoa Mirim.

A área municipal está em torno de 3338 quilômetros quadrados, dividida em cinco distritos.

No campo da saúde, pode contar, atualmente, com três hospitais, dois privados e um público, e com uma rede ambulatorial não muito vasta, se comparada com o número de habitantes e a necessidade de atendimento.

A Rede Básica de Serviços de Saúde se caracteriza por um conjunto de 27 unidades de saúde espalhadas por todo o município. Estas unidades são somente de atenção primária à saúde e estão organizadas de forma a ter o serviço de um profissional enfermeiro em cada uma delas, o que nem sempre é alcançado devido à falta de recursos humanos. São gerenciadas pelo Secretário Municipal de Saúde.

Desde 1995, os serviços públicos estão em fase de reorganização, no processo de integração (dos serviços federais, estaduais e municipais), na constituição e consolidação da rede básica municipal de serviços de saúde.

O município de Rio Grande, por intermédio da Secretaria Municipal de Saúde, estabeleceu o convênio de Municipalização²⁴, por meio da Lei n.º 4691 que instituiu o Fundo Municipal de Saúde, e a Lei n.º 4692, de 31 de agosto de 1992, que criou o Conselho Municipal de Saúde.

Em 1993, O Conselho Municipal de Saúde iniciou os preparativos para esta municipalização e, após a elaboração do regimento interno do Conselho, foi elaborada a proposta de Gestão Incipiente, estabelecendo prazos, até outubro de 1995, para implantar as ações básicas, de saúde, para assumir o gerenciamento das unidades ambulatoriais públicas existentes no município, bem como assumir o controle e a avaliação dos serviços ambulatoriais e hospitalares públicos e privados.

É neste processo de Municipalização que a estrutura básica para a prestação de serviços públicos ambulatoriais vai se constituindo e organizando, principalmente em construção de unidades de saúde e contratação de pessoal. O incremento que se deu,

²⁴ Articulação operacional que estabelece conjuntamente (Estado/Município) a gestão operacional e financeira, com a efetiva descentralização da execução de ações e serviços de saúde, estabelecendo o Comando Único a nível Municipal em termos da Lei n.º 8.142/90 (Coletânea da Legislação do SUS).

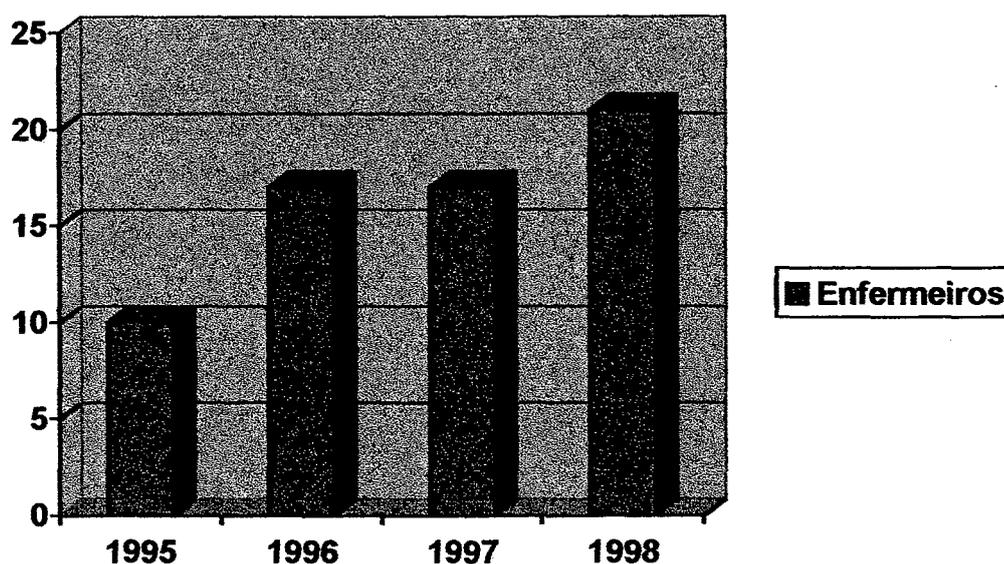
principalmente nestas duas áreas, foi bastante considerável: de 15 unidades de saúde que funcionavam em 1990, passou-se a contar, no ano de 1999, com 27 unidades.

Segundo dados da Secretaria Municipal de Saúde, o quantitativo de pessoal de saúde nos anos de 1990, 1995 e 1998 é bastante diversificado, o que se verifica através da apresentação do quadro e do gráfico abaixo. O aumento quantitativo, representa a tendência da compreensão da importância do trabalho do enfermeiro no trabalho coletivo da Rede Básica de Serviços de Saúde do município.

RELAÇÃO DE SERVIDORES DE ESTATUTÁRIOS LOTADOS NA SMS

CARGO	1995	1996	1997	1998
Assistente Social	05	05	07	01
Auxiliar de Enfermagem	45	48	65	96
Enfermeiros	10	17	17	21
Médicos	05	05	05	05
Médico Generalista	-	07	07	11
Médico de Posto de Saúde	19	19	19	19
Médico Cardiologista	-	01	-	-

NÚMERO DE ENFERMEIROS NA SMS DE 1995 A 1998



Observando os dados apresentados, pode-se ter uma boa perspectiva em relação à qualidade do trabalho, com a municipalização da saúde no município, já que os números vêm aumentando progressivamente, significando um investimento real neste setor.

Em relação ao trabalho desenvolvido nas Unidades Básicas de Saúde, percebe-se que a consulta médica é a atividade principal, centralizada na queixa que o cliente apresenta. O modelo assistencial pode ser caracterizado como “Pronto-Atendimento”.

Almeida et al (1997) dizem que:

não se pode fazer uma análise simplista sobre as razões do pronto atendimento que deixa a desejar quanto à qualidade de assistência médica, principalmente em se falando das finalidades do trabalho em saúde coletiva, que as UBSs devem também contemplar. Esta análise não pode recair somente nos trabalhadores de saúde que prestam este tipo de assistência. É preciso examinar qual o direcionamento político que o Estado e os dirigentes do setor público de saúde estão dando para organizar a assistência em saúde no país de forma geral e, em particular, na RBS de cada município. (p.76)

Como no município de Rio Grande prevalece o modelo de pronto atendimento, quem determina a necessidade de atendimento médico é o cliente, baseado nos sinais e sintomas que ele detecta como fora da normalidade. A assistência médica individual realizada neste tipo de serviço trabalha com o pressuposto da igualdade de todos ao acesso à assistência médica. Se a prioridade fosse para a programação em saúde, esta necessariamente estaria trabalhando com prioridades. Na ação programática, pode haver espaço para este atendimento, mas o maior contingente é atendido dentro dos critérios determinados pela vigilância epidemiológica (Almeida et al, 1997).

O grande desafio da saúde coletiva na conjuntura atual é organizar e canalizar esta assistência médica individual, em direção ao modelo epidemiológico com assistência integral, continuidade e resolutividade.

Em todas as unidades existe, fazendo parte do quadro de recursos humanos, o médico, a enfermeira e o auxiliar de enfermagem. Só existe uma UBS funcionando 24 horas por dia, em regime de pronto atendimento, que é a da Praia do Cassino. As demais têm funcionamento 8 horas por dia de segunda a sexta-feira, sendo exceção somente duas que atendem também aos sábados.

No momento, a Rede Básica de Serviços de Saúde conta com 22 enfermeiros, estando este número para ser ampliado, assim que for aprovado novo concurso público.

As principais ações desenvolvidas por estes enfermeiros nas unidades de trabalho, são caracterizadas através dos seguintes programas:²⁵

- Programa de Atenção Infantil e Saúde da Mulher (PAISM): consultas de enfermagem com coleta de material para citopatológico e prevenção de câncer de mama, atendimento pré-natal e puericultura.
- Programa de Agente Comunitário de Saúde (PACS): levantamento de problemas pelo agente comunitário nos bairros, diagnóstico do enfermeiro sobre os mesmos e atuação na resolução.
- Programa de Hipertensos: grupos de pacientes.
- Programa de Atenção ao Diabético: grupo de pacientes.
- Programa de Multiplicadores: educação de adolescentes para prevenção de DST e AIDS.

Atualmente, a maioria dos programas realizados em Rio Grande seguem o Plano do Governo Estadual, sem desenvolvimento de projetos específicos para o município.

²⁵ A relação dos programas foi extraída da exposição feita pelos enfermeiros da RBS no trabalho desenvolvido na prática assistencial.

Da forma como está organizado, o processo de trabalho estrutura-se com algumas características de programa, sem, no entanto, conseguir articular-se internamente como tal. Potencializa a oferta da consulta médica, uma vez que os problemas apresentados pela clientela são tratados com resoluções por meio de ações individuais, sem conseguir equilíbrio entre oferta e demanda.

Ouve-se dizer que há um desejo de alcançar a saúde para todos no ano 2000, porém a prática presente no Sistema de Saúde ainda nos remete ao antigo modelo biológico, sem a inter-relação do indivíduo com o social.

O serviço público de saúde de Rio Grande, na constituição de sua Rede Básica de Serviços de Saúde, ainda não está organizado de maneira a proporcionar atenção à clientela, de acordo com os preceitos de universalidade, igualdade e integralidade do Sistema Único de Saúde. Isso explica, talvez em parte, a demanda tão acentuada de pacientes que buscam atendimento no Hospital Universitário. É uma inversão no sistema, porque a rede montada de serviços públicos de saúde não tem condições de atender a demanda.

Apesar de ter um razoável número de unidades de saúde no município, estas contam com um pequeno número de recursos humanos para o atendimento à clientela, sendo reduzido, portanto, o número de atendimentos diários. Há a distribuição de fichas, que obedecem à ordem de chegada, as quais são sempre em número certo, obrigando os pacientes a permanecerem em filas, por longas horas, na tentativa de conseguir atendimento. Este é um dos fatores que contribui para o aumento da demanda à instituição hospitalar.

Esta procura por atendimento em nível hospitalar, é julgada inadequada pelos profissionais de saúde. Perante a grande clientela, porém, pode-se dizer que é efetivamente o mais correto, já que ela se encontra necessitada de cuidados e busca o local onde entende que irá conseguir a solução para seus problemas.

Atualmente, nos serviços de saúde de Rio Grande, a explicação para os problemas de saúde encontrados, e a forma com que são tratados, na tentativa de solucioná-los, são centrados predominantemente no mesmo modelo individual de atenção à saúde.

Desta forma, recorre-se a asserção de Asa Cristina Laurell, ao apresentar o prólogo da obra de Breilh (1991), de que:

o reconhecimento quase universal da importância do social no processo de geração da doença não teve maiores repercussões políticas. A medicina continua sendo exercida nos hospitais com um enfoque puramente clínico-biológico. Assim, mesmo a saúde pública, que deveria poder assimilar mais facilmente a proposição da determinação social da doença, dada sua orientação coletiva, segue desenvolvendo uma prática como se as características principais que determinam a distribuição desigual da doença na sociedade fossem biológicas ou se devessem a problemas de um ambiente contaminado.

Apesar disto, vislumbra-se que os rumos que a saúde vêm tomando, encaminham-se para a conquista de um Sistema de Saúde mais adequado e, com isto, a garantia de uma qualidade de assistência à população cresce.

Esta constatação é deferida a partir da visualização do próprio sistema de saúde que está sendo desenvolvido em Rio Grande, que ainda não alcançou o esperado, mas que já se encontra na Gestão Plena de Atenção Básica e Semi-Municipalizado. Este patamar, em que se encontra, justifica-se pela responsabilidade total que assume o município quanto ao atendimento ambulatorial, não tendo conseguido ainda assumir a

gestão dos hospitais. Somente quando tiver assumido toda a saúde do município, encontrar-se-á em Gestão Plena Total (Ambulatorial e Hospitalar).

4.2 - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

O Hospital Universitário (HU) faz parte da rede de atendimentos de serviços de saúde do município de Rio Grande, porém, por uma questão de organização do próprio sistema de saúde, encontra-se hierarquizado na forma de atenção terciária, apesar de ter incluído, como parte integrante de sua assistência à saúde, a prestação de cuidados a nível ambulatorial.

O HU do município de Rio Grande, há cerca de seis anos, utilizava-se de algumas dependências da Santa Casa, quando, então, tinha apenas três unidades: uma de pediatria, uma de cirurgia e uma de clínica médica. Com a aquisição de prédio próprio, foi montado um Serviço de Pronto Atendimento (SPA), um Centro Obstétrico, uma Maternidade, uma UTI Neonatal, um Centro Cirúrgico, uma Central de Materiais Esterilizados e outros serviços de primeira necessidade tais como lavanderia, farmácia, costuraria, almoxarifado, raio-x, laboratório, ambulatório e serviço de nutrição e dietética.

Com a ampliação do HU e o posterior aperfeiçoamento de suas unidades, bem como a qualificação de seus profissionais, houve intensa divulgação de seus serviços junto à comunidade, tornando-se, aos poucos, um local de referência na prestação de cuidados de saúde. Um aspecto a ser referido é a idéia

feita pela população de que o HU tem em seus departamentos, os MELHORES profissionais de saúde da cidade, por muitos deles serem professores Universitários.

Esta instituição hospitalar caracteriza-se como sendo de médio porte, com 137 leitos, dos quais 26 de pediatria, 30 de cirurgia, 44 de clínica médica, 25 de Internação Obstétrica, 6 de UTI neonatal, 6 de observação no Serviço de Pronto Atendimento. Tem ainda Centro Cirúrgico, Centro Obstétrico, Ambulatórios com as diversas especialidades, Laboratório, Raio-x, Ultrassom, Lavanderia, Costuraria, Serviço de Nutrição e Dietética, Farmácia, Farmácia de Manipulação, Almoxarifado, Serviço Social, Psicologia, Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, Central de Materiais Esterilizados, Hospital-Dia para AIDS e unidade de particulares e convênios. Mesmo com a estrutura física pronta ficam faltando aparelhagem e pessoal para UTI geral. Apresenta um quadro de 40 enfermeiros, 136 auxiliares de enfermagem, 01 técnico de enfermagem e 05 atendentes de enfermagem, em serviços de apoio.

A crise no setor da saúde se mostra claramente no Hospital Universitário de Rio Grande, onde há um processo crescente de busca pelos seus serviços. Desde as consultas ambulatoriais e o serviço no Pronto-Atendimento, às internações nas diversas unidades, com uma prevalência na Unidade de Clínica Médica. Isso talvez se deva às características particulares da unidade, com atendimento a pacientes portadores das mais diversas patologias, onde permanecem internados desde pacientes necessitados de cuidados mais simples (doenças crônicas) até os que necessitam de cuidados mais complexos (pacientes comatosos, cardiológicos), incluindo os portadores de doenças infecto-contagiosas (AIDS, Tuberculose).

A busca por atendimento/atenção por diferentes grupos sociais da população de Rio Grande, pode efetivamente demonstrar o processo de empobrecimento por que

estamos “todos” sofrendo. É evidente que, ao menos aparentemente, este empobrecimento seja mais constatado em grupos sociais que vivem em permanente “limite de sobrevivência” e que provoquem um congestionamento no atendimento.

Este congestionamento é visualizado, permanentemente, no Serviço de Pronto Atendimento (SPA), onde uma clientela bem variada recorre, buscando ser cuidada/assistida em questões que poderiam estar sendo resolvidas na rede de serviços primários de saúde, deixando o ambiente hospitalar para instâncias mais avançadas, quando não haja mais condições de resolubilidade.

Constata-se a não existência de critérios para a busca de solução para os problemas de saúde, o que se nota através da afluência ao Serviço de Pronto Atendimento. Lá aportam pacientes com queixas simples como resfriado, cortes, machucados, pequenas lesões, hipertermia recente e também com queixas antigas, que os levam a este setor nos horários mais impróprios (como à noite), até emergências clínicas ou cirúrgicas, como hemorragia digestiva, edema agudo de pulmão, abdome agudo, entre outros. O SPA é um setor que deveria estar sendo procurado para casos em que a solução precisasse ser imediata, para problemas mais severos e somente quando o primeiro nível de atenção já tivesse esgotado todas as possibilidades.

O SPA, há alguns anos, tem desenvolvido suas atividades totalmente fora de seus propósitos iniciais de, como diz o nome, prestar o primeiro atendimento, aquele de emergência. Entenda-se por isso que este setor, cuja função principal é prestar atendimento emergencial, tendo seis leitos destinados a pacientes que porventura precisem de permanência no local para observação e controle, vê permanentemente seus leitos ocupados com pacientes internados. Além destes leitos, ainda se faz necessário o uso de macas e mesas de exames, nos corredores, para dar vazão a essa quantidade de

internações que estão sendo necessárias, até porque não estão encontrando resolubilidade em outros hospitais da cidade. O hospital vem passando por uma fase muito desgastante, no que se refere à superlotação de seus leitos. Tal fato é traduzido no desgaste físico-operacional de seus partícipes, com a sobrecarga de trabalho e a responsabilidade aumentada, devido a um número maior de pacientes que cada um poderia assistir.

Essa clientela, assistida através de procedimentos diversos, os quais são realizados com a maior rapidez e agilidade possíveis, no intuito de que todos os que aguardam possam ser atendidos, leva a uma contrapartida de descaso com orientações: momentos que deveriam estar sendo utilizados em prol da educação para a saúde, passam despercebidos no corre-corre do dia-a-dia. Isto é uma mostra de como o tempo produzido dentro deste setor não permite a realização de outras atividades que não sejam aquelas específicas de pronto-atendimento mesmo.

Em contrapartida, a enfermagem tem desempenhado suas atividades arraigadas a uma forma de cuidar/assistir à clientela, quase que mecânica, com um atendimento centralizado no imediatismo, sem influências externas e sem propósitos preventivos e de promoção à saúde. A assistência automática realizada pelos enfermeiros, traduz-se em atividades que visam a resolução de problemas de saúde. Assim, estas ações não passam de soluções temporárias, uma vez que não há um componente de trabalho baseado em diferentes formas de atenção, onde se consiga estabelecer relações com a prática de promoção à saúde. O atendimento realizado no SPA, possivelmente, não terá uma seqüência posterior para além daquele momento, a não ser em nível de internação.

Quando a enfermagem age dentro do perfil hospitalar clássico, como nas últimas décadas, com utilização do saber técnico como um fim em si mesmo, apesar de mostrar

um discurso de enfermagem como prática social, realmente não está tendo consciência da amplitude de sua atuação profissional. O enfermeiro necessita desenvolver ações de forma reflexiva, atuando criticamente e não sendo puramente técnico e mecanicista. Isto pode levar a uma transformação na prática da enfermagem.

Através da experiência profissional da investigadora, enquanto enfermeira desta instituição de saúde, pode-se repassar o entendimento que se tem acerca do modelo de assistência à saúde seguido pelos trabalhadores: sem dúvidas, o modelo clínico é individual, o modelo médico é hegemônico sendo que em todas as unidades do hospital há essa predominância.

Constata-se nesta linha de argumentação, a suposição de que há uma única portadora da verdade e de soluções adequadas para os problemas de saúde, que é a Medicina. Almeida & Rocha (1997) abordando este aspecto, referem que:

a Medicina se coloca acima e além do mundo do trabalho, exaltando suas qualidades de 'verdade', de 'ciência', 'dedicação', de 'bem', de 'sacerdócio' e 'autonomia', por ser tomada como desvinculada do mundo do trabalho que obedece às leis sociais de necessidades, de carência. (p.17)

Esta concepção vai se modificando à medida que os sujeitos prestadores desse serviço, vão tendo uma abertura para outros campos do saber, criando novos espaços. No momento em que estes saberes iluminam práticas sociais, há possibilidade de que venham a ocorrer renovações teóricas nesta área.

Esta abertura vem sendo introduzida aos poucos, com diversos profissionais buscando estes novos espaços, pelo que se visualiza claramente um novo campo de atuação para a enfermagem, através do trabalho integrador. O campo da atenção domiciliar pode se transformar em valioso instrumento para chegar a ele, e a partir deste

alcançar até um novo modelo de saúde, uma nova concepção de trabalho.

É necessário partir do fato de que a estrutura hospitalar não favorece a articulação com as demais estruturas de serviço ou comunitárias. Esta é uma questão histórica, formada através do tempo, estando intimamente relacionada com o Sistema de Saúde do país. Uma entidade de serviço, que foi criada com o objetivo da especificidade: a própria formação de profissionais da saúde voltados a ver singularmente o paciente enquanto objeto de estudo e trabalho, transformando esse sujeito doente em um corpo doente, em um órgão biologicamente afetado. Sob este aspecto, o hospital parece uma estrutura formal, que apresenta, desenvolvidas em seu interior, atividades reguladas pelas relações de força de produção. O processo de trabalho é desenvolvido através de seu próprio objeto, com vistas à produção de um bem, a saúde física do cliente. As relações sociais e familiares ou com outras instituições não fazem parte do objetivo desta instituição.

A partir do momento em que já foram dadas algumas pinceladas a respeito das instituições de saúde envolvidas no projeto, objetivando melhor compreensão do conteúdo abordado, faz-se referência ao que foi desenvolvido enquanto investigação, para alcançar as finalidades do presente trabalho.

5 - OLHANDO O PROCESSO DE TRABALHO DOS ENFERMEIROS

Este capítulo constitui a parte central do estudo, que é a caracterização e, ao mesmo tempo, a análise do trabalho dos enfermeiros do HU e da RBS do município de Rio Grande. Desta forma, foi necessário analisar, através da descrição dos momentos do processo de trabalho, ou seja, a tentativa de visualização de objeto, instrumentos e finalidade do trabalho nestas duas instituições de saúde.

Para isto, optou-se por realizar uma divisão em mais três momentos, em que se pudesse ir acompanhando o desenvolvimento e o caminho utilizado para a percepção do almejado trabalho integrador. Primeiramente, foi feita a caracterização do trabalho dos enfermeiros do HU para, no segundo momento, ser procedida a caracterização do trabalho dos enfermeiros da RBS e, em terceira instância, a junção do entendimento de ambos na direção da integração inster institucional.

Esta análise teve como embasamento inicial a abordagem do processo de trabalho feita por Castellanos et al (1989) para o 41º CBEnf, onde estas autoras dividem o processo de trabalho da enfermagem em modelo de saúde individual e modelo de saúde coletivo.

No transcorrer do texto serão abordados outros autores que transitaram pelo tema do processo de trabalho, tanto em ambiente hospitalar quanto no ambiente de Rede Básica de Serviços de Saúde.

Alguns autores como Mendes Gonçalves(1994), Almeida(1991 e 1997) e Cezar Vaz(1989 e 1996) desenvolveram seus estudos na área da RBS, porém, serão abordados no contexto hospitalar pela semelhança dos resultados encontrados, pela aproximação de trabalho. Da mesma forma, no momento de discussão acerca da caracterização do processo de trabalho dos enfermeiros na RBS, serão trazidos autores que desenvolveram seus estudos no ambiente hospitalar, como Leopardi(1991), Lunardi Filho(1998) e Capella(1996).

O fato de haver este livre trânsito dos diferentes autores por diferentes espaços de trabalho, como no HU e na RBS, aponta já para a viabilidade de um trabalho integrador entre a enfermagem de ambas as instituições de saúde.

As investigações realizadas por estes autores referenciados, serão apresentadas e relacionadas a um espaço ou outro, conforme adequação da apresentação do texto, e estará se procedendo aos distanciamentos, em termos de diferenças e aproximações, em termos de semelhança.

5.1 - CARACTERIZANDO O TRABALHO DOS ENFERMEIROS DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

No interior da divisão do trabalho apontada por Castellanos et al (1989), já abordado anteriormente, situam-se os enfermeiros do HU, os quais se encontram desenvolvendo, predominantemente, estes dois processos de trabalho: o “cuidar” e o

“**administrar**”. No processo de trabalho “**cuidar**” estão as atividades colocadas pelos enfermeiros como assistenciais, onde predominam o cuidado direto ao paciente, através da realização de *haemoglucotest*, preparo e administração de insulina, instalação de sondas nasogástrica, nasoenteral e vesical, instalação de cateter venoso (*abocath*), realização de curativos cirúrgicos complexos (com drenos) ou grandes (ferida operatória atingindo grande área corporal), aspiração de vias aéreas de recém-nascido, entre outros. No desenvolvimento deste tipo de atividades, o enfermeiro sente-se amplamente realizado, inserido no verdadeiro perfil do enfermeiro²⁶. O que já não acontece, quando relatam as atividades que desenvolvem dentro do processo de trabalho “**administrar**”. Dentro deste, situam-se os registros, como por exemplo: livro de ocorrências da unidade, livros de controle de internações, ficha de atendimento ambulatorial, mapa de dietas, entre outros; e elaboração de escalas de trabalho e de pessoal, controle de material, controle e supervisão da força de trabalho, contatos com a administração e o gerenciamento²⁷ da unidade de trabalho. Neste gerenciamento é que fica claramente demonstrada a insatisfação dos enfermeiros, quando dizem passar o tempo todo resolvendo problemas da unidade, providenciando para que “*a unidade consiga andar sem maiores problemas*” e “*facilitando o trabalho dos outros*” (Ent.4), desenvolvendo atividades que “*até que são de outra área, mas que, infelizmente, a gente acaba assumindo*” (Ent.7). Isso é sentido como se estivessem deixando de fazer o papel que lhes cabe enquanto enfermeiros, com atividades outras que acabam por lhes tomar todo

²⁶ Os enfermeiros, embora reconhecendo esta divisão do trabalho, que lhes têm sido historicamente imposta, parece que tendem a supor que somente poderão se sentir gratificados quando estão junto ao paciente, no exercício de funções que denominam de assistência direta. (Lunardi Filho & Lunardi, 1996, p. 27) Este tipo de colocação já foi elucidado por autores como Cezar Vaz (1989) e Almeida (1991).

²⁷ Este gerenciamento é caracterizado como a organização do ambiente assistencial, ou seja, suas funcionalidade, manutenção, segurança e limpeza. “(...) no trabalho gerencial está envolvida a necessidade de planejamento, cuja essência consiste basicamente em fazer as análises e tomar decisões que afetam o futuro.” (Bocchi & Fávero, 1996, p. 221)

o tempo disponível. Pode-se observar este fato nas seguintes falas:

“Nós fazemos tudo isso, o gerenciamento da unidade. Nada passa na unidade sem que a enfermeira não tome conhecimento, não dê o aval dela, desde a troca da lâmpada, até as mudanças de prescrição, se o paciente foi para o raio-x, se a pia está entupida, tudo, além do cuidado e além das atividades específicas nossas”. (Ent.1)

“... E toda a parte administrativa, de providenciar que a unidade, amplamente falando, consiga andar sem maiores problemas...”. (Ent.4)

“... muitas coisas administrativas, nem tão inerentes diretamente à enfermagem, mas que a enfermeira acaba fazendo”. “... Este tipo de coisa assim, que talvez não seria da enfermagem, acredito que poderia qualquer outra pessoa resolver e acaba a enfermeira resolvendo”. (Ent.6)

“A gente faz atividade administrativa, burocrática, algumas que são da enfermagem, outras que são de outras áreas. E, refletindo isto, muitas vezes, a gente deixa de estar ao lado do paciente, porque faz muitas atividades que não precisariam ser feitas pela gente, como curativos simples, revisar sinais vitais dos pacientes, e tenho me questionado muito se realmente vale a pena fazer isto. Falta um pouco mais de tempo pra ficar do lado”. (Ent.7)

“Muitas vezes, sobrecarregado com estas tarefas, (está comentando sobre as atividades administrativas) em detrimento de outros atendimentos diretos aos cuidados ao paciente”. (Ent.9)

“A grosso modo, acho que o enfermeiro até se utiliza do processo de enfermagem, mas muito grosseiramente, não tem nada mais refinado, uma coisa mais dirigida. O pessoal está mais interessado em resolver do que qualquer outra coisa. É tapa-furo”. (Ent.10)

Conforme se pode observar, na organização tecnológica do processo de trabalho da enfermagem individual, o trabalho “administrar” é muito presente no cotidiano do enfermeiro, embora seja constantemente negado e não aceito por este grupo de trabalhadores.

No discurso dos enfermeiros, prevalece fortemente a vontade de realização de maior quantidade de cuidados diretos aos pacientes, de poder estar junto, de buscar uma aproximação que se caracterize através do diálogo ou de outro procedimento que não tenha a concomitância com a técnica e os procedimentos.

Então, parece claro que, como no processo “administrar” não se estabelece uma relação direta enfermeiro/paciente, sendo esta intermediada pelos demais membros da equipe de enfermagem, este processo de trabalho destoa do ideário dos enfermeiros, os quais estão ainda trabalhando com a concepção de enfermagem institucionalizada com o hospital. E:

sem o entendimento das transformações por que passou a enfermagem no Brasil, estes profissionais identificam-se com sua forma ideária²⁸ tradicional, ou melhor, com o cuidado direto, não concebendo as ações administrativas, conforme suas implicações, como concernentes à sua prática na assistência de enfermagem. Desta forma, fazem pouco caso do que poderia ser um verdadeiro instrumento de conquista e estratégia profissional (Cezar Vaz, 1989, p. 115).

Pode-se ver, porém, este processo “administrar” como sendo de relativa autonomia e que, inclusive, o enfermeiro poderia usufruir sem receios ou culpa, o fato de não estar mais tempo ao lado do paciente. Esta autonomia é possível, devido à organização da assistência de enfermagem não depender da autoridade técnica médica, como no caso do processo de trabalho “cuidar”, em que o modelo de assistência é o clínico médico hegemônico em saúde individual. De um lado, não depende, porque a base teórica da administração não está fundamentada em conceitos biológicos (Leopardi, 1991); por outro, é um trabalho que foi se demonstrando imprescindível no espaço hospitalar para a concretização da assistência à saúde, já que é um espaço que

²⁸ Elemento acrescentado posteriormente pela autora.

necessita estar organizado, funcionalmente, de tal forma, que possibilite a realização da assistência, segundo diagnóstico e terapêutica médica.

Um aspecto a ser considerado, que corrobora o sentido desta “relativa” autonomia, é o fato desta encontrar-se submetida à autoridade administrativa da instituição hospitalar, já que o enfermeiro desenvolve suas atividades segundo diretrizes e normas estipuladas pela administração. O enfermeiro, mesmo diante deste processo de trabalho “administrar”, permanece submetido a outra autoridade, embora consiga desenvolver suas atividades para a organização da assistência de forma relativamente autônoma, já que decide o plano de assistência e a estruturação da unidade de trabalho conforme a necessidade que detecta.

Importante clarear que, como diz Leopardi (1991):

isto não significa, porém, ainda, uma atividade independente no sentido de trabalho liberal porque sempre se condicionam ao projeto definido pelo modelo médico vigente, uma vez que essa organização do trabalho se dá no espaço instituído de acordo com esse modelo.(p.47)

O que está se mostrando no momento é uma autonomia no sentido de independência. É um assunto que será retomado *a posteriori*.

Na tentativa de entender o processo de trabalho do enfermeiro, é vital a busca da própria compreensão do enfermeiro acerca deste processo. Diante disto, pode-se pensar no resultado deste processo de trabalho, em termos de visualização de um produto. Ou seja, o “cuidar” pode ser identificado através da visualização dos procedimentos técnicos, o que não acontece com o “administrar”.

Sob este prisma, encontra-se o raciocínio da mesma Leopardi (1991), quando expõe:

A ação fragmentada, em sua constituição social, por exigência da divisão social e técnica do trabalho, quando se concretiza no cuidado realizado, incorporado

ao organismo do indivíduo, se apresenta reunificada e é neste momento que parece negar todo um processo anterior qual seja o de administrar, porque este não pode ser observado

diretamente no consumidor. O cuidado, ainda que não apareça sob uma forma material, no entanto, pode ser percebido e identificado pelo próprio consumidor como mais informações, bem estar, reabilitação e recuperação de funções. (p. 153)

Mesmo neste processo de trabalho “administrar”, há uma finalidade específica, submetida à autoridade médica, já que se destina a viabilizar a finalidade do processo de trabalho médico, aceito e instituído como modelo hegemônico, que é curar corpos individuais, em um contexto da fisiopatologia. Embora o enfermeiro tenha autoridade e poder decisório em relação à forma de organizar o trabalho da enfermagem, e à maneira de realizar o processo de trabalho “cuidar”, os dois processos estão voltados para a concretização deste modelo assistencial.

A identificação bem como a caracterização dos diferentes processos de trabalho da enfermagem confirmam a vinculação do trabalho da enfermagem à instituição. Quando o enfermeiro está organizando seu trabalho dentro deste modelo de saúde individual, é porque este é o modelo assistencial instituído no seu local de trabalho. Mas quem diz que este é um modelo que necessita ser preservado historicamente? Por que não pode ser revisto, refletido e readaptado conforme as mudanças sociais que vão se desenrolando? O exercício da reflexão é um instrumento que precisa ser mais utilizado no interior das instituições, para que o enfermeiro possa acompanhar o desenvolvimento histórico-social do trabalho em saúde.

Não se pode negar as evidências da possibilidade de autonomia diante dos processos de trabalho desenvolvidos pelos enfermeiros, que estão caracterizadas no interior do próprio trabalho, seja no “cuidar”, seja no “administrar”, e que foi sendo

construído no desenvolvimento de instrumentos que possibilitem desenvolver os procedimentos para o cuidado.

A realização destas atividades administrativas pelo enfermeiro é caracteristicamente histórica e fenômeno de uma determinação social; não decorre simplesmente de opção pessoal por parte dos trabalhadores da enfermagem. Busca-se a compreensão desta acepção, no próprio processo de trabalho humano, na divisão do trabalho, onde é possível separar concepção de execução. Neste processo de divisão do trabalho, “coube ao enfermeiro ‘conceber’ o processo de trabalho da enfermagem e ‘gerenciar’ as atividades executadas pelos trabalhadores parcelares do trabalho coletivo (cooperativo), ou seja, dos técnicos, auxiliares e atendentes de enfermagem.” (Castellanos et al, 1989, p. 156)

Como na organização tecnológica do processo de trabalho de enfermagem individual, o processo de trabalho “administrar” tem-se feito mais presente no cotidiano do enfermeiro, permanecendo o “cuidar” como sendo mais desenvolvido pelas demais categorias da enfermagem, como os auxiliares de enfermagem, por exemplo. Pensa-se que, como dizem Lunardi Filho & Lunardi (1996):

no nível hierárquico que o enfermeiro se encontra, os serviços que no futuro poderá prestar e seu próprio progresso dependerão, cada vez mais, de sua capacidade administrativa e, cada vez menos, num primeiro momento, de sua capacidade técnica. (p.28)

E, afinal de contas, administrar é também “cuidar” indiretamente, pois todas as ações desenvolvidas com cunho administrativo têm como objetivo um único produto, o cuidado de qualidade para o paciente.

Nas palavras de Patrício (1996, p. 69), “administrar é processo de cuidar indireto, porque quando você está planejando, organizando, coordenando ..., você está

pensando, elaborando atividades que visam a qualidade de assistência (dos cuidados), a qualidade da vida (o bem viver) dos seres humanos seus clientes.”

Ao analisar-se as falas descritas a seguir, pode-se observar o enfermeiro em uma contraditoriedade com o discurso que vem utilizando, de não satisfação com as atividades administrativas desempenhadas nas instituições. Embora tenha queixa de não estar mais perto do paciente, no desenvolvimento do cuidado direto, tem o entendimento de que suas ações estão voltadas para a concretização deste cuidado. Observa-se que a metáfora utilizada pelo primeiro enfermeiro traduz bem este entendimento.

“... tem um ditado que diz que todos os caminhos levam a Roma. Todos os nossos caminhos levam ao cuidado com o paciente, pois no momento em que tu manda colar o piso no chão que está solto, tu estás pensando que teu paciente pode tropeçar e cair. De uma forma ou de outra, todo o nosso gerenciamento é em prol do paciente, é em prol do cuidado com o paciente”. (Ent.1)

“A finalidade da enfermagem é a qualidade da assistência, só que a assistência não é só fazer o cuidado direto. Aqui de longe, numa atividade administrativa tu estás trabalhando para isso, para uma qualidade de assistência para ele. Quando digo qualidade de assistência, assistência a gente tem como uma coisa direta, cuidar, fazer, e acho que tem várias formas de tu atuar para que isso ocorra, mas não necessariamente tenha que estar fazendo. Quando tu tá delegando a um auxiliar o cuidado com o paciente, quando tu tá te preocupando se tem muito barulho para o paciente, te preocupa que o ambiente seja agradável ...” (Ent.6)

Alguns enfermeiros parecem compreender que o processo de trabalho “administrar” também faz parte do processo de trabalho “cuidar”, já que se destina a uma finalidade imediata de organizá-lo e outra mediata de prover condições de adequada realização dele. Quando o enfermeiro planeja, organiza, avalia e coordena, também está “cuidando”. Este pensamento, que no fundo está presente na concepção do enfermeiro, só necessita ser incorporado ao cotidiano dele, fazendo com que o assuma

plenamente e passe a utilizar-se do mesmo de maneira mais científica e elaborada. Sem isto, o enfermeiro se vê solucionando problemas que aparecem, sem planejamento antecipado, fazendo com que a realização das tarefas fique “reduzida a uma atividade muito mais mecânica do que criativa por haver se tornado desprovida da intencionalidade do trabalhador ...” (Lunardi Filho, 1998, p. 50)

Embasado nas leituras de Castellanos et al (1989), Cezar Vaz (1989), Leopardi (1991), Almeida (1991), Mendes Gonçalves (1994), Capella (1996) e Lunardi Filho (1998) e, a partir da análise dos posicionamentos dos enfermeiros, depreende-se que a insatisfação, sentida e expressa pelos trabalhadores enfermeiros do HU, decorre, na verdade, da incompreensão das articulações sociais mais amplas no atual processo de trabalho em saúde e também da sensação de inespecificidade profissional que esta incompreensão transmite em seu dia-a-dia, causando-lhes, inclusive, insegurança quanto a uma possível descaracterização profissional.

Este tipo de resultado, também foi encontrado por Cezar Vaz (1989) em sua dissertação de mestrado:

Avulta-se, pois, às enfermeiras, uma conotação, no sentido translativo da expressão, de ‘quebra-galho’, de ‘faz tudo’ nas unidades de atendimento, entendido como ameaça, tanto de descaracterização da prática específica como de perda de prestígio, que reforça a sensação de inespecificidade generalizada às atividades administrativas, se comparadas ao cuidado direto, o que, na seqüência do trabalho aparece como o ideário das entrevistadas. (p. 70)

Diante do que vem sendo exposto, pode-se inferir que este tipo de trabalho desenvolvido pelos enfermeiros se processa desta forma em virtude da não compreensão total acerca de seu próprio trabalho.

Isto pode ser verificado, vendo-se o processo de trabalho do enfermeiro, através da análise do seu discurso, quando demonstra dificuldade na identificação direta

das partes componentes deste processo, ou seja, o objeto, os instrumentos e a finalidade do trabalho da enfermagem.

Alguns autores já discutiram o trabalho geral, suas relações sociais, sua vinculação com o capitalismo, como Cezar Vaz (1989), Almeida (1991) e Mendes Gonçalves (1994). Tudo isto é muito complexo e esta não é a discussão deste momento, porém, cabe salientá-lo, pois o entendimento destas articulações mais gerais do processo de trabalho pode levar à compreensão do próprio processo de trabalho. E é isto que se está traduzindo através da prática de enfermagem.

Quanto ao objeto, aquilo sobre o que se realiza a atividade, alguns enfermeiros colocam explicitamente como sendo o paciente. Isto significa o seguimento do modelo clínico médico individual, através da atenção ou cuidado aos corpos individuais, o que não é nenhuma novidade. É o modelo vigente nas instituições hospitalares e, quem sabe, nas demais instituições de saúde também. Embora este objeto esteja presente nas falas de todos os trabalhadores enfermeiros, é possível observar uma grande controvérsia no que tange ao cuidado direto ao paciente. Na maioria das vezes, é abordado como sendo o próprio objeto.

Quando o tema processo de trabalho foi abordado por Rosa et al (1989), estas autoras já se posicionaram a respeito de uma indefinição das teorias de enfermagem, em relação ao objeto de trabalho da enfermagem, já que estas têm assumido como objeto, o cuidado de enfermagem. Isto faz com que se crie “um viés da compreensão, uma vez que o cuidado é o próprio trabalho, a ação planejada e executada sobre o objeto-clientela. Portanto, o cuidado não pode ser o objeto, mas a finalidade do trabalho”. (p. 114)

Esta concepção dos enfermeiros também se coloca em algumas falas dos enfermeiros do HU, como se pode ver a seguir:

“O objeto do trabalho da enfermeira no hospital, é o cuidado com o paciente...”. (Ent.1)

“O objeto de trabalho sempre será o cuidado ao paciente, a atenção ao paciente. Mas no nosso hospital e em alguns outros que conheço ainda está muito direcionado para a área administrativa, diminuindo o tempo de permanência do enfermeiro nos cuidados com o paciente”. (Ent.9)

Esta opinião dos enfermeiros é altamente elucidativa da concepção que têm acerca de seu próprio processo de trabalho, quando o objeto e a finalidade se confundem, sem precisão de um e de outro, acabando por tornar-se, ao mesmo tempo, objeto e finalidade do trabalho. O resultado esperado é a própria realização do cuidado. “Prestar cuidados é uma das partes de todo o processo e esta visão parcial não nos permite olhar para quem realmente realiza esta atividade e se cumpre suas finalidades ou, até mesmo, se sabem, quais são estas finalidades”. (Op.cit., p. 107)

Quando se pensa na finalidade de um trabalho, tem-se a idéia de um produto ou resultado que se obtém ou a que se quer chegar, através do desenvolvimento de determinado processo de trabalho. Na suposição por parte dos enfermeiros, do cuidado como sendo o seu objeto de trabalho, qual seria então a finalidade deste? A cura dos indivíduos nos quais se deu o cuidado? A externalização desta questão se faz através da fala seguinte:

“A finalidade do trabalho do enfermeiro a nível hospitalar, bem como, na maioria das vezes, a nível extra-hospitalar, seria o retorno às condições ideais de saúde”. (Ent.9)

Diante disto, retoma-se o processo saúde-doença na perspectiva do trabalho clínico-biologicista, onde se busca, prioritariamente, a cura dos corpos individuais, que é o modelo médico vigente nas instituições de saúde, e que se tornou o modelo hegemônico para todos os demais trabalhadores da saúde, incluindo aqui, principalmente, os enfermeiros.

Na maioria das vezes, esta cura dos corpos individuais não é manifestada na fala dos enfermeiros, embora se possa traduzir esse entendimento em uma análise mais miúda como, por exemplo:

“O enfermeiro é que sabe da sua função e com sua conduta ele presta esse atendimento do paciente, mas o que é lhe cobrado muitas vezes, são outras coisas tipo as rotinas das unidades em vez da apresentação do estado de cura ou de melhora do paciente”. (Ent.9)

“A gente se apega muito à prescrição para determinar o que a gente vai fazer, depois a gente vê as necessidades. Até talvez a gente dê uma maior importância a isso, a prescrição em primeiro lugar, para o atendimento. Claro que tem muita coisa que a gente faz porque sente a necessidade do momento”. (Ent.7)

A partir do momento em que a enfermagem utiliza-se da prescrição médica como norteadora de suas atividades, como principal instrumento de seu processo de trabalho, está apreendendo como seu objeto de trabalho, o do modelo clínico médico de saúde. Está reproduzindo historicamente a enfermagem como instrumento ou meio do trabalho médico, como já o foi comentado anteriormente, o que foi o início da enfermagem no âmbito hospitalar.

O que chama a atenção na primeira fala anterior, é o fato de a instituição cobrar menos as atividades que levem à cura do que as atividades do processo de trabalho “administrar”. Isto significa que a direção desta instituição se vê, no momento,

reconhecadora do processo de trabalho da enfermagem como algo que foi capaz de mudar através do tempo, assimilando as novas necessidades deste trabalho? Ou que o trabalhador direto nas unidades é que não tem acompanhado esse movimento, talvez até por seu tempo estar efetivamente tomado com tantas atividades, como o tem sido realmente colocado?

Neste aspecto, leva-se a crer que esta cobrança feita ao enfermeiro é muito mais em relação à burocracia de uma unidade, pela resolução de problemas tais como o adequado funcionamento da estrutura, do que no tocante ao processo “administrar” a organização da assistência. Explica-se este pensamento, na retomada de uma entrevistada em particular que, por sua condição atual, de fazer parte da direção institucional, mostra-se da mesma forma que os demais enfermeiros entrevistados, com o sentimento de “quebra-galho”, de resolvidor de tudo o que acontece na unidade.

Acompanhe-se a fala abaixo:

“Dentro de uma unidade de internação são desenvolvidas atividades assistenciais, que são inerentes à enfermeira, e além de atividades administrativas, e até muitas coisas administrativas nem tão inerentes diretamente com a enfermagem, mas que a enfermeira acaba fazendo. (...) E aquelas coisas ocasionais, que surgem (...) e aparece na hora para serem resolvidas e, geralmente quem faz isso é a enfermeira. Não são coisas da enfermagem, e sim da unidade. Às vezes surge, até referente à transporte. Tem que buscar um paciente do hospital-dia e o motorista não tava ... então quem acaba resolvendo é a enfermeira da unidade, aí tem que entrar em contato com quem trabalha o motorista ou com a direção, ver porque o motorista não foi, e que tu tem que buscar. Então é esse tipo de coisa assim, que talvez não seria da enfermagem, acredito que qualquer pessoa poderia resolver e acaba a enfermeira resolvendo ...” (Ent.6)

Esta fala mostra o entendimento que os enfermeiros têm acerca do que seja o seu papel gerenciador em uma unidade hospitalar, quando toma para si a responsabilidade por qualquer problema que ocorra. Isto demonstra um gerenciamento

que não apresenta uma sistematização. Esta função deve ter como base o planejamento, uma vez que realizada desta maneira, se vê significando tomada de decisão de forma isolada, sem fundamentação científica. Segundo Bocchi & Fávero (1996, p. 237): “A gerência dos serviços de saúde requer conhecimento e habilidade nas dimensões técnica, administrativa e psicossocial”. E onde se privilegia a gerência para atingir os objetivos organizacionais, mediante planejamento, coordenação, direção e controle. A preocupação do enfermeiro com os problemas da unidade transparece até mesmo em relação a funções pré-estabelecidas de outros profissionais, como os médicos:

“Se o médico não prescrever determinada medicação, a gente se sente responsável. O médico não faz a receita do paciente, e não sai da farmácia sem, a gente tenta conseguir a medicação nas sobras, a gente anda atrás do médico para pegar a receita”. (Ent.6)

Na mesma direção deste depoimento, tem-se encontrado diversos estudos a respeito do processo de trabalho da enfermagem, mas um deles explicita mais claramente este tipo de questão, o de Lunardi Filho (1998). Este autor diz que “sob esta ótica, os profissionais da enfermagem são percebidos como verdadeiras dádivas tanto para a administração como para os próprios médicos” e “geralmente nunca decidem, apesar de serem levados a se perceber e de serem exigidos como se fossem responsáveis por tudo” (p. 89). Contemplando também o processo de trabalho dos enfermeiros do HU, a “organização da assistência” e a “organização do trabalho em geral” se fez presente em todas as falas, porém não percebidas como o objeto de trabalho principal destes profissionais, os quais se detiveram sobre elas como algo extremamente negativo e que tem prejudicado o desenvolvimento das suas ações relativas ao processo de trabalho “cuidar”. Apenas um entrevistado verbalizou esta questão, embora também não

concorde com a maneira como vem sendo colocada, o que fica demonstrado claramente a seguir:

“O objeto de trabalho (...), no nosso hospital e em alguns outros que conheço, ainda está muito direcionado para a área administrativa, diminuindo o tempo de permanência do enfermeiro nos cuidados com o paciente”. (Ent.9)

Esta parcela do trabalho é sentida como referência a questões burocráticas²⁹, onde as normas e rotinas estão permeando o desenvolvimento das ações, juntamente com outras ações pertinentes a administração mais gerencial de manutenção de materiais e da própria unidade. Isto constitui o todo do processo “administrar” do enfermeiro, sem que as ações desse processo sejam embasadas em conhecimentos científicos das etapas do processo administrativo.³⁰

A respeito disto, tem-se o comentário de Cezar Vaz (1989), ao analisar outros trabalhos relativos a este foco administrativo, onde os pesquisadores estudados

salientam existir uma compreensão reduzida do que seja o processo administrativo da assistência de enfermagem, o que leva a categoria profissional, no cotidiano de sua prática, a desempenhar suas funções administrativas, de forma arbitrária, improvisada, fundamentada mais no senso comum (...). (p. 54)

Como se pode observar nas falas a seguir, o enfoque dado às atividades administrativas reforça sobremaneira esta análise:

“Atividade administrativa é toda aquela parte de registros, tu tem que fazer. Para ti poder fazer os registros, tu tem que ter o controle de toda a atividade assistencial, sendo que esta atividade assistencial é feita tanto por ti, enfermeiro, quanto pelo auxiliar. Existem certos procedimentos que são feitos só pela gente. Atividade administrativa, além dos registros, é toda aquela parte de tu providenciar, tu facilitar o trabalho dos outros. Que é horrível isso”. (Ent.4)

²⁹ “... a função administrativa burocrática é um tipo de comportamento impessoal que é orientado detalhadamente por normas e rotinas e objetivos traçados pela organização.” (Trevisan, 1987)

³⁰ As funções universais da administração são o planejamento, a organização, a execução e a avaliação.

“Dentro dessas atividades, vejo que seria a administração de pessoal, escalas, confecção das dietas para serem encaminhadas ao SND (Serviço de Nutrição e Dietética), os cuidados com a medicação que permanece na unidade, bem como de material de consumo”. (Ent.9)

“Administrativa: controle de pessoal, controle de material, contato com a administração sobre problemas referentes à unidade”. (Ent.10)

Na análise dos depoimentos da pesquisa realizada pela autora citada:

depreende-se que o enfermeiro, normalmente, não planeja a assistência de enfermagem. Ostenta uma coordenação diretiva dos serviços no sentido de contornar dificuldades imediatas de recursos humanos e materiais que surgem, buscando viabilizar o cumprimento dos procedimentos e tarefas pré-determinadas. Desta forma, a supervisão, que deveria verificar em que termos o trabalho executado corresponde ao esperado, atrofia-se num controle de tarefas executadas onde a avaliação se restringe a estarem ou não os serviços sendo realizados. (p. 168)

Ao se observar atentamente a fala abaixo, confirma-se este tipo de achado:

“A gente faz muitas atividades que não precisaria (...) como revisar coisas tipo assim, eu reviso os sinais dos pacientes. Não é que a gente não faça uma prescrição, uma evolução, que seria nosso, competência nossa, porque a gente até faz, verbalmente, mentalmente ou rapidinho no livro ... Mas acho que a gente peca muito por falta de registro. Eu sempre estou acompanhando o pessoal, vendo os procedimentos que eles estão realizando”. (Ent.7)

Este enfermeiro, refletindo o seu fazer, demonstra claramente que, enquanto está revisando o trabalho realizado pelos auxiliares de enfermagem, no sentido da realização ou não dos procedimentos, deixa de desenvolver uma atividade pertinente à sua categoria profissional, que considera importante. E por que não o faz? Porque é seguida uma rotina, no seu cotidiano de trabalho, em que todos os trabalhadores da saúde têm que seguir o modelo institucional adotado. Pode-se dizer mais uma vez, que é o modelo clínico, o modelo médico de atenção individual, em que a enfermagem se caracteriza como sendo mais um instrumento. É necessário esclarecer que este “a gente

até faz, rapidinho no livro”, refere-se a uma evolução rápida das condições apresentadas pelos pacientes, e funciona como uma “passagem de plantão”. É o caráter de uma contemplação das determinações médicas, em que as ações de enfermagem ficam “ofuscadas pela centralidade conferida à prescrição médica e pela constante busca das condições das quais esta mesma prescrição depende para sua implementação” (Lunardi Filho, 1998, p. 250).

Diante disto, percebe-se o não seguimento de um processo específico de trabalho da enfermagem, nem ao menos o sugerido por Wanda Horta³¹, que é o modelo que orienta a formação dos enfermeiros da Fundação Universidade Federal do Rio Grande. Não cabe, neste momento, a realização de uma análise específica sobre este tema, pois esta pode ser encontrada no trabalho de Borba (1997).

A importância deste fato reside na finalidade imediata do processo de trabalho “administrar”, que é organizar o processo de trabalho “cuidar”. Seus meios ou instrumentos de trabalho são a observação, o levantamento de dados, o planejamento, a evolução e a avaliação, entre outros. Nesta direção é que se vê a não utilização planejada destes instrumentos, retornando novamente à concepção da enfermagem enquanto realização de cuidados diretos.

Bocchi & Fávero (1996), alicerçados nos resultados de uma investigação com os enfermeiros de um HU, evidenciaram que o perfil dos enfermeiros “continua fortalecido na função administrativa, porém desprovida de um dos principais elementos

³¹ “Pretende uma abordagem humanística, de respeito às necessidades individuais que são apresentadas na relação desses sujeitos com o mundo a sua volta, de modo que eles devem, através do aprendizado, tornarem-se independentes para o seu auto-cuidado. Aborda com mais detalhe o processo de enfermagem, definindo como um conjunto de ações sistematizadas, com o objetivo de atender necessidades básicas não satisfeitas. Busca suporte científico em teorias psicológicas, principalmente na Teoria da Motivação Humana de Maslow”. (Leopardi, 1991)

da gerência, o planejamento, a aplicação específica do processo decisório sobre a assistência de enfermagem prestada por sua equipe.” (p. 239-40)

Para ilustrar como o enfermeiro executa e percebe seu trabalho, corrobora o estudo realizado por Mendes Gonçalves (1994), que concluiu que os enfermeiros assumem um caráter de rejeição ao conjunto de atividades que fazem parte da administração: “Daí que tudo aquilo que não se confundir com os ideais profissionais mais claros (supervisão, treinamento, serviço direto) caiba o rótulo homogeneizante e desvalorizador de burocracia administrativa”. (p. 209)

Portanto, há a suposição de que o enfermeiro somente poderá sentir-se gratificado quando estiver no desempenho de funções de assistência direta ao paciente. Por que isto incomoda tanto o enfermeiro? Porque talvez ele não esteja entendendo a organização burocrática necessária ao desenvolvimento do trabalho, como o próprio processo de trabalho, e esteja compreendendo-o como finalidade do próprio trabalho, tornando-se empecilho para a realização do processo de trabalho “cuidar” e não um meio para este. Retornando à divisão proposta por Castellanos et al (1989) ver-se-á que o processo de trabalho “administrar” tem a finalidade de organizar a assistência. Neste sentido, é uma etapa importante e necessária.

É relevante apontar, neste momento, em relação à mesma questão, o que dizem Rosa et al (1989): “Já não há como se fugir ao fato de que a enfermagem lida com pelo menos dois objetos distintos: os corpos dos indivíduos e a organização na assistência” (p. 112). Portanto, há a necessidade de se compreender melhor o processo de trabalho dos enfermeiros e da enfermagem, buscando conhecimentos para tal, fundamentando-se na ciência da administração e não somente utilizando partes dela. Ou o que é pior,

valendo-se apenas da palavra administração como desculpa para a não realização do cuidado direto.

Com o capitalismo, houve efetivamente uma divisão social do trabalho e, portanto, deve-se reconhecer este movimento histórico, que consolida o processo de trabalho “administrar” como a principal atividade do enfermeiro. É a conformação social capitalista que engendrou esta divisão. Nas palavras de Castellanos et al (1989) “tal determinação social expressa a característica exclusiva do trabalho humano, ou seja, a de permitir que a concepção do trabalho possa ser separada da sua execução” (p. 156).

Com o reconhecimento deste avanço do trabalho, há a compreensão do próprio trabalho, como já abordado anteriormente, em que o homem, sendo essencialmente social, vai transformando a si e ao ambiente, construindo a sua história. Por isto se diz que o movimento do processo de trabalho é historicamente determinado.³²

Ainda na busca desta compreensão, passa-se a analisar este processo no tocante aos instrumentos de trabalho utilizados, para então caracterizá-lo mais fielmente, confirmando o que já foi comentado, ou trazendo algo novo, se necessário for.

Castellanos et al (1989), na descrição do processo de trabalho em saúde individual, conforme esquema já visualizado, coloca como um dos meios de trabalho da enfermagem, o primeiro item a ser detectado na fala dos enfermeiros, que são os procedimentos técnicos. Isto aparece como essencial, primordial para o trabalho da enfermagem. Observe-se:

³² Diversos autores falam a respeito da determinação social expressando a característica do trabalho humano, ou seja, o de permitir que a concepção seja separada da sua execução. Este aspecto não está sendo trazido mais amiúde devido a estar bem elucidado nestes autores. Para entender as articulações que fazem com que o trabalho seja historicamente determinado, sugere-se a leitura de Mendes Gonçalves (1994).

“Precisa de conhecimento técnico. Para nós que trabalhamos dentro do hospital e que prestamos o cuidado direto ao paciente, é imprescindível o domínio da técnica”. (Ent.1)

“Atividade assistencial é atendimento ao paciente. Ai varia, conforme a unidade, tu vai ter mais ou menos variação nos tipos de procedimentos. Por exemplo: no SPA tu vai ter sondagem, atendimento às urgências, paciente que vem da rua, curativos, injeções, nebulizações. Já na unidade, tu vai ter esses procedimentos mas em menor quantidade. A cirúrgica é mais curativos, não que não tenha outras coisas, mas cada unidade particular tem mais ou menos um tipo de coisa”. (Ent.10)

Note-se que o processo de trabalho “cuidar” parece estar sempre intimamente relacionado ao cuidado direto, aos procedimentos de enfermagem, à técnica em si, parecendo não ser caracterizado quando da utilização de outros instrumentos que não os procedimentos técnicos. Embora outros instrumentos venham a aflorar, como será demonstrado mais adiante, estes se destacam sobremaneira.

Isto leva na direção do domínio da técnica como instrumento de poder fazer e ter reconhecimento. Pode-se analisar este fato, em termos da própria experiência pessoal da investigadora enquanto enfermeira: diariamente é cobrado este domínio, no sentido de passar maior segurança à equipe que trabalha ao seu lado; constantemente é solicitada a realização de algum procedimento técnico, que outras categorias já tentaram sem êxito e espera-se que o enfermeiro obtenha êxito, já que ele é “preparado para isto”. O enfermeiro que não possui este domínio não é reconhecido profissionalmente. O bom profissional é justamente aquele que desempenha suas atividades com desenvoltura e segurança, alicerçadas na técnica.

Capella (1996) aborda este aspecto, relativo a não aceitação da incerteza, relatando que:

na área da saúde, por razões culturais, há a negação da dúvida, da incerteza, da diversidade. Demonstrar dúvida, incerteza, sempre foi sinônimo de ignorância e

insegurança. Por detrás dessa armadilha, não se possibilita uma relação dialética, onde dúvidas e certezas, a segurança e o medo, o igual e o diferente podem ser discutidos e, ainda e apesar disto, o sujeito que procura uma instituição hospitalar consiga se sentir tranqüilo, seguro, disposto a correr o risco a que está submetido, porque admite que os profissionais sejam éticos e competentes (p. 55).

Este conjunto de técnicas se destinam a dar conta da integralidade da assistência ao paciente, visando corresponder às necessidades surgidas do momento. Isto reforça o que já foi anteriormente comentado a respeito da realização, neste processo de trabalho, de atividades de forma improvisada, sem planejamento prévio.

Por sua vez, quando se destaca a sentença “preparado para isto”, mostra-se a característica esperada pelos demais trabalhadores da saúde a respeito deste profissional: de ter aprendido, durante seu processo de formação, o saber e o domínio de um conjunto de técnicas e rotinas, e que é percebida como contingente, independentemente das condições materiais, humanas e técnicas.

A configuração do domínio da técnica conduz a uma forma de manifestar o modelo de atenção utilizado durante o processo de trabalho, ou seja, o processo de trabalho médico, o qual, por certo, já se evidenciou, mas que convém reforçar sempre que ele se manifestar. As técnicas, são produto da aplicação de conhecimentos, e foram se apresentando na sua forma histórica como modos de conduzir a ação terapêutica. De acordo com Leopardi (1991): “A exigência técnica que se instala corresponde imediatamente à necessidade de adequar uma atividade que aparece como instrumento para a condução de um processo mais amplo que é o processo de trabalho médico”. (p. 36-37)

A confirmação disto delinea-se em alguns momentos bem claros, como quando um dos enfermeiros define a enfermagem:

“A enfermagem para mim significa um atendimento muito utilizado em técnicas. Utiliza-se muitos instrumentos, mas em síntese, a enfermagem seria o cuidado mais direto ao paciente”. (Ent.9)

Diante disto, percebe-se que a enfermagem atuante no ambiente hospitalar assume o caráter do modelo médico clínico que vem sendo desenvolvido pelas instituições hospitalares em geral. Com isto, cada ato, cada ação desenvolvida, mostra-se como mais uma maneira para que seja alcançado o objetivo deste específico modelo assistencial. Traduz-se isto na busca da cura dos indivíduos, quando é visualizado unicamente o ser doente através de suas manifestações clínico-patológicas.

A técnica, aliada ao conhecimento desenvolvido pela enfermagem, é uma das tecnologias nesta organização do trabalho em nível hospitalar.

Diante disto, aonde leva este processo de trabalho da enfermagem vislumbrado no HU? Ao modelo tecnológico de saúde vigente nesta instituição hospitalar, ou seja, ao modelo médico. Pode parecer repetitivo, mas é um desenrolar constante, para mostrar, para fazer aparecer que processo é este, em que é embasado, por que está constituído desta maneira.

Neste momento, cabe salientar outro ponto, que advém desta rede de relações. Foi uma análise feita especificamente por Mendes Gonçalves, que é a questão do “acionamento” do trabalho na área hospitalar. De acordo com ele, efetivamente, o responsável por este “acionamento” é o médico, através da terapêutica, da prescrição médica. É claro que este não é o único “acionamento”. Paralelo, existem outros, mas que talvez não ocorram ao mesmo tempo. Além de ser o inicial, o desencadeador do trabalho como um todo, o desenvolvimento das ações necessárias para que este trabalho consiga alcançar sua finalidade não é realizado pelo médico e sim pela enfermagem,

principalmente. O que já não é o caso da própria enfermagem que, ao acionar o seu próprio trabalho, quem o desenvolve é o enfermeiro e a enfermagem em geral. Nesta direção, pode-se visualizar a enfermagem com duplicidade de ações, sendo responsável pelo desenvolvimento das ações pertinentes ao seu processo de trabalho e também pelas ações relativas ao trabalho médico.

Nesta linha de raciocínio, vislumbram-se outros acionamentos do trabalho no interior do hospital, que também se vêem acionados pelo enfermeiro, tais como a manutenção de materiais e equipamentos, a questão da higiene e limpeza, a manutenção da própria estrutura de serviço, já que é através da detecção por parte do enfermeiro, que as ações relacionadas a estes trabalhos são desenvolvidas. Ao focalizar este ponto, pode-se pensar que não é uma questão de tanta importância como o desenvolvimento do processo de trabalho da enfermagem; porém, se for analisado como mostra a fala do enfermeiro que virá a seguir, como dependendo tanto quanto do seu processo de trabalho, então, o enfermeiro acaba acumulando uma sobrecarga, sofrendo um desgaste muito grande.

“No momento em que tu manda colar o piso no chão, que está solto e alguém pode tropeçar e cair, tu estás pensando que teu paciente pode cair ...”. (Ent.1)

Nesta percepção, o enfermeiro vem se envolvendo com tantos afazeres que parece desumano cobrar o desenvolvimento de um processo de trabalho alicerçado em planejamento, reflexão e avaliação. Por outro lado, poder-se-ia questionar se estes afazeres todos não funcionariam como desculpa para a não realização desta parte do processo que, no fundo, não parece bem compreendida ainda. Será que os enfermeiros não se sentem até satisfeitos, em relação a esta questão, de serem os responsáveis por “tudo” na unidade? Não emana uma sensação de poder fazer, diante deste aspecto de

que tudo o que acontece é de seu conhecimento, e nada é resolvido sem que seja avalizado pelo enfermeiro? É uma reflexão interessante. Veja-se as falas abaixo:

“Nada passa na unidade sem que a enfermeira não tome conhecimento, não dê o aval dela, desde a troca da lâmpada até a mudança na prescrição e evolução. E se o paciente foi para o raio-x, se a pia está entupida, tudo, além do cuidado ...”. (Ent.1)

“Prá ti poder fazer os registros, tu tem que ter controle de toda a atividade assistencial. Praticamente tu direciona, tu facilita com que toda a unidade ande, desde a limpeza até o soro. É toda a parte administrativa, de providenciar que a unidade amplamente falando, consiga cuidar sem maiores problemas, aquela coisa assim, tu tem que criar, inventar coisas, como toda enfermeira, né, de tudo, tu é polivalente”. (Ent. 4)

“Tudo a gente acaba acumulando como nosso. E acho que a culpa é muito nossa, porque a gente tem o hábito de tomar prá gente tudo que é relacionado ao paciente, a gente acha que a gente é responsável. Então, se o médico não prescrever determinada medicação, a gente se sente responsável. E até uma coisa que a gente tem que, por um lado, até acho que é o certo, porque vamos supor que o médico não fez a receita do paciente, e não sai da farmácia sem, o que a gente faz? A gente tenta conseguir a medicação nas sobras, ou tenta levar na farmácia para depois levar a receita, a gente anda atrás do médico prá pegar a receita ... E o que a gente deveria fazer? Não é função nossa prescrever, não é responsabilidade nossa se a medicação não tá ali, devido à deficiência de outro profissional, que seria responsabilidade dele. Mas aí a gente entende que como é que vai deixar o paciente sem medicação? Em função da irresponsabilidade de alguém, a gente acaba assumindo como da gente. Ou irresponsabilidade, às vezes, falha, não importa o termo”. (Ent.6)

“O objetivo do enfermeiro é atender bem o paciente e fazer com que a unidade onde ele trabalha tenha uma estrutura para poder dar melhor atendimento possível. Fazer a coisa caminhar, direcionar para que o paciente tenha um bom atendimento”. (Ent.10)

Ao mesmo tempo que se pode vislumbrar um certo sentimento negativo em relação a este tipo de responsabilidade assumida pelo enfermeiro, é possível detectar

também uma certa gratificação, por ser um profissional que desempenha tantas e variadas funções, demonstrando com isso uma forte noção de competência.

O enfermeiro se coloca como o responsável pela unidade, embora ele se manifeste, muitas vezes, rechaçando as funções que vem desempenhando quanto à questão do gerenciamento. O seu trabalho está organizado de tal forma que o próprio enfermeiro se vê acreditando que tem a responsabilidade de responder por “tudo” mesmo. A última fala demonstra que o objetivo do enfermeiro, em uma unidade, é também relacionado com a manutenção da estrutura de sua instituição de trabalho.

Talvez até nas falas expostas não tenha ficado claro qualquer sentimento de prazer com essa função assumida, porém isto é uma coisa que se manifesta no semblante do trabalhador, em meio a um diálogo, quando da exposição dos fatos relatados, das suas atividades e justificando o seu fazer cotidiano. Nestes momentos é que ficou denotada essa contraditoriedade quanto ao fazer e falar sobre o fazer.

O enfermeiro tem buscado a valorização do seu papel assistencial e, já que todo o processo de trabalho em nível hospitalar é centralizado no modelo médico, o enfermeiro procura mostrar o quanto é importante nesta organização. Este papel gerencial parece:

mais interessante, em termos de status e de reconhecimento social, por ser encarado como um trabalho intelectual. Nesta mesma linha de avaliação, o mesmo não se daria com o cuidado direto, por ser menos valorizado, devido à sua associação com o pequeno reconhecimento dado ao trabalho manual. (Lunardi Filho, 1998, p. 328)

Como o enfermeiro se depara com inúmeras expectativas, em relação ao seu trabalho, normalmente no sentido de administrar uma unidade pretensamente adequada, se vê básica e essencialmente desenvolvendo um trabalho de “tapa-furo”, como um dos

enfermeiros o relatou, ou como “um gerenciador de crises”, de acordo com Lunardi Filho (1998). Nestes termos é que tem se dado uma controvérsia para a compreensão do processo de trabalho destes enfermeiros.

Ao se repensar este patamar de atividades que vem sendo desenvolvido pelos enfermeiros, na seleção do conjunto de ações vinculado, não só ao processo de trabalho específico da enfermagem, mas também a processos de trabalho outros, como o processo de trabalho médico, vê-se como estas ações se mostram desagregadas, desarticuladas entre si. Na lógica que está orientando esse desagregamento, pode-se perceber uma intencionalidade, em termos do sentido geral do processo de trabalho. Esta intencionalidade é que está por trás dessa desarticulação. E quem a provoca? O próprio trabalho se mostra desta forma, sendo que uma parte independe do trabalhador e outra depende dele. Isto é trazido pelas próprias autoras Castellanos et al (1989), quando relacionam o trabalho da enfermagem com o trabalho em geral, em uma sociedade capitalista. O trabalho desenvolvido no interior de uma instituição capitalista separa as atividades, como no já comentado caso das atividades manuais e intelectuais. Ele, porém, não tem uma lógica de aglutinação e sim de desarticulação. E, na verdade, pode-se ter separação de atividades sem que esta seja o mal causador do desagregamento de ações. A divisão técnica do trabalho é necessária, pois cada sujeito trabalhador precisa fazer a sua parcela, uma vez que não pode dar conta de tudo sozinho. O objeto de trabalho é complexo, com várias facetas e, por isso, é imprescindível que exista uma lógica para articular e agregar. Não é lógico que, dentro de uma instituição, existam trabalhos diversos sendo desenvolvidos, que não tenham o conhecimento uns dos outros. É preciso entender que cada parcela do trabalho faz parte do trabalho coletivo.

Segundo Castellanos et al (1989):

no próprio entendimento da determinação histórica dos processos sociais - entre eles o processo saúde-doença e o processo ensino-aprendizagem - ainda existe um concreto impasse na operacionalização da articulação entre a natureza e o social, o indivíduo e o coletivo, o sujeito e a estrutura, ou seja, não se concretizam intervenções que internalizam essas articulações ou são elas confirmadas de modo muito tênue (p.160).

E é desta maneira que está sendo feita a caracterização do processo de trabalho dos enfermeiros do HU, o qual realmente está na direção dessas ações desarticuladas, desagregadas. Porém, esta é a lógica construída e, neste sentido, ela é toda articulada e agregada.

Dentro da própria instituição de trabalho não existe uma integração e, quando se pensa em outra instituição, o desconhecimento é quase total. Entende-se que os enfermeiros são trabalhadores coletivos e, como tal, devem desenvolver processos de trabalho cooperativos, que não são meramente a soma dos processos de trabalho e habilidades do conjunto dos membros da equipe multiprofissional e sim são produto da integração destes profissionais.

Na análise das falas dos enfermeiros, na tentativa de caracterização do seu processo de trabalho, leva-se o pensamento no sentido da reflexão que é feita, concomitantemente com o ato de verbalização, parecendo que estes trabalhadores, que estão acostumados a desenvolver este tipo de atividades rotineiramente, no momento em que precisam externalizá-las, refletem que isto talvez não seria o mais adequado e tentam justificá-lo de alguma maneira.

Estas reflexões, acredita-se, deveriam ser realizadas mais freqüentemente, já que, somente ao se deixar de fazer, em algum momento, para refletir sobre o que se está fazendo é que começam a surgir as inquietações, dúvidas e questionamentos. Por que

está sendo feito de tal maneira? Às vezes não se encontra resposta para estas questões. E este é o momento de transformação, até de mutabilidade profissional.

Além disto, esta não é uma coisa totalmente estranha, diferente para este tipo de trabalhador, que se depara constantemente com a necessidade de mutação no interior de seu processo de trabalho. Isto é uma questão que o enfermeiro tem colocado no seu cotidiano de trabalho, não de uma forma absorvida passivamente, e sim no sentido de uma necessidade. Ele se transforma conforme a necessidade que vai se apresentando.

Percebe-se esta capacidade de adaptação presente no seu dia-a-dia, quando os enfermeiros precisam assumir constantemente outras unidades de trabalho, que não a sua, o que faz com que se coloquem de diferentes maneiras conforme a unidade. No momento de descrever quais atividades desenvolve no seu ambiente de trabalho, ele relata:

“Isso depende de unidade para unidade”. (Ent.1)

O que significa esta variabilidade nas ações do enfermeiro? Parece que a depender da unidade em que está trabalhando no momento, suas atividades estão mais direcionadas para uma administração da assistência ou para uma administração mais geral. Assim, o enfermeiro é sujeito capaz de fazer estas adaptações, tem esta capacidade de flexibilidade e mutabilidade necessárias para o desenvolvimento das ações de enfermagem.

Permeando estas atividades, procura-se vislumbrar outros instrumentos de trabalho, além da técnica já mencionada e da administração enquanto conhecimento, que permitam caracterizar o processo de trabalho dos enfermeiros do HU.

Na retomada da institucionalização da enfermagem já abordada, percebe-se como os instrumentos podem variar de um modelo assistencial para outro, e até a própria força de trabalho, que pode passar de agente a instrumento. Por isto, é de vital importância a apreensão de todos os elementos do processo de trabalho, como maneira de chegar a esta caracterização.

É bastante complicado para os trabalhadores enfermeiros discorrerem sobre seus instrumentos de trabalho. Isto porque este profissional está acostumado a fazer, a desenvolver a sua prática de enfermagem, sem o espaço ou o tempo concomitantes para reflexões sobre o que está sendo feito: como, para que e com o que.

Deste modo, muitas vezes, não se consegue a verbalização de todos estes elementos que fazem parte do processo de trabalho, a não ser através das entrelinhas das colocações feitas pelos enfermeiros, durante a discriminação das suas atividades no cotidiano de trabalho. Então, sobressaem, não somente estes elementos (objeto, instrumentos e finalidade), mas também a inter-relação posta no ambiente de trabalho, intermediada por eles.

Neste sentido, retorna-se ao elemento prescrição médica, embora, neste momento, a intenção seja mostrá-la como principal instrumento de trabalho da enfermagem. Já foi aqui colocado que é através deste instrumento que é “acionado” o trabalho da enfermagem e é por isto que é visualizado desta maneira, já que todo o trabalho da enfermagem hospitalar inicia pelo seguimento de uma prescrição médica, seja em trabalho direto, seja em provimento de condições para que o mesmo se realize e contemple as necessidades contidas nesta prescrição.

A enfermagem nos hospitais têm seguido este modelo assistencial, já bastante comentado anteriormente, com o objetivo de auxiliar os indivíduos a se restabelecerem de seu processo de doença. Vê-se o corpo doente e, a partir dele é estabelecido o que é necessário para retirá-lo do estado de doença. Para tal, a prescrição médica vem em primeiro lugar.

Na fala abaixo, vislumbra-se como a prescrição ocupa lugar principal na rotina diária do enfermeiro, fazendo com que as demais ações de enfermagem girem ao seu redor:

“Acho que a gente se apega muito à prescrição, para determinar o que a gente vai fazer, até talvez a gente dê uma maior importância a isso em primeiro lugar para o atendimento. Sempre eu gosto de ler a prescrição de todos os pacientes. Ai, eu vejo conforme as necessidades, alguma coisa que eu deva fazer, e eu estou sempre acompanhando o pessoal, vendo os procedimentos que eles estão realizando”. (Ent.7)

Vê-se que a prescrição médica funciona como eixo norteador para o desenvolvimento do processo de trabalho da enfermagem, já que é a partir dela que se originarão as atividades a serem desenvolvidas pelos trabalhadores e que se vai detectar a necessidade ou não da interferência do enfermeiro no processo mais direto ao paciente, que é o “cuidar”.

Na organização do processo de trabalho da enfermagem hospitalar, a prescrição médica pode ser um dos instrumentos de trabalho da enfermagem, mas não deve ocupar esta centralidade, como se não existisse mais nenhum outro, ou mesmo, como se neste momento houvesse uma troca dos elementos do trabalho, e a enfermagem estivesse sendo utilizada como instrumento para realização de outro processo de trabalho, ou seja, o trabalho médico.

Ao refletir sobre o trabalho da enfermagem, percebe-se que, embora desenvolvam-se as ações necessárias para este fim, o de contemplação do modelo médico, no desenrolar deste, vão surgindo outras necessidades, agora detectadas pelos enfermeiros e pela enfermagem em geral, e que não guardam relação com o trabalho médico. Diante disto, pode-se vislumbrar a enfermagem como tendo, dentro de seu processo de trabalho, parcelas dependentes, independentes e interdependentes de outros processos de trabalho em saúde. A enfermagem depende da prescrição médica para dar início a seu processo de trabalho. Pode, porém, seguir um rumo totalmente diferente deste, ao trabalhar com as necessidades dos indivíduos e realizar suas atividades direcionadas a eles, o que independe do trabalho de outros profissionais. Este é um componente do trabalho da enfermagem que se diferencia dos demais trabalhadores, favorecendo as modificações no modelo de assistência. Os enfermeiros já estão refletindo sobre estas necessidades, já que é o modelo vigente não vem satisfazendo esta força de trabalho, nem a clientela necessitada de atenção.

A tradução deste pensamento se estabelece, quando um dos enfermeiros entrevistados coloca a ideal finalidade do trabalho da enfermagem no hospital. Ela não faz parte da filosofia desta instituição particular estudada:

“A finalidade de meu trabalho no hospital deveria ser a assistência não só ao cliente, mas todas as pessoas envolvidas neste período que o paciente está atravessando, e seria então envolvido a família. Quando um membro da família adocece, a família entra num processo, não digo de adoecimento, mas muda a rotina familiar, então, acho que vale a pena investir na família, acho que a família merece. Vejo a família como uma coisa muito importante para o restabelecimento do paciente”.
(Ent.1)

E, ainda, quando outro enfermeiro se posiciona a favor de uma mudança quanto ao objeto de trabalho da enfermagem hospitalar, dizendo que:

“... o paciente não é uma coisa isolada, ele faz parte de uma família, faz parte de uma comunidade, um grupo, então ele não pode ser visto isolado como normalmente ele é visto. Eu acho que ele tem que ser integrado numa família, numa comunidade, e aí sim, ele ser visto como esse todo que ele é”. (Ent.6)

Diante disto, parece que já foi dado o primeiro passo em direção a uma possível mudança de modelo assistencial, pois está sendo remexido o próprio processo de trabalho, através da reflexão dos trabalhadores. Acredita-se que só é possível conseguir uma mudança/transformação neste sentido, quando houver sido detectada a necessidade, pelos próprios sujeitos do processo, os trabalhadores, que, então, sentem-se envolvidos de um lado e incomodados de outro, e se lançam a provocar o mesmo sentimento nos demais profissionais.

Esta é uma discussão necessária *a posteriori*, quando dispuser de maior número de elementos que venham a justificar e respaldar plenamente algo nesta direção.

Ao retornar a um dos elementos do processo de trabalho - os meios ou instrumentos que vêm sendo utilizados pela enfermagem do HU - é salientado pelos enfermeiros, como tendo uma importância geral no seu trabalho, a observação realizada durante o diálogo com os clientes. O diálogo é um instrumento de que se servem os enfermeiros especificamente, mais do que os demais trabalhadores da enfermagem e que lhes permite detectar, mais claramente, a prioridade na resolução dos problemas ou necessidades dos indivíduos.

O enfermeiro possui uma característica particular de, intermediado pelo diálogo, conseguir transpassar um sentimento de tranquilidade e de segurança ao paciente, demonstrando isto através de conhecimento e linguagem próprios. É um fato percebido no cotidiano de trabalho, que se visualiza quando, mesmo em momentos em

que o enfermeiro não se identifica (nome, função que ocupa), o paciente sabe diferenciar o tipo de profissional que o está assistindo. Isto advém da própria formação deste trabalhador, quando são construídos conteúdos de ética, comportamento, relações humanas, psicologia básica, administração, entre outros. O enfermeiro é alguém preparado para o exercício da função e que, por isto mesmo, deve valer-se de seu conhecimento na busca da melhor maneira de desempenhar suas funções e colaborar com a assistência geral ao paciente.

Então, buscando estes conhecimentos, deparou-se com um mais específico, que se deseja salientar, pois causou grande estranheza no decorrer deste trabalho e que se cita como o “educar”. O motivo deste estranhamento é porque, em nenhum momento das entrevistas realizadas com os enfermeiros do HU, foi levantada a hipótese de o enfermeiro ter responsabilidade com a educação. Note-se, não se está apenas refletindo o aspecto da educação para a saúde, em que os enfermeiros atuantes no hospital agem como se não estivessem comprometidos, já que se enxergam atuando somente em relação à parte curativa da assistência, separando totalmente prevenção e cura. O aspecto que se está referindo é quanto à educação em serviço, e à educação individual do próprio paciente. A colocação feita é a de que a enfermagem lida com dois processos: “administrar” e “cuidar”. “Educação” não é abarcado em nenhum dos dois, nem como meio de trabalho. Então, os enfermeiros não apontam este elemento como processo, nem como instrumento e muito menos como finalidade do trabalho.

Que quer dizer isto? Sabe-se que é um elemento importante na formação do enfermeiro e que permeia o currículo da enfermagem. Se este trabalhador teve o preparo necessário para o desenvolvimento de atividades pertinentes a este, por que então não o

desenvolve? Ou, se o desenvolve, por que este componente não se mostra no discurso destes trabalhadores?

Na posição, não somente de pesquisadora, mas também de enfermeira atuante no HU, pode-se partir do segundo questionamento, pois o “educar” faz parte do cotidiano de trabalho do enfermeiro também nesta instituição, embora não esteja sendo repassado nos discursos. Este componente se faz mais presente no aspecto de treinamento em serviço, quando o enfermeiro treina e educa os demais trabalhadores da equipe de enfermagem para o adequado desenvolvimento de seu processo de trabalho.

É uma educação contínua, mas como visa principalmente, treinar os trabalhadores para o correto desenvolvimento de procedimentos, torna-se meio de alcançar a finalidade do modelo clínico médico, vigente e hegemônico nesta instituição. Diante disto, acaba permanecendo na omissão, por não ser a atividade predominante da enfermagem, parecendo então como se não fosse desenvolvida.

Não há manifestação de sua existência concreta e o enfermeiro fala como se este elemento não estivesse embutido em suas atividades, colocando maior ênfase e valor nas atividades que são, para ele, reconhecidamente mais aceitas, como a realização de procedimentos técnicos, a observação do paciente e a organização da unidade para o adequado desenvolvimento das demais atividades. Assim, com isto, acaba reproduzindo mecanicamente o tão comentado modelo clínico médico, já que no desenvolvimento de seu processo de trabalho, se restringe à visão biológica do corpo e à abordagem clínica do tratamento, agindo como se a educação fizesse parte de um outro

modelo assistencial, atinente a outra espécie de instituição, como a Rede Básica de Serviços de Saúde³³.

Neste momento, a conclusão do estudo de Cezar Vaz (1989) em relação às ações de enfermagem serve para demonstrar o componente educativo um tanto quanto dissociado das demais ações, embora sua pesquisa tenha sido realizada com enfermeiras da RBS:

As ações administrativas são predominantes no dia-a-dia de trabalho, as ações de assistência direta à clientela são as preferidas entre os profissionais, idealizadas dentro das atuais determinações do processo de trabalho; e as ações pedagógicas³⁴, embora indiscutíveis à reciclagem e à manutenção de força de trabalho nas unidades de atendimento, praticamente não são realizadas (p. 167).

A posteriori, no decorrer da análise do processo de trabalho da enfermagem da RBS, certamente retornar-se-á ao tema, pois seu grupo de trabalhadores traduz este elemento como predominante nas relações de trabalho, contrapondo-se inclusive com o trabalho em instituição hospitalar.

Neste momento, em que se considera que tenham sido apontadas as percepções dos enfermeiros do HU a respeito de seu próprio processo de trabalho, relacionando os principais elementos julgados necessários quanto à caracterização de objeto, instrumentos e finalidades, passa-se a proceder a este tipo de análise em relação aos enfermeiros atuantes na RBS.

³³ No desenvolvimento da disciplina de Prática Assistencial, foi levantado este ponto pelos enfermeiros, de que as ações esperadas pelo grupo de enfermeiros hospitalares são voltadas para a cura somente, sem extensão à educação, à promoção e à prevenção.

³⁴ A autora inclui como ações pedagógicas, todas as ações de treinamento, formação e educação, dirigidas à força de trabalho da enfermagem, empregadas na rede de serviços.

5.2 - CARACTERIZANDO O TRABALHO DOS ENFERMEIROS DA REDE BÁSICA DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Aqui também a análise estará sendo procedida a partir da divisão feita por Castellanos et al (1989), dando continuidade à visualização do processo de trabalho dos enfermeiros, agora dos enfermeiros trabalhadores na RBS, na tentativa de compreender como se produz e reproduz o trabalho da enfermagem neste espaço institucional.

Foi realizada pelos enfermeiros uma clara divisão dos processos dentro do grande processo de trabalho da enfermagem. Ou seja, houve unanimidade em explicitar esta divisão em atividades administrativas, educativas e assistenciais, como nas falas abaixo:

“Abrange os três níveis: assistencial, educativo e administrativo”.
(Ent.2)

“O enfermeiro faz atividades administrativas a parte educativas e atendimento”. (Ent.8)

“Atividade administrativa, educação com o paciente e comunidade, e técnica”. (Ent.11)

No decorrer das entrevistas, há a percepção das atividades assistenciais, englobando os procedimentos em geral, como aplicação de vacinas, verificação de pressão arterial, administração de medicação, realização de curativos, nebulizações e controle de medidas antropométricas.

Como se percebe através do discurso destes enfermeiros, há uma clara separação entre as atividades desenvolvidas, o que se leva a pensar que, para estes trabalhadores, existem três distintos processos de trabalho: o administrativo, o

assistencial e o educativo. Porém, o que se concebe nesta explanação, é que os enfermeiros reproduzem o conhecimento adquirido através de sua formação profissional.

Neste rumo, o comentário de Cezar Vaz (1989), em relação às ações de enfermagem, mostra achados diferentes do que está sendo elucidado na prática dos enfermeiros neste estudo. A autora diz que: “As ações administrativas são predominantes no dia-a-dia de trabalho, as ações de assistência direta à clientela são as preferidas entre as profissionais, e as ações pedagógicas praticamente não são realizadas” (p. 167). Apesar de as ações administrativas realmente serem predominantes no cotidiano de trabalho dos enfermeiros, não há uma preferência pela realização das atividades de assistência direta. Como irá sendo percebido no decorrer do texto, é discutível até mesmo a questão das ações administrativas, pois a prevalência delas difere em cada local de atuação, dependendo das características da unidade de trabalho. Em algumas unidades, com acentuada demanda externa, os enfermeiros se percebem desenvolvendo grande quantidade de procedimentos de enfermagem, e em outras, com reduzido movimento de procura por atendimento, há maior tempo disponível para realização de atividade administrativa e de educação para a saúde.

No tocante ao processo de trabalho “**administrar**”, este é um componente geral do processo de trabalho dos enfermeiros da RBS, que predomina consideravelmente. Há unanimidade na afirmação de que as atividades administrativas têm peso mais elevado sobre as demais atividades desenvolvidas pelos enfermeiros, o que é determinado pela normatização de trabalho assumida na Secretaria de Saúde, como pode-se visualizar nas falas abaixo:

“E tu administra o posto também, toda a parte administrativa é tua, é responsabilidade e competência do enfermeiro. Tem até uma norma técnica do Secretário que diz assim: toda a parte administrativa e técnica é responsabilidade do enfermeiro. Então, o que acontecer no teu turno de trabalho, é tua responsabilidade”. (Ent.5)

“Tem toda a parte administrativa. A nossa função na Secretaria é técnica e administrativa. É responsável por tudo daquele posto. Controle de material do posto, manutenção do posto, toda a parte burocrática, como produtividade do mês, dos procedimentos, vacinas.” (Ent.12)

Através da explanação pelos enfermeiros de suas atividades, referiram ser: a manutenção das condições de higiene da UBS, a supervisão, o treinamento, a atualização dos funcionários (educação continuada), o controle de material, os relatórios englobando produtividade da unidade e das vacinas, os relatórios de toda a medicação utilizada no posto e do material utilizado durante o mês e, finalmente, os relatórios dos programas desenvolvidos na unidade de saúde. É, ainda, necessário o desenvolvimento de projeto para cada programa, com o intuito de garantir condições materiais para seu desenvolvimento. O projeto passa pela aprovação do Conselho Municipal de Saúde e, então, após deliberação, é repassada a verba necessária para o mesmo.

No momento da verbalização destas atividades, os enfermeiros não se posicionam contrariamente, não demonstram sentimento de rejeição em relação a elas, expressando-se de maneira que transparece inserção na rotina do seu cotidiano de trabalho, encarada como parte de seu processo de trabalho natural, como enfermeiros atuantes em uma UBS. São funções próprias do enfermeiro e desempenhadas com tranquilidade por estes trabalhadores. Neste processo de trabalho “administrar”, os enfermeiros sentem-se responsáveis pelo adequado funcionamento tanto da estrutura da UBS, quanto da organização das atividades assistenciais.

O processo de trabalho “administrar” parece ser predominante nesta instituição de saúde. O aspecto de gerenciamento das UBSs, é relacionado ao adequado funcionamento destas estruturas, tanto no aspecto de manutenção, quanto no de higiene. Vê-se que os enfermeiros encaram estas funções, as voltadas para o controle do ambiente, por exemplo, como sendo historicamente atribuídas ao pessoal de enfermagem, desde a institucionalização da prática de enfermagem com Florence Nightingale, embora organizadas de forma diversa nos diferentes contextos históricos. (Scochi, 1997)

Na citação de um dos enfermeiros inclusive, a parte administrativa é uma função clara do enfermeiro, o qual precisa ter um conhecimento geral da unidade para o alcance dos objetivos e satisfação das necessidades apresentadas pelos pacientes e equipe. Com isto, estes enfermeiros parecem ter claro a complexidade do trabalho em saúde, onde há uma divisão das atividades. Neste parcelamento do trabalho, ao enfermeiro cabe a concepção, ficando a execução para os demais membros da equipe de enfermagem.³⁵

“O enfermeiro faz atividade administrativa, administra aqui o posto, faz controle de material, controle dos funcionários, faz a parte de orientação dos funcionários, treinamento em serviço, que a gente vai fazendo, a parte educativa, de programas. E acompanha o atendimento, e tem dias que tu acaba fazendo de tudo (...) Mas a gente normalmente procura selecionar a nossa parte”. (Ent.8)

Ao constatar esse entendimento dos enfermeiros, é trazido novamente Castellanos et al (1989, p. 156), para reafirmar que no processo de divisão do trabalho, fenômeno de uma determinação social, “coube ao enfermeiro ‘conceber’ o processo de trabalho da enfermagem e ‘gerenciar’ as atividades executadas pelos trabalhadores

³⁵ A esse respeito, sugiro a leitura de Melo (1986).

parcelares do trabalho coletivo (cooperativo), ou seja, dos técnicos, auxiliares e atendentes de enfermagem.”

Diante disso, a supervisão desponta como outro instrumento importante de trabalho para a enfermagem que, com a assimilação deste processo, se faz presente no cotidiano dos enfermeiros. O caráter da supervisão, assumido pelos enfermeiros, está voltado para a qualidade e a avaliação do desempenho dos auxiliares de enfermagem, da mesma forma como o significado de supervisão encontrado por Almeida et al (1997), em estudo com enfermeiros da RBS de Ribeirão Preto. Estas autoras salientam ainda o controle realizado pelos enfermeiros, que seria no sentido de “fiscalização dos aspectos quantitativos, e de verificação da realização de atividades” (p. 96). Este último item não foi possível caracterizar através das falas dos enfermeiros no presente estudo, necessitando para isto um direcionamento que não se fez presente. No entanto, o aspecto qualitativo do trabalho dos auxiliares de enfermagem, sob supervisão dos enfermeiros, ficou ressaltado, principalmente, quando deixam transparecer preocupação com atividades de educação continuada e treinamento em serviço, como se percebe nas falas abaixo:

“Na unidade de vacinas, prá tu fazer um bom trabalho nos postos, um instrumento básico é o teu treinamento, porque se eu não sou bem treinada, como é que vou passar isso para minhas colegas e para os meus auxiliares. É como é uma coisa que muda muito, a maneira de aplicar, a dose, etc., a gente é treinado e depois passa para toda a equipe. É uma maneira de tu reciclar, o básico é tu treinar”. (Ent.5)

“A gente faz orientação dos funcionários, treinamento em serviço”. (Ent.8)

“A gente faz treinamento em serviço, pois a vacina mesmo, está sempre mudando. Eles têm muitas dívidas, ainda”. (Ent.12)

O treinamento, que aparece no discurso dos enfermeiros, na maioria das vezes, é relativo ao conhecimento necessário aos demais membros que compõem a equipe de enfermagem, com o fim de adequar estes trabalhadores para o desempenho de procedimentos.

A supervisão exercida pelo enfermeiro, sobre o trabalho desenvolvido pela equipe de enfermagem, o satisfaz, não transparecendo, então, o desejo de voltar suas atividades para o cuidado direto ao paciente. O enfermeiro atuante na rede básica entende a execução das atividades de assistência ao cliente, como a mais ligada ao restante da equipe de enfermagem, assumindo-a como função apenas em ocasiões esporádicas, como pode-se observar na fala abaixo:

“Às vezes a gente tem problema de não ter pessoal suficiente, o enfermeiro tem que dividir as tarefas com os auxiliares de enfermagem. Então, quando a gente vê, passou o tempo, tinha um monte de coisas para programar e não fez porque ficou dividindo o barco com o auxiliar de enfermagem”. (Ent.3)

“Tem dias que tu acaba fazendo de tudo, porque às vezes falta gente, e tá muito cheio, e tu acaba fazendo de tudo, injeção, vacina ... Mas normalmente, a gente procura selecionar a nossa parte”. (Ent.8)

“Agora estamos com pouca gente trabalhando, não tem auxiliar suficiente, então nós estamos pegando junto tudo o que aparece”. (Ent.11)

O significado da expressão “pegando junto” é atribuído à realização de procedimentos técnicos como curativos, administração de medicação, aplicação de vacinas, verificação de pressão arterial e outros.

De acordo com o sentido expresso no discurso destes enfermeiros, eles não visualizam, como sua atividade peculiar, a realização de cuidado direto, de procedimentos técnicos e se vêem desenvolvendo estes por necessidade momentânea do serviço como, no caso, por deficiência de recursos humanos. Este fato mostra a assimilação do processo de trabalho no seu sentido histórico e social, onde, como já

comentado anteriormente, se desvenda uma prática determinada pelas relações sociais próprias do sistema capitalista, e há uma divisão entre o trabalho manual e o trabalho intelectual³⁶. O enfermeiro assumiu a parcela do trabalho intelectual nesta conformação do processo de trabalho coletivo. Isto se mostra através das ações de supervisão, treinamento, elaboração de projetos .

Nas palavras de Leopardi (1991):

A atual estrutura da enfermagem em um sistema hierarquizado e heterogêneo, se funda num trabalho parcelar, cujo controle e organização pertence ao enfermeiro, que planeja e distribui a tarefa aos outros agentes, bem como a organização do ensino da enfermagem, desde que Nightingale fundou, em 1860, na Inglaterra, a Escola Nightingale de enfermagem.

O resultado da investigação de Cezar Vaz (1989) com trabalhadores de uma RBS, já comentado em relação aos enfermeiros do HU, traz que estes profissionais identificam-se mais com ações de cuidado direto, não concebendo as ações administrativas como concernentes à sua prática, apesar destas serem predominantes no seu dia-a-dia de trabalho. Os enfermeiros da RBS, abrangidos por este estudo, não parecem idealizar as ações de cuidado direto, mas sim assumir a predominância das ações administrativas como sua atribuição concreta.

Na assimilação desta nova organização do trabalho da enfermagem em que o enfermeiro foi perdendo o contato direto com o paciente, parece estar acontecendo que a sua função perante a clientela foi ficando pouco clara e confundindo-se com a função da enfermagem em geral, sem a especificidade do seu papel.

Na verdade, o que é caracterizado aqui como “a perda do contato direto” é, no devido à esta divisão do trabalho da enfermagem já comentado. Em que as atividades administrativas e de ensino ficaram como prerrogativas do enfermeiro e as atividades assistenciais como comuns a todos os agentes da enfermagem. (Silva, 1986)

O que se percebe diante disto e através da leitura de autores que discutem a historicidade do trabalho da enfermagem, como Silva (1986), Cezar Vaz (1989), Almeida (1991) e Leopardi (1991), é que o enfermeiro tem suas funções definidas, o que foi assegurado pela Legislação do Exercício Profissional da Enfermagem em vigor e, anteriormente ao sistema capitalista vigente, havia a realização de assistência de enfermagem por agentes diversificados, já que não havia a divisão técnica do trabalho da enfermagem.

Então, o que se traz para discussão neste momento não é a indefinição do papel do enfermeiro, que parece não ter assimilado as transformações efetivamente ocorridas na enfermagem pelos seus próprios agentes. Já que, de acordo com Silva (1986):

não se trata de uma indefinição de papéis, uma vez que estão definidos legalmente e de fato, mas, sobretudo, da postura ambivalente das enfermeiras brasileiras em relação a seu objeto de trabalho, em cuja raiz se encontra, possivelmente, um nebuloso temor à descaracterização profissional. (p. 122)

Neste aspecto, a fala que virá a seguir demonstra a ameaça que o enfermeiro sente pairar sobre si, fazendo com que sinta a necessidade de mostrar que, como o diz Silva (1986, p. 125), “o fato de o enfermeiro não dar cuidado direto ao enfermo ou ao homem sadio, não diminui a importância do seu trabalho que se vincula àquele cuidado visando zelar por sua qualidade.”

*“A gente sempre tenta mostrar para o cliente, que nós enfermeiros, com nível superior, temos essas e essas atribuições, temos um melhor nível de qualificação profissional (...) Então a nossa maior luta em relação a nosso cliente é mostrar o nosso papel dentro da UBS. Que não tá ali prá dar injeção, vacininha, orientar a mãe e deu. É muito além disso”.
(Ent.2)*

³⁶ Sugiro a leitura de Melo (1986), Silva (1986), Almeida (1991) e Leopardi (1991).

Nesta verbalização desponta a necessidade vista pelos enfermeiros da divulgação de seu papel na UBS, não somente em termos interinstitucionais, mas perante a comunidade e a clientela, que sente não ser sabedora do potencial deste trabalhador, e que os enfermeiros então empenham-se em mostrar.

No entanto, após a análise desta entrevista individual, é traçado um paralelo com o que foi manifestado na discussão coletiva, realizada na Prática Assistencial. Nesta etapa anterior, o posicionamento dos enfermeiros mostrava-se diferenciado, não sinalizando uma deficiência na questão da divulgação de seu trabalho, sendo declarado, inclusive, que o produto de seu processo de trabalho aparece espontaneamente. Esta discussão foi trazida na ocasião do relatório desta disciplina, quando então se discutiu o fato de que, no interior do processo de trabalho, se visualizam sujeitos que produzem, cujo produto é conseguido quando um objeto entra no processo e sai modificado. Então, não é espontâneo, é através do trabalho. (Kerber, 1997)

Em face do exposto, reflete-se a diferença encontrada no sentido do direcionamento da entrevista individual para o processo de trabalho, onde os enfermeiros sentiram-se mais envolvidos, em uma perspectiva de integração, manifestando, então, como estavam efetivamente visualizando seu trabalho.

É interessante refletir no aspecto emergido neste momento individual de divulgação do trabalho do enfermeiro perante a clientela. A qual trabalho desenvolvido os enfermeiros estão se referindo? Quais ações devem ser apresentadas à população, que esta ainda não conheça?

O mesmo enfermeiro citado reporta-se mais a programas, quando comenta as atividades que são desenvolvidas pelo enfermeiro:

“Aproveitar uma fila de espera para entregar a ficha e fazer daquilo um momento de descontração, uma oficina. Aproveitar as situações. A nossa população não tem uma consciência, que ela vai ao posto para assistir a uma palestra, para ir a uma oficina ... Então tem que aproveitar algumas situações para fazer daquilo um manejar, manejar a cabeça daquela população, e aos poucos ir implementando”. (Ent.2)

Que atividades devem ser esclarecidas à população acerca do trabalho da enfermagem? Estariam se reportando às ações programadas? Pode ser, pois acredita-se que se houver este entendimento por parte da população, de que as ações desenvolvidas na UBS são realizadas a partir de uma programação e que dentro delas insere-se o enfermeiro, fica claro para a comunidade o “dito” papel deste trabalhador.

Ao reportar-se a um momento anterior, relativo à exigência de um trabalho esperado por parte do enfermeiro, em termos da instituição Secretaria de Saúde, será possível perceber qual o trabalho desenvolvido pelo enfermeiro e qual trabalho este enfermeiro deve desenvolver? Estes trabalhadores entrevistados explicitam que se espera deles uma função administrativa na UBS e, ao mesmo tempo, têm uma expectativa em relação à clientela, que eles precisariam conhecer e que gostariam que esta, por sua vez, conhecesse o seu trabalho.

Nesta organização do trabalho da enfermagem, não são estas ações que a população precisa conhecer, em que o enfermeiro é o elemento que está por trás de toda a assistência realizada na unidade, quem faz com que tudo funcione da maneira como o cliente está acostumado. É necessário que este entendimento parta de atividades diferenciadas. Uma delas pode ser caracterizada pela alteração na demanda, pois a clientela procura atendimento na UBS para aquilo que conhece e que se traduz na consulta médica, em uma verificação de pressão arterial, na realização de um curativo, na administração de medicação, entre outros.

No momento em que houver ações diferenciadas por parte da enfermagem e que esta faça a busca da clientela, seu chamamento, não permanecendo somente ligado a uma demanda espontânea, então o enfermeiro, far-se-á conhecer e entender. Um exemplo seria o do cliente que procura a UBS e que faz parte de um grupo coletivo, que ultrapassa a sua questão individual, conseguindo experienciar outra situação, com outras pessoas, acerca de seu problema individual. Percebendo este trabalho coordenado e desenvolvido pelo enfermeiro, aumenta a dimensão da sua percepção em relação à enfermagem.

O enfermeiro, que é um profissional que tem preparo formal, com prática alicerçada no conhecimento, na formação direcionada, pode ser mais utilizado pela clientela. Esta não deve permanecer em uma posição de espera apenas pelo procedimento técnico de qualidade.

Entretanto, o preparo formal do enfermeiro não é suficiente para que a população utilize seu conhecimento. A população tem necessidades e para que estas passem deste nível, precisam ser transformadas em finalidades, dentro do processo de trabalho na RBS, senão vão continuar sempre no patamar das necessidades. Para que a clientela faça mais uso do trabalho da enfermagem, tem que haver uma organização de trabalho capaz de satisfazer as necessidades colocadas pela população. Acredita-se que é o enfermeiro que pode ser sujeito desta transformação, já que não há uma busca espontânea por atendimento diferente do que é oferecido pelos serviços de saúde.

Na verdade, não é de esperar que exista uma forma ativa de buscar atendimento. Quer dizer que, normalmente, a população se utiliza do que conhece e não reivindica diferentes ações, até porque nem imagina outras formas de oferta de trabalho em saúde. Daí a importância do enfermeiro desvendar novos trabalhos. Neste rumo,

retorna-se ao trabalho integrador como uma transformação na organização de trabalho da enfermagem, que consegue alcançar suas finalidades, partindo de necessidades da clientela.

Diante de todas as transformações pelas quais vem passando a sociedade, o trabalho em geral e o trabalho da enfermagem em particular, o trabalho integrador na enfermagem pode vir a ser o modo como a comunidade passe a ter compreensão acerca da figura do enfermeiro e das vantagens e benefícios que pode ter o trabalho deste profissional.

Buscando o conteúdo já explorado em capítulo anterior, as transformações no trabalho significam o movimento de produção e reprodução do próprio homem e das características fundamentais do trabalho, traduzidas em socialidade e historicidade. Quando o ser humano e, neste caso, o trabalhador enfermeiro, produz e reproduz o seu trabalho, ele vai transformando o seu ambiente, a sociedade e a si mesmo. Nisto reside a importância do trabalho e como tal deve ser entendido. Pode-se ter maiores esclarecimentos a respeito deste modo de ver o processo de trabalho nos estudos de Cezar Vaz (1989), Castellanos et al (1989), Almeida (1990), Leopardi (1991), Mendes Gonçalves (1994) e outros.

Neste momento, retorna-se à última fala, a respeito do “aproveitamento de situações” para o desenvolvimento do trabalho do enfermeiro.

Entende-se que o enfermeiro entrevistado demonstra a necessidade de extrapolar suas ações para além da rotina desenvolvida no seu cotidiano. Tenta buscar novas formas no fazer, porque tem a compreensão de que o seu trabalho vai muito mais além da demanda que busca atendimento na UBS. Porém, será esta a melhor forma de

ação, “aproveitando” espaços ocupados por ações de outros profissionais? Parece, a princípio, uma saída para um trabalho que vem se desenvolvendo baseado na demanda espontânea³⁷. Acredita-se porém, que as ações “deveriam ser” provocadas no sentido de criar e não de ocupar espaços.

Este tipo de situação, assinalado pelo enfermeiro, pode ser direcionado para a conquista de seus próprios espaços como, por exemplo, a triagem que encaminha clientes para consultas de enfermagem ou para grupos formados por aproximação de necessidades. Na verdade, até percebe-se um direcionamento outro que não a permanência neste tipo de ação, ao analisar-se a frase final do depoimento referido:

“... e aos poucos ir implementando.”

Ousa-se dizer que este trabalhador não permanece afeito a este tipo de ação isolada. No entanto, para elucidação a respeito, far-se-ia necessária a continuidade no assunto tratado, buscando extrair o conteúdo presente nas entrelinhas.

Neste mesmo sentido de criação de espaços, pode-se pensar também em uma vinculação entre o trabalho da enfermagem do hospital e o trabalho da enfermagem da RBS como uma das maneiras de alteração da demanda. Pode-se percorrer um caminho, que atualmente já é feito pela comunidade, mas um caminho de sentido inverso. A população, que deveria estar vinculada à organização de trabalho existente na UBS, busca atendimento hospitalar. Os trabalhadores da enfermagem do hospital podem se utilizar disto para reverter a situação e proceder ao encaminhamento do hospital para a RBS. Esta já seria uma forma de alterar a demanda que chega à unidade de saúde.

³⁷ Demanda espontânea é entendida como a clientela que busca assistência nas unidades de saúde, de forma livre, não programada, por conta e necessidades próprias.

Através deste instrumento de integração, a enfermagem atuante na RBS estaria se fazendo conhecer e alterando a própria organização do trabalho.

Relativo ao aspecto das ações educativas, relatado por Cezar Vaz (1989) como ações pedagógicas, percebe-se certa discordância de seus achados e o apregoado pelos enfermeiros da RBS, que se manifestam como desenvolvendo ações educativas voltadas ao aperfeiçoamento e reciclagem da própria força de trabalho. Porém, na descrição das atividades onde desponta intensamente este tipo de ação educativa voltada à manutenção e treinamento dos trabalhadores, há observância de poucas atividades voltadas à educação, no aspecto que tange a promoção e prevenção.

Uma conclusão a que se pode chegar é que a exposição feita é no sentido da reprodução de conhecimento, sem a reflexão sobre a realização destes processos no cotidiano de trabalho, porque, embora o discurso seja este, de uma divisão em assistencial, administrativa e educativa, na descrição das atividades, não se consegue visualizar esta definição clara de processos. As atividades se mostram todas entrelaçadas, porém demonstram seguir o modelo de saúde individual, com o elemento educação como instrumento, objetivando orientar cada cliente. Não se percebem ações direcionadas para a educação da coletividade. Na questão do processo de trabalho, a própria linguagem é uma terminologia utilizada por quem o entende, por quem usa este conteúdo a respeito do trabalho da enfermagem, dificultando a compreensão pelos demais sujeitos.

Por isto é que quando se deseja saber o tipo de processo de trabalho desenvolvido, fica mais fácil o acompanhamento das ações no cotidiano do trabalho para, a partir daí, o pesquisador transformar os achados em conteúdo de processo de

trabalho. Para exemplificar, deve-se refletir que a enfermagem não é vista por todos como trabalho e isto deveria ser o começo neste sentido.

Na análise sobre a formação acadêmica, inclusive, a questão é bastante diferenciada em relação aos enfermeiros do HU, que tiveram a mesma formação e não apontam a divisão da mesma maneira, deixando o aspecto educativo totalmente à margem de seu trabalho cotidiano ou, pelo menos, do discurso sobre o trabalho. Esta discussão será retomada em etapa posterior de análise conjunta, para a conformação do trabalho integrador.

Existe uma ênfase muito grande em relação ao elemento **educação**, sempre que os enfermeiros relatam suas atividades. Pelo tom empregado, este parece ser visualizado como um cuidado ao cliente. Então, pode-se cogitar que a educação seja um instrumento do processo de trabalho “cuidar”?

Segundo a linha de raciocínio seguido pelas autoras utilizadas como principal referência teórica, Castellanos et al (1989) e já descrito em capítulo anterior, no processo de trabalho de enfermagem no modelo de saúde coletiva, há uma divisão, basicamente, entre dois processos: o “administrar” e o “educação para a saúde”, não comportando o processo de trabalho da enfermagem “cuidar” da mesma forma como é feito no modelo de saúde individual, no qual este é o predominante juntamente com o “administrar”.

Castellanos et al (1989), não fazem esta mesma predominância no modelo de saúde coletiva, como já percebido, salientando mais o processo “educação em saúde” do que o “cuidar”.

Então, a educação seria um processo de trabalho no modelo de assistência à saúde seguido pelos enfermeiros atuantes em RBS, pois o entendimento geral que se tem é de que nesta instituição de serviço deve ser seguido um modelo de saúde coletivo, deixando o modelo individual para hospitais, clínicas e instituições do gênero.

Porém, não é este o entendimento que se tem ao “olhar” para o interior do processo de trabalho dos enfermeiros neste estudo. Este modelo não tem prioridade nesta instituição em particular. Parece que a predominância seja no modelo individual, como pode-se ver na leitura abaixo:

“O objetivo é a boa assistência ao paciente. E a gente sempre centraliza para isso. A parte da RBS é a prevenção, visando à prevenção do paciente. Toda essa parte educativa. O objeto é o paciente. E o que a gente quer é a parte da educação, uma parte mais diferenciada”. (Ent.3)

“Ser enfermeiro é saber dar uma boa assistência para o paciente, entender ele como ser humano, uma assistência seja num procedimento, numa orientação, tem muita falta de orientação, na educação, e o profissional enfermeiro vem com uma formação muito boa para isso. Ser enfermeiro é educar, orientar, e não olhar para a perna dele, fazer o curativo e esquecer o resto todo”. (Ent.5)

“O objeto de trabalho do enfermeiro seria a população, na parte de educação. De orientar eles”. (Ent.8)

“O objetivo maior é esse, educação para a saúde. Começar por aí. Conscientizar a população.”(Ent.12)

A educação parece permear todas as entrevistas, ocupando um lugar bem destacado. No entanto, na descrição das atividades desenvolvidas rotineiramente, não transparece que algumas destas sejam desenvolvidas através de alguma coisa a mais do que uma ação individual. O elemento educativo parece ser mais voltado ao sujeito individual, ao mesmo tempo que se enxerga o enfermeiro acreditando no seu papel de

educador. Pensa-se que a explicação para esta controvérsia está baseada na concepção dos enfermeiros a respeito do processo de trabalho de enfermagem em saúde pública, onde a reflexão é feita no nível do ideário dos enfermeiros, naquilo que acreditam ser o papel do enfermeiro de saúde pública.

Já em uma das falas é colocada a educação como objeto de trabalho. Esta é uma confusão de sentido dos enfermeiros em relação a objeto, pois pode-se utilizar a educação como processo, em que se tem um objeto para se direcionar e instrumentos utilizados neste objeto, no intuito de obter um resultado, um produto, ou utilizar-se deste elemento como instrumento de outro processo e que, no caso, poderia ser o processo de trabalho “cuidar”. Este tipo de confusão é justificável ao partir-se do fato de que estes trabalhadores não estão acostumados à linguagem do processo de trabalho e, para terem entendimento acerca do objeto de trabalho, seria necessária uma compreensão da própria prática de enfermagem enquanto trabalho, como já exposto. Já trazido anteriormente a abordagem de Rosa et al (1989), a respeito da indefinição das próprias teorias de enfermagem em relação ao objeto de trabalho da enfermagem. Isto se mostra novamente na incompreensão dos enfermeiros da RBS diante de sua prática, principalmente na relação objeto/finalidade e o próprio processo de trabalho. Então, no momento em que se faz a análise específica desta situação abordada, e se junta a fala dos enfermeiros com a sua ação, visualiza-se uma coisa sendo dita e outra coisa sendo feita, ou o contrário. Como há um entendimento de que o objeto deveria ser o coletivo, há um posicionamento em função deste. Significa dizer que, na concepção dos enfermeiros atuantes na RBS, o processo de trabalho deve ser voltado ao aspecto coletivo do processo saúde/doença, fazendo com que eles o verbalizem, mesmo que não consigam realizá-lo.

Porém, no decorrer da análise, entende-se estes enfermeiros como tendo grande compromisso com o processo de trabalho “educar”, através do qual tencionam atingir o objetivo de obtenção de uma clientela mais educada, ou seja, pessoas conscientes de si mesmas enquanto cidadãos e que têm condições de se cuidarem. Se os instrumentos disponíveis para utilização destes enfermeiros na RBS não conseguem a contemplação dos objetivos, advém este tipo de situação, no qual os enfermeiros têm uma compreensão acerca do seu trabalho, mas não conseguem viabilizá-lo por falta de instrumental adequado.

Neste momento, delineia-se um contraponto em relação ao modelo de trabalho em saúde coletiva, caracterizado por Castellanos et al (1989). Na análise do conjunto dos depoimentos dos enfermeiros da RBS envolvidos neste estudo, não se conseguiu visualizar o trabalho dos enfermeiros desenvolvendo-se da mesma forma que estas autoras. Na verdade, o que se pretende dizer é que, neste caso, nesta instituição particular (RBS de Rio Grande), a educação em saúde não vem se caracterizando como um processo de trabalho, com todos os elementos que o identificam, mas sim como um instrumento em um processo de trabalho, no modelo de saúde individual.

Sobre a educação em saúde, tem-se a constatação de Rosa et al (1989), em pesquisa acerca do desenvolvimento técnico-científico da enfermagem na década de 80, que diz: “Ainda que a educação em saúde venha sendo apontada como um possível processo de trabalho para o enfermeiro, um número maior de textos apareceu até 1979, e não nos anos 80, não se evidenciando nesta década como objeto de investigação” (p.112).

Neste aspecto, retorna-se ao tema “conscientização”, que surge como finalidade de trabalho da enfermagem. Acompanhe:

“A finalidade é conscientizar a população da necessidade de conhecerem o problema deles, saberem se cuidar ...” (Ent.11)

“O objetivo maior é esse, a educação para a saúde, conscientizar a população.” (Ent.12)

Diante do exposto e retomando o que já foi comentado anteriormente, transpondo para a enfermagem as idéias de Enguita (1993) acerca da consciência, infere-se que a enfermagem não pode ter como nível de atuação: a conscientização da população. Esta alteração, esta mudança de consciência que é ao mesmo tempo, condição para uma vida melhor e mais saudável, é também resultado da própria experiência e da realidade em que vive, o que faz com que aprenda a se cuidar, a viver melhor e ser saudável. O indivíduo deve ser levado à reflexão, pois na vivência da própria realidade, sente a necessidade de mudança e faz por si mesmo esta transformação.

Rosa et al (1989) referem que a consciência dos indivíduos se constitui como manifestação de suas relações em sua classe social sendo, portanto, histórica e socialmente determinada.

Acredita-se que o processo de reflexão está intimamente ligado ao processo de educação, na medida em que um produto educado pode ser alcançado através da reflexão individual e coletiva. Sob este aspecto, tem que se ter muito cuidado com os instrumentos utilizados neste processo, com as estratégias para alcançá-lo, com um processo de ensino-aprendizagem muito bem alicerçado no conhecimento não só do conteúdo técnico mas também, principalmente, na população, na clientela. Neste conhecimento têm que ser incluídas as necessidades da população, seus anseios, seu conhecimento da clientela/comunidade vinculada a cada UBS e serem construídas

estratégias que possibilitem adquirir este tipo de conhecimento. Nesta direção, deve ser utilizado o processo educação em saúde, uma educação que contemple os indivíduos/grupos sociais/população como sujeitos de sua própria educação.

Existem certas abordagens que têm pouco sucesso, como algumas palestras soltas ou orientações sem relações contextuais, que o cliente não tem condições de seguir ou mesmo assimilar. Um dos entrevistados relata algo neste sentido:

“Às vezes a gente avisa o pessoal: tal dia vai ter reunião do grupo de hipertensos para falar sobre dieta. Vão pouquíssimos. Eles acham que ir lá para ouvir ‘abobrinha’, que não pode comer sal e gordura, ficar incutindo aquilo na cabeça das pessoas. Tem que aproveitar os espaços, falar sobre a dieta mas não aquilo que eles ouvem todos os dias, usar alguma ‘artimanha’ para mostrar à comunidade”. (Ent.2)

Continuando na tentativa de caracterização do processo de trabalho, em particular dos enfermeiros da RBS, mostrar-se-á o entendimento que estes enfermeiros têm acerca do seu objeto de trabalho, no seu cotidiano nas UBS.

Percebem-se objetos diferenciados, em momentos diferentes, no dia-a-dia de trabalho destes enfermeiros. De forma destacada aparece como objeto principal, o paciente, o indivíduo, apesar do discurso de que o trabalhador atuante, nesta área específica, tem que se voltar para outra espécie de objeto. O objeto é visualizado mais claramente no momento da verbalização das finalidades do trabalho da enfermagem, como segue:

“Minha finalidade é prestar um atendimento qualificado, que atenda as necessidades do cliente. Mas acho que atender bem o cliente, ter as coisas básicas dentro do posto para dar condições da sua equipe trabalhar, e do cliente que frequenta teu posto ter um bom atendimento”. (Ent.2)

“O objetivo é a boa assistência ao paciente. E a gente sempre centraliza para isso. A parte da RBS é a prevenção, visando a prevenção do paciente. O objeto é o paciente”. (Ent.3)

A dificuldade em relação à finalidade aqui manifesta não é uma coisa estranha, fora do comum. Mendes Gonçalves (1994) já encontrou este mesmo resultado em sua pesquisa com trabalhadores da área da saúde (médicos, enfermeiros e outros), apontando a grande dificuldade que estes encontram em externalizar a sua concepção acerca de seu próprio processo de trabalho. Principalmente quando têm que dizer claramente com que objeto trabalham, em que se detêm, conseguindo-se somente percebê-lo através de uma análise mais acurada, no momento em que expõem as suas atividades diárias e o que acreditam ter como finalidade do processo como um todo .

Através do discurso a respeito de suas atividades, um dos enfermeiros salienta que um instrumento muito importante de ser utilizado pela enfermagem da RBS é a criatividade. Diz ele que é um instrumento de trabalho inerente a todo enfermeiro, que se faz imprescindível como meio de adequar o conhecimento às necessidades. O sentido colocado neste momento é de atuação frente a uma situação momentânea, como se pode notar:

“Que instrumentos a gente vai utilizar? O nosso conhecimento, que tem que adequar as nossas necessidades, principalmente ter muita criatividade, porque aqui passa por marés, né. Às vezes, a maré tá boa, tem tudo , solicita alguma coisa e é atendido. Tem outras vezes que não dá, tem que trabalhar com os recursos que tem. Conhecimento direcionado à saúde pública, criatividade, condições de adequar as situações”. (Ent.2)

Expressando o mesmo conteúdo tem-se outra fala:

“Enfermagem é uma arte. Tu tem que saber o que fazer, e como fazer, e sem muita coisa. Então é assim, realmente a enfermagem é tudo, tu tem que te preocupar com teu material no posto, pessoal, teus funcionários,

que quer folga e quer sair mais cedo, material que não tem, é paciente que vai chegar e não tem. Médico está chegando atrasado. Então, quer dizer que o enfermeiro tem que ser artista”. (Ent.3)

Quando o enfermeiro se posiciona a respeito da criatividade necessária para o desenvolvimento de seu trabalho, de suas ações cotidianas, ele não o está fazendo à semelhança com um artista, aquele profissional que cria e transforma, que tem na arte o seu trabalho. Esta metáfora utilizada está na direção de instrumentos de trabalho, que o enfermeiro refere nem sempre dispor. Ele necessita, então, trabalhar a partir do que se apresenta, sem inovações e sim adaptações.

Este entendimento da enfermagem enquanto arte difere totalmente daquilo a que Silva (1986) fez referência como sendo o conceito da enfermagem como uma arte, segundo Florence Nightingale, e que seria “atividade criadora e precha de imaginação, vinculada intrinsecamente ao sublime e ao belo.” (p. 105)

De acordo com Lunardi Filho (1998), em uma instituição de saúde, pode-se perceber espaços para o exercício de criatividade, mas que, porém, tais ações se revestem, muitas vezes, de um caráter de improvisação.

O enfermeiro tem potencial para utilização deste elemento criatividade na instituição de trabalho, porém, envolvido no modo como está a organização tecnológica do trabalho atualmente, acaba ocupando um grande espaço na resolução de problemas surgidos no dia-a-dia.

No entanto, em contraposição, na fala que virá a seguir, já se pode distinguir a criatividade no sentido de inovação, de criação de novos conhecimentos, não ficando restrita a improvisações no trabalho cotidiano, de realização de procedimentos e se

mostra em uma dimensão mais ampla, com vistas à obtenção de uma finalidade mais mediata e não imediata:

“O enfermeiro tem que ter conhecimento de saúde pública, criatividade, condição de adequar as situações. Às vezes, aproveitar uma fila de espera e fazer daquilo um momento de descontração, uma oficina. Aproveitar as situações”. (Ent.2)

Neste caso, o sentido da sua criatividade não está direcionado para a improvisação, mostrando o quanto a enfermagem pode inovar na busca de melhor alcançar seus objetivos, de atingir seus propósitos. De acordo com Bueno (1996), “Criar é transformar, inventar, produzir.” E improvisar é “inventar de repente, compor sem preparação, arranjar às pressas”. Neste sentido, mostra-se o enfermeiro lançando mão de uma rotina existente no serviço, para transformar suas ações e não inventando uma atividade repentinamente.

A situação apresentada deixa dúvidas, estimula um questionamento, no sentido de que a prática da enfermagem está organizada de uma forma, sistematizada e onde, de vez em quando, o profissional interfere nesta realidade de trabalho, modificando alguma coisa, provocando uma alteração para conseguir alcançar um objetivo.

No exemplo abordado pelos enfermeiros, como no caso de programas implantados, acredita-se que não existirá resolutibilidade se estes programas forem simplesmente implantados sem sustentação, sem conhecimento das necessidades da comunidade. Ficam sendo ações sem ligação com a realidade.

Em relação aos programas, os enfermeiros citam-nos como instrumentos de trabalho muito importantes, porém, dizem que nem todos eles são baseados em necessidades descortinadas no cotidiano de trabalho, através de uma investigação ou de vigilância epidemiológica. No relato destes enfermeiros, a maioria dos programas são

padronizados e determinados pelo Ministério da Saúde. Este sim se baseia em dados de vigilância epidemiológica do ano anterior e parte de índices elevados de algum problema detectado para implantação de um programa.

Os enfermeiros consideram que a enfermagem vem se desenvolvendo neste sentido, pois, há poucos anos atrás, o número de enfermeiros atuando na RBS era menor e estes trabalhadores permaneciam restritos aos programas determinados pelo Ministério da Saúde. Hoje, já houve uma modificação e já existe a criação de alguns programas por necessidades que os trabalhadores foram vivenciando no dia-a-dia, através do conhecimento e identificação de necessidades de grupos específicos da comunidade. Cita-se como exemplo os programas multiplicadores da AIDS e planejamento familiar, que são programas municipais. Um dos enfermeiros relata:

“Esse programa (do Planej. Familiar) partiu da gente. Nos postos se viu o alto índice de gestantes adolescentes, gestantes que não faziam vacina, pré-natal, não recebem nenhuma orientação sobre cuidados com o nenê, nada. Simplesmente engravidam, passam os nove meses, ganham o filho e deu. Isso tá errado. Ideal seria implantar o pré-natal e planejamento familiar, mas é difícil, a gente não tem recursos humanos”. (Ent.2)

Diante disto, destaca-se uma dificuldade para uma alteração na organização do trabalho da enfermagem, que se traduz em uma deficiência na força de trabalho. Todos relatam que este é um problema com o qual precisam conviver cotidianamente, e justificam, por este motivo, um não-fazer diferente, onde precisam se ater ao desenvolvimento de alguns programas exigidos, sem tempo e nem material humano para trabalhar.

“A gente não tem pessoal suficiente, o enfermeiro tem que dividir as tarefas com o auxiliar de enfermagem. Então, quando a gente vê, já passou o tempo, tem um monte de coisas que a gente tinha que programar e tinha que fazer, a parte da enfermagem mesmo, a parte da

assistência, fica saturada, porque a gente fica dividindo o barco com o auxiliar de enfermagem”. (Ent.3)

“Tá faltando gente, são muitos postos, dois postos funcionando 24 horas ... E para que os programas sejam bem desenvolvidos em cada posto, teria que ter enfermeiro o dia todo. E não é a realidade de nenhum posto”. (Ent.11)

“Eu não consegui fazer muitos grupos no meu posto por isso. Seis horas só não dá para fazer muito grupo e ter conhecimento da comunidade. Uma manhã é para coleta de CP, outra para gestante, outra é para adolescente, e tenho que dar tempo para o posto também”. (Ent.12)

Ao se permanecer ao lado do enfermeiro durante a sua jornada de trabalho, acompanhando-o, com certeza, concordar-se-ia quando ele se desculpa por não fazer outras ações, além das que realiza no momento. O enfermeiro se envolve com tantas e variadas atividades, e em período tão curto de tempo que, certamente, não existe uma viabilidade para outra forma de agir. Os próprios entrevistados apercebem-se disto, e salientam a necessidade de enfermeiro o dia todo em uma UBS, o que, como se pode observar através das falas acima, não corresponde à realidade atual da maioria das unidades de saúde.

Existe um emaranhado de atividades, procedimentos e também de idéias e vontades dos enfermeiros mas, o tempo é escasso. Portanto, há uma necessidade de sistematizar essas ações, de estabelecer as prioridades para o que deve ser desenvolvido e isto poderia se processar através de uma nova organização do trabalho da enfermagem da RBS. Os trabalhadores estão se mostrando incomodados com a situação vivenciada, e isto é um bom começo para mudanças, para transformações no próprio processo de trabalho.

Retornando à abordagem realizada no estudo de Cezar Vaz (1989), com enfermeiros de um RBS, ficou exemplificado que “o enfermeiro, normalmente, não planeja a assistência de enfermagem. Ostenta uma coordenação diretiva no sentido de contornar dificuldades imediatas de recursos humanos e materiais que surgem ...” (p.168)

Diante destas colocações, pergunta-se que concepção apresenta-se na organização de trabalho da Secretaria de Saúde? Fica a dúvida quanto a preocupação com o aspecto coletivo da saúde, pois parece que se espera que a atividade principal do enfermeiro seja o aspecto de gerenciamento das UBSs e o desenvolvimento de alguns programas básicos, sem investimento em outras especificidades da saúde coletiva. Outro fator, que aliado a este se reveste de um caráter questionador, é o fato de que um enfermeiro, em seis horas de trabalho, em atividades diversas, não consegue desenvolver ações que partam de dados de vigilância epidemiológica, que sejam reflexo das necessidades da comunidade, o que seria primordial para as demais ações a serem desenvolvidas.

A relação tempo/espaço de trabalho precisaria ser contínua, ou seja, o enfermeiro é um profissional imprescindível em todos os turnos de trabalho, no sentido de que ele tem capacidade de organização e planejamento de ações, mas que precisa de tempo e espaço para desenvolvê-las.

Por acaso, o potencial gerencial do enfermeiro, reconhecido pelos representantes da Secretaria de Saúde, não é justamente o fator que o posiciona neste patamar de atividades como instrumentalizador do trabalho de saúde coletiva? Não seria esta a intenção, ao solicitar o gerenciamento da UBS pelo enfermeiro, pela característica deste profissional poder levar à qualidade da assistência voltada para o coletivo da

comunidade? Ou será que os enfermeiros são percebidos pela direção das instituições de saúde da forma como Lunardi Filho (1998, p. 89) os descreveu: “como verdadeiras dádivas (...) geralmente nunca decidem, apesar de serem levados a se perceber e de serem exigidos como se fossem responsáveis por tudo?”

Resgatando o conteúdo abordado anteriormente a respeito das atividades do enfermeiro, da sua função gerencial, lembra-se que este mesmo trabalhador também visualiza a importância deste seu trabalho, deste seu papel, como forma de atingir uma ação coletiva em saúde. Então, algumas indicações parecem levar a esta compreensão, embora em alguns momentos se precise de maior aprofundamento, o que salienta a necessidade de um trabalho futuro relativo a instigar mais à reflexão do processo de trabalho em saúde coletiva dos enfermeiros trabalhadores na RBS.

Por outro lado, é feita uma análise da situação, no sentido de que, realmente, o predomínio do objetivo é para organizar o trabalho para a doença e não para a saúde, tanto é que até hoje a organização do trabalho nas UBSs tem como característica principal o pronto atendimento. Este modelo de atenção se baseia em queixas. O profissional pode até partir daí, mas sem se ater a isto. O cerne do trabalho, porém, é este. E tanto o é que, no discurso de que os pacientes devem procurar mais a unidade de saúde e não os pronto socorros e os hospitais, fica evidente essa linha de pensamento:

“Dizer que o PS é um ponto chave. Deixar mais para urgência e emergência. Pronto-Atendimento tem que ser nos postos, afinal de contas eles funcionam 12 h/dia e agora vai ter três funcionando 24 horas”. (Ent.2)

Isto vem confirmar o que foi comentado inicialmente a respeito do modo de fazer saúde pública. O Pronto-Atendimento foi um modelo criado para assistir a um maior número de pessoas, conseguindo um certo padrão de resolutividade. Alguns

autores, como Almeida (1991) e Campos (1991), discorreram bem a respeito deste modelo de assistência, sendo que o último autor citado se posiciona, dizendo que este modelo foi criado como artifício para viabilizar a extensão da cobertura, sem que o Estado precisasse ser obrigado a criar um Sistema Único e Público de Saúde.

Analisando, porém, a maneira como vem se desenvolvendo a saúde municipal atualmente, apesar de serem poucos ainda, aumentou o número de enfermeiros e auxiliares. Esta forma/organização de trabalho pode estar mudando.

Hoje em dia, que existe um SUS, continua havendo a predominância deste modelo assistencial. É o que se distingue através do discurso dos enfermeiros, quando descrevem suas principais atividades e o tipo de ações desenvolvidas em uma UBS. Em unidades mais calmas, com menor demanda externa, existe maior disponibilidade de tempo para o desenvolvimento de outras ações, agora com finalidades mais voltadas ao coletivo. Os enfermeiros apontam os programas como sendo atividades mais vinculadas ao coletivo, com finalidades coletivas. Sempre que este trabalhador se refere a algum tipo de ação de caráter coletivo, desponta o programa como referência. Percebe-se o grande valor atribuído a esta atividade, principalmente no âmbito da prevenção, que é um aspecto sempre salientado como necessário de se buscar. Baseados nisto, é que referem à preocupação com o desenvolvimento ou não destas atividades, quando, por exemplo, em unidades com grande movimento e procura por parte da clientela que busca atendimento, o enfermeiro, por deficiência de recursos humanos, se volta ao pronto atendimento e não desenvolve nenhum programa, como se percebe na fala abaixo:

“Neste posto, por enquanto, não tem nada, porque a demanda é muito grande, o serviço lá é dia inteiro, é curativo, é injeção, é PA. É um

Pronto Atendimento. Não dá tempo da gente desenvolver um programa". (Ent.11)

Diante disto, a enfermagem, a qual demonstrou em falas anteriores, preocupação com o componente "educar" e que passa uma concepção de saúde diferentemente trabalhada na RBS, e ainda que se posiciona afirmando que a população tem que deixar de recorrer demasiadamente ao ambiente hospitalar, para buscar a solução para seus problemas nas UBSs, pois aí é o local adequado para o pronto atendimento, ao mesmo tempo relata que, nas unidades onde há este tipo de serviço, não há viabilidade no desenvolvimento de ações programáticas.

Encontraram este mesmo tipo de representação Almeida et al (1997) ao analisarem os momentos do processo de trabalho, em estudo intitulado "O trabalho da enfermagem e sua articulação com o processo de trabalho em saúde coletiva - Rede Básica de Serviços de Saúde", onde relataram que "há a compreensão de que se a finalidade da UBS é só fazer pronto atendimento, não há como implantar os programas."

Através deste tipo de exposição reflete-se principalmente um aspecto importante no trabalho da RBS, que é a qualificação desta instituição para o atendimento das necessidades da população. Até mesmo porque, se a população busca os serviços oferecidos pela instituição hospitalar, é devido ao fato de acreditarem que este local tem resolutibilidade. Então, se a RBS estiver qualificada para a assistência da comunidade que gerencia e a população tiver ciência disto, vão se produzindo mudanças na própria concepção de local de atendimento de saúde.

No entanto, na atual perspectiva, parece que os enfermeiros têm um trabalho idealizado e um trabalho concreto. Neste concreto, no momento, não há muito espaço

para o esperado, o concebido como ideal, por uma série de fatores que fogem à alçada destes enfermeiros, como o déficit da força de trabalho. Então, junto com o fato de destacarem a necessidade de ações coletivas e que não estejam atentas puramente ao aspecto clínico biologicista da clientela, se deparam com a não concretização destas ações no seu cotidiano de trabalho.

Por que acontece este tipo de problema? Porque o Pronto-Atendimento é uma parte do trabalho da RBS, mas não pode ser o predominante. Como ele é a predominância, o enfermeiro, como parte desta instituição de saúde, acaba permanecendo em um emaranhado de atividades vinculadas a este modelo de atendimento.

Neste caso, insere-se também o componente político do trabalho que, segundo a abordagem já feita em etapa anterior, interfere sobremaneira no trabalho em saúde, direcionando o seu modo de desenvolvimento. De acordo com a estrutura do sistema, com as políticas de saúde, configuram-se as ações desenvolvidas pelos trabalhadores desta área. E, já que a política do município ainda está fundamentada a este tipo de atenção à saúde, que é o modelo de pronto atendimento, é este que passa a ser uma atividade predominante também dos trabalhadores da RBS, com certeza. É uma forma de trabalho a ser seguida e que acaba gerando o confronto direto com a idealização da enfermagem a respeito do trabalho em RBS. Isto passa uma idéia de confusão por parte dos enfermeiros a respeito, o que, na verdade, está explicado na conformação do Sistema de Saúde e no movimento que se verifica nele por influência das políticas sociais.

Quanto a isto, Almeida et al (1997) relatam que os motivos do pronto atendimento não

recai somente nos trabalhadores de saúde que prestam este tipo de assistência, e que precisa uma análise no sentido de que é preciso examinar qual o direcionamento político

que o Estado e os dirigentes do setor público de saúde estão dando para organizar a assistência em saúde no país de forma geral e, em particular, na rede básica de saúde de cada município. (p. 76)

Neste aspecto, ressalta-se também a produção esperada dos trabalhadores da saúde, a qual encontra-se interligada com os objetivos do trabalho da RBS do município e que, segundo ainda as autoras citadas acima, “se não há uma decisão política do grupo no comando da SMS sobre a finalidade das UBSs de acordo com a organização tecnológica do trabalho no direcionamento da saúde coletiva, o que sobressai e acaba sendo cobrado dos trabalhadores é de fato a produção em termos de quantidade”. (p. 98)

Baseado nestas colocações é que se acredita existirem várias possibilidades de um fazer diferente; mas as ações tornam-se bem mais difíceis, se as concepções de saúde, a política de saúde do município e do Estado não tem um caminhar paralelo aos ideais de trabalho dos profissionais envolvidos. Se a cobrança vem por um lado e os trabalhadores têm a ação realizada por outro, a ação conjunta das duas partes leva a uma sobrecarga de trabalho e os enfermeiros acabam ficando no meio deste emaranhado.

Diante disto, perante as condições existentes e vinculadas à RBS, aos enfermeiros não restam opções diferenciadas, pois eles estão posicionados justamente neste emaranhado de ações. O que se quer dizer, através desta reflexão, é que, para que as possibilidades tornem-se concretas, os enfermeiros têm que compreender o seu próprio processo de trabalho e repensar o modo como podem se organizar, o que, de uma certa forma, eles já estão começando a fazer, através da participação em estudos e pesquisas. Este não foi um elemento elucidado na análise dos discursos, mas sim pelo conhecimento da própria pesquisadora.

O que se percebe, não somente em relação às falas onde é externalizada a observância do modelo individual, mas durante a entrevista toda, é que a maior parte das atividades desenvolvidas pela enfermagem em uma UBS está voltada para a satisfação de necessidades individuais, muitas delas articuladas à consulta médica, como procedimentos de enfermagem auxiliares ao ato clínico.

Pode-se, neste momento, traçar um paralelo com o trabalho desenvolvido em nível hospitalar, em que há uma estreita articulação das ações de enfermagem com a prescrição médica, de forma semelhante ao que acontece com a consulta médica e o trabalho da enfermagem na RBS. Considera-se que isto seja um aspecto muito relacionado ao modelo de saúde adotado pelas instituições. As ações de enfermagem, como o diz Leopardi (1991, p. 47): “sempre se condicionam ao projeto definido pelo modelo médico vigente, uma vez que essa organização de trabalho se dá no espaço institucional de acordo com esse modelo”.

O que foi encontrado aqui corresponde a alguns achados feitos por Almeida et al (1997), em estudo a respeito do trabalho da enfermagem em uma rede básica de saúde, quando dizem que: “Neste tipo de organização tecnológica do trabalho, a consulta médica foi instrumento nuclear, e agregado a ela as atividades auxiliares que complementam a própria consulta, ou seja, a pré e pós-consulta”. (p. 88)

Confirma-se isto através das falas abaixo:

“As pessoas que passam pela consulta, todas passam pela enfermagem. Antes de passar no médico, a gente pesa, mede, conversa. O auxiliar também faz isso, porque em sempre a enfermeira pode, às vezes não dá”.
(Ent.8)

“A gente faz pré-consulta dos adultos e crianças. Adulto se verifica PA e peso. Conforme a característica dele (febre ou dispnéia) se verifica os

outros sinais. Criança é peso, altura e temperatura. Após a consulta, a gente faz os procedimentos que possa precisar”. (Ent. 12)

Este é um tipo de atividade, completamente dependente e agregada à consulta médica, que é um instrumento do modelo de saúde individual. Que necessidade tem a enfermagem de desenvolver este tipo de atividade? Só parece estar servindo para agilizar o trabalho médico. Embora seja um espaço que possa ser utilizado para orientações à clientela, poderia ser melhor utilizado, se tivesse uma organização de trabalho no sentido de uma consulta de enfermagem, independente e articulada ao mesmo tempo à consulta médica. A necessidade de resolução é que seria o indicador para o encaminhamento à mesma, se houvesse uma necessidade detectada, e que não pudesse ser acompanhada somente por estes trabalhadores.

Embora alguns autores tenham um posicionamento não muito favorável a este tipo de instrumento de trabalho, a consulta de enfermagem, como Almeida et al (1989), que questionam se este tipo de proposta “não se direciona para o lado contrário da reformulação da saúde, no nível da atenção primária, onde deveria prevalecer o modelo coletivo de saúde” (p. 56), acredita-se que, mesmo sendo esta um instrumento de trabalho do modelo de saúde individual, ao mesmo tempo, poderia ser utilizado no modelo de saúde coletiva. Não é uma contradição, é uma análise no sentido de que este instrumento possa ser utilizado como meio de atingir o coletivo, partindo do individual. O que não se justifica é que, em saúde coletiva, apenas se realizem ações que contemplem o individual.

Neste sentido, é trazida a idéia de Schraiber (1990), ao relatar que a prática da consulta é uma oportunidade de desencadear muitos outros movimentos no interior de um mesmo ato, e muitos outros atos no interior de uma mesma ação assistencial.

Mendes Gonçalves (1994) fez uma análise do trabalho dos enfermeiros, evidenciando, no grupo estudado, uma concepção acerca dos programas da Secretaria, em que a execução das atividades transforma-se de meio em fim. Apesar da referência do autor ser relativa à programas, também elucida esta prática desenvolvida pela enfermagem da RBS, em que, ao invés de se utilizarem da consulta como um instrumento, ou um meio de chegar à saúde coletiva, transformam-na em um fim em si mesmo.

Na direção do modelo de saúde coletiva, aparece um outro instrumento apontado pelos enfermeiros, que é revestido de grande importância neste sentido, a visita domiciliar. A visita domiciliar, entendida como a busca ativa da clientela, com propósitos investigativos e de vigilância epidemiológica, encontra-se desenvolvida muito raramente pelos enfermeiros atuantes na RBS. A este respeito, um dos enfermeiros responde:

“Aqui a gente não consegue, porque não tem muito tempo. Eu gostaria de ir nas escolas. O posto está sempre cheio. 4000 atendimentos ao mês, mais ou menos”. (Ent.8)

Novamente, há o confronto das atividades idealizadas com as atividades desenvolvidas no cotidiano, quando os enfermeiros visualizam o que acreditam ser o correto, o necessário, mas se deparam com a realidade, organizada de tal forma, que impossibilita as ações tidas como ideais. Há uma demanda espontânea muito grande para um pequeno número de trabalhadores atuando, o que exige ações voltadas para o imediatismo, para o atendimento desta clientela que busca a UBS.

Uma outra direção que se percebe, em relação às visitas domiciliares, é em relação a um elemento que se articulou ao trabalho da enfermagem há pouco tempo, que

é o agente comunitário. É uma categoria nova na enfermagem da RBS do município de Rio Grande, que foi assumido como sendo da enfermagem, passando a ser um componente da força de trabalho dela e, portanto, sob a coordenação do enfermeiro. O que o grupo de trabalhadores da enfermagem não está conseguindo realizar, por falta de tempo e recursos humanos, está sendo realizado por este trabalhador. Como se pode ver externalizando o enfermeiro a seguir:

“Tinha uma senhora que fazia curativo diariamente no posto e, de repente, desapareceu. Ai a gente chamou o agente comunitário para procurar. Qualquer problema que nós precisamos entrar em contato com a família do paciente, chamamos o agente e ele vai procurar. Assim como nas vacinas. As da Hepatite mesmo, o pessoal veio e fez a primeira dose. Fizemos um levantamento para ver quem não tinha feito a segunda, e a maioria não tinha. Chamamos o agente, que foi chamar. Na terceira dose, a mesma coisa. Então é a busca dos pacientes”. (Ent.11)

Embora este elemento esteja sendo utilizado na realização de atividades voltadas para o indivíduo, como a busca da paciente que deixou de fazer o curativo, como o cliente que não foi receber a segunda dose da vacina ou que não foi buscar o resultado de um exame, o que interessa examinar, aqui, é que as atividades de enfermagem estão sendo assumidas por outro elemento, que está sendo assumido como parte do trabalho da enfermagem. Aprofundar o que está sendo ocasionado com isto, ou os motivos deste processo estar se produzindo desta forma é um trabalho para ser desenvolvido posteriormente, já que extrapolaria os objetivos do presente estudo.

No entanto, cabe clarear a que têm servido as visitas domiciliares realizadas por estes agentes, as quais são mais relativas à recuperação da saúde de casos individuais; e quando relativas à prevenção, também se dirigem aos casos individuais. Não se está fazendo uma afirmação neste sentido, já que não se tem aprofundamento

neste assunto. O que se mostra é o que está sendo extraído das falas dos enfermeiros a esse respeito.

De qualquer forma, a visita domiciliar, que é um instrumento que, voltado para a saúde coletiva, pode se transformar em um forte aliado da enfermagem, é realizada de forma eventual por estes trabalhadores.

Outras atividades voltadas para a saúde coletiva, como o trabalho conjunto com escolas e outras instituições de serviço, não foram referenciadas, com exceção de um enfermeiro, embora este não o tenha colocado como fazendo parte de sua rotina de atividades, salientando inclusive que essa integração escola/UBS acontece muito raramente, por solicitação da escola, por algum problema detectado com as crianças, como se pode observar:

“Às vezes a escola pede para a gente ir lá avaliar as crianças com piolho. Mas eles fazem o pedido direto a Secretaria. Ai a gente vai ali avaliar para, depois, mandar o remédio dos piolhos”. (Ent.8)

As ações desenvolvidas na escola parecem não comportar um trabalho programático entre UBS e escola. Quando este trabalho se proporciona, é em função de problemas que são solucionados com medicamentos, no mesmo propósito de uma consulta clínica, atender e dar o remédio.

Pela natureza destas ações, a organização tecnológica do trabalho permanece direcionada para o modelo clínico médico de saúde³⁸, com as ações de enfermagem como parte deste trabalho.

Como o trabalho na saúde é coletivo e cada trabalhador ou cada ação são parcelares, como o núcleo do modelo é a consulta médica do tipo pronto atendimento, os outros trabalhos que aí são operados têm a finalidade de

³⁸ Para maior aprofundamento neste modelo de saúde, sugiro Breilh (1991) e Campos (1991).

auxiliar as ações médicas, ou seja, completar o pronto atendimento. (Almeida et al, 1997, p. 108)

Embora todas as evidências apontem para o processo de trabalho desenvolvido pelos enfermeiros da RBS como muito similar ao trabalho desenvolvido pelos enfermeiros do HU, há uma tendência em se acreditar que não, e que estes se desenvolvem de maneira muito diferente, com objetos, instrumentos e finalidades diferentes. Um dos aspectos que ficou bem claro neste sentido foi relativo ao saber necessário aos enfermeiros para atuação em uma UBS. Ao serem questionados a respeito da necessidade dos enfermeiros atuantes em hospital se instrumentalizarem para poderem atuar em saúde coletiva, houve quase unanimidade na afirmação de que isto é necessário. A seguir:

“Em primeiro lugar, querer fazer. Precisa de conhecimento específico, saúde mental, psicologia familiar, como abordar a família. Não dá para chegar lá, bater na porta e dizer: sou o enfermeiro fulano de tal, do hospital, e quero ver como o senhor está vivendo aí. Ir entrando. O enfermeiro conhecer o básico, entender o paciente fora do hospital, como abordar a família. Não tem como dizer que aquele procedimento que a família adotou está errado. É complicado. Por exemplo, criança deu alta do hospital, com Broncopneumonia, manda dar banho quentinho, tudo. Chega lá na casa e como? Não tem como. Aí tu chega a conclusão de que tu nem sabes como essas pessoas sobrevivem”. (Ent.2)

“Eu acho que tem todo um preparo. Por que, de repente, a gente não tá preparada para fazer este tipo de trabalho. Então a gente tem que pensar como é que vai fazer isso, como é que vai se preparar. Não é assim, saio da minha casa e entro na casa dos outros. Tem que ter todo o embasamento, a gente vai ter que trabalhar isso, né”. (Ent.3)

“Tem que ter treinamento específico. É diferente do profissional chegar lá no hospital e prestar assistência. Faz o que tem que ser feito e deu. Lá na família não, ele vai ter que orientar desde a dieta, medicação, retorno, e também ver os hábitos da família toda. Treinamento no sentido de que ele saiba a realidade que ele vai encontrar”. (Ent.5)

“O enfermeiro do hospital seria ótimo se fizesse um pouco de saúde pública. Ele precisa saber como é que se faz saúde pública. Vejo por mim, quando eu trabalhava em hospital, eu não sabia nada de saúde pública, sabia aquilo que a gente vê na faculdade, e vê muito pouco”. (Ent.11)

“Tem que ter um pouco de mudança nessa parte de coletividade, essa parte de trabalhar o indivíduo como um todo. No hospital é só indivíduo mesmo. Já na rede pública não. Tu trabalha paciente, mãe, filho, marido. É bem difícil”. (Ent.12)

Diante destas colocações, percebe-se claramente que o enfermeiro de saúde coletiva tem necessidade de conhecimentos generalizados, não bastando apenas o saber da clínica para o desenvolvimento de sua prática nesta área de atuação. O enfermeiro do hospital também tem, porém, o que está influenciando nesta necessidade de diferentes saberes é o modelo de assistência predominante na organização de trabalho. O treinamento colocado pelos enfermeiros é em relação a este conhecimento diferenciado. É um conhecimento de saúde coletiva que, como dizem Rosa et al (1989, p. 113), pode ser utilizado “tanto para o desenvolvimento de instrumentos específicos, que são gerados por conhecimentos relativos à esta dimensão do trabalho em saúde, quanto para a conquista de uma relativa autonomia.”

Apesar disto, o trabalho do enfermeiro no hospital não precisa ter o caráter enfocado pelo Entrevistado 5, com ações puramente técnicas. Mesmo nesta instituição de trabalho, apesar da predominância do conhecimento clínico, existem outras fontes de conhecimento utilizadas. Porém, esta é a idéia dos enfermeiros da RBS, que transpassou nos depoimentos acerca do trabalho do enfermeiro atuante em instituição hospitalar. Ressaltam-se colocações como esta:

“O hospital tem mais a técnica, procedimentos técnicos que o enfermeiro usa mais. Nos postinhos da rede ambulatorial a gente usa muito pouca coisa”. (Ent.8)

Como a saúde coletiva deve ter uma finalidade que abranja o coletivo e não somente a dimensão individual, entende-se que, para chegar a ela, se faz necessária a utilização de saberes outros como de sociologia, psicologia, filosofia, antropologia e, principalmente, relações humanas. E tem uma área que, aos poucos, vem se mostrando bem importante na enfermagem, que é a política. Cezar Vaz (1989) já constatava, em seu estudo com enfermeiros da rede básica de serviços de saúde, que o corpo de conhecimentos técnico-científico e administrativo não é mais suficiente para assegurar à categoria dos enfermeiros alta competência na assistência de enfermagem. Diz a autora que a este “deve-se agregar a competência política, que assegura uma consciência crítica ...” (p. 119).

Este aspecto, inclusive, se consegue observar como tendo sido despertado nos enfermeiros entrevistados, quando colocam, por exemplo, a questão da atuação do enfermeiro nos movimentos sindicais e associações de classe, como forma de ser mais participante e acompanhar as transformações que vão se dando na saúde em geral e que exigem transformações na enfermagem também:

“A gente tem que se integrar mais como profissional, fazer uma associação. A gente não é organizado socialmente. Falta estrutura de relacionamento entre os profissionais, não sei se é porque a gente não é organizado socialmente, não tem uma associação”. (Ent.2)

Castellanos et al (1989) lembram que:

o tipo de processo de trabalho do enfermeiro não é uma opção pessoal (da categoria e/ou do enfermeiro) mas sim é socialmente determinado” e, por isto, “encaminha para o fortalecimento da mobilização e das lutas conjuntas direcionadas para a conquista de melhores condições de organização dos serviços de enfermagem e de trabalho. (p. 163)

Acredita-se que a enfermagem deve ter um entendimento mais claro da organização tecnológica do seu processo de trabalho, individual e coletivo, e uma das

formas extraída da fala dos enfermeiros pode ser através da sua participação nestas entidades, já que isto possibilita o conhecimento do trabalho de outros profissionais atuantes em diversas instituições. Na realidade, o trabalho processado no interior de uma instituição não é conhecido e entendido pelos trabalhadores de uma instituição diferente. Isto é um fato que já havia ficado claro no trabalho desenvolvido na disciplina de Prática Assistencial, quando ficou constatado, pelos enfermeiros, o não conhecimento do trabalho uns dos outros.

Embora o envolvimento destes trabalhadores tenha sido direcionado para a sua participação em entidades de classes, pode-se pensar este aspecto em outra direção. Hoje em dia, é possível a identificação de um potencial muito importante no próprio processo de trabalho, ou seja, há um forte componente político de identificação de prioridades de lutas coletivas no cotidiano de trabalho. Então, talvez estes trabalhadores deversem se articular e entender o potencial existente. Busca-se a corroboração deste pensamento, nas palavras de Almeida et al (1997), ao ressaltarem que a reprodução social dos trabalhadores é realizada no trabalho e “é aí que as possibilidades e/ou impossibilidades se realizarão” (p. 101). Isto poderia ser obtido em termos de uma integração interinstitucional e sendo então participantes de organizações de classe no próprio trabalho.

E, já que despontou, neste momento, o desconhecimento de ações desenvolvidas, destaca-se que, na análise das falas dos enfermeiros, permanece a imagem do trabalhador em instituição hospitalar como centralizado em atenção curativa, e o atuante na Rede Básica de Serviços de Saúde centralizado na atenção preventiva. Este é um elemento salientado, porque é bastante expressivo da dicotomia que os enfermeiros ainda fazem a este respeito, separando estas duas dimensões de

atenção. Na maioria das entrevistas, isto não aparece verbalizado claramente, como demonstra a fala abaixo:

“As nossas atividades mais é assistência curativa, a gente está tentando fazer toda a parte de prevenção. O nosso objetivo é sair da parte curativa para a parte preventiva. Mais é a parte curativa”. (Ent.3)

Este trabalhador externaliza francamente o que está sendo reproduzido no seu meio de trabalho, antes que se precise chegar à conclusão de que é o que está sendo dito nas entrelinhas.

Ao final da Prática Assistencial com os enfermeiros da RBS, concluiu-se que para eles existiam dois modelos de atenção: o curativo e o preventivo. O primeiro era o modelo utilizado em instituições hospitalares e o segundo, em unidades básicas de saúde. Isto se confirmou também nas entrevistas individuais, inclusive fazendo esta separação, de que em uma instituição é um e em outra instituição é outro. Para estes trabalhadores, a prevenção tem que ser feita na Rede Básica de Saúde e a cura, nos hospitais. E por que existe ainda a tendência desta dicotomização entre cura e prevenção, em processos de trabalho que têm algumas diferenças, mas também algumas semelhanças? Por que ainda se mantém essa tradição de colocar o aspecto curativo dentro dos hospitais e o aspecto preventivo fora destes? As atividades desenvolvidas dentro destes é que fortalece essa divisão?

Tal concepção parece estar vinculada ao modelo clínico médico, o modelo de atenção individual, o qual coloca o hospital como local de cura das patologias³⁹. E, diante disto, se pode pensar que os enfermeiros estão repassando a concepção recebida

³⁹ Esta apresentação do hospital enquanto local de cura já foi feita por Almeida (1991), Leopardi (1991), Almeida & Rocha (1997), entre outros.

em sua formação, sem que isto tenha um significado maior em seu trabalho. A análise das falas dos enfermeiros não possibilitou elucidar este fato.

Almeida et al (1997), discutindo a representação das UBSs como prevenção ou cura, concluem que: “A representação da finalidade da UBS é tomada do ponto de vista da demanda efetiva que é atendida e aí a prevenção é compreendida como ação individual, não apontando para o objeto social da saúde coletiva” (p. 99). E continua: “A saúde-doença é tomada não como um processo, mas como se fosse possível separar nitidamente a prevenção da cura, em se tratando do ponto de vista individual” (p. 100).

A separação feita não é o entendimento próprio da investigadora, nem das correntes atuais de saúde coletiva, como já citado anteriormente no pensamento de Mendes Gonçalves, que faz uma abordagem no sentido dos modelos clínico e epidemiológico.

A colocação feita pelos enfermeiros é no sentido de que ainda realizam muitas atividades de atenção curativa e estão se posicionando contrariamente a elas como sendo ações de trabalhadores na rede básica de saúde. Não enfocam o seu trabalho como tendo parcelas de cura e parcelas de promoção e prevenção.

Mishima et al (1997) dizem que, contemporaneamente, tem-se trabalhado com a idéia de assistência integral como possibilidade de articulação entre as práticas de saúde pública e de assistência médica individual e não como simples presença de ambas em uma mesma instituição. Isto significa que nem a idéia de que são atividades que devam acontecer em instituições separadas, nem no interior de uma mesma instituição, mas desenvolvendo-se em direções opostas, deve ser aceita e sim que deve ser

viabilizada uma proposta de junção das duas práticas, não se conseguindo definir até onde vai uma e onde começa a outra.

Nas palavras de Mishima et al (1997) “A proposição básica é que os serviços de saúde possam centrar-se não apenas no modelo clínico de atendimento, mas trazer para a lógica e prática dos serviços outros instrumentos de trabalho tais como o planejamento e a epidemiologia” (p. 280).

Acredita-se que, mesmo quando se faz um atendimento individual, se tem o conteúdo da prevenção e da cura, nesse corpo individual. A cura ou a prevenção não devem limitar ou diferenciar a saúde coletiva e a saúde hospitalar. Em um indivíduo com uma doença, em que se tem o objetivo da cura, através desta, pode-se estar controlando e prevenindo outras pessoas de ficarem doentes; orientando e educando, se estará promovendo a saúde, não só individual, mas também coletiva.

No sentido de prevenção e de cura, de individual e coletivo, pode-se trazer o exemplo do programa de saúde da mulher, que é desenvolvido por meio de ações individuais, no modelo de consulta médica, onde, porém, lida-se com um estado anterior à doença, no caso o câncer de colo uterino. É um sentido diferente de prevenção, em que se trabalha com a situação de não-doença, objetivando promover a saúde ou, como coloca Cezar Vaz (1996), no processo de produção e reprodução de saúde.

Inclusive salienta-se que, através deste programa, os enfermeiros estão se mostrando, se fazendo conhecer, fazendo ver à população o seu potencial de resolutividade. Este fato transparece na fala de um dos enfermeiros, que coloca que a

clientela tem procurado mais pela figura do enfermeiro, sem a intermediação da receita médica:

“Agora é que o paciente está nos procurando sem receita médica, no posto, porque realmente a gente tá vendo, porque a gente conversa muito. Às vezes, chega paciente angustiado, sabe, para desabafar. Então, nos procuram. Até há um tempo atrás, eles nos procuravam com a receitinha lá, para fazer medicação, curativo, imunização. E agora, muitos nos procuram porque sentem aquele apoio. Já está mudando isso, a gente está conseguindo mudar”. (Ent.3)

Este apoio, salientado por este enfermeiro, é que faz-se necessário discutir. O que leva esta população a procurar este profissional? Acredita-se que o enfermeiro está conseguindo chamar a atenção desta população, no sentido de conseguir satisfazer necessidades, que antes só eram possíveis através da figura médica. Então, a clientela está sentindo na prática da enfermagem, um potencial resolutivo. E, através de quê, está mostrando esta capacidade? Parece que, uma das formas, é por meio do processo educativo desenvolvido pelo enfermeiro, neste espaço de atendimento individual e coletivo. O enfermeiro está se utilizando de um momento individual para conseguir reflexos na dimensão coletiva. É uma prova de que isto é possível, é viável, e dá certo, tem resultado satisfatório. Este aspecto de potencializar o coletivo através do individual encontra alicerce nos dizeres de Mendes Gonçalves (1994): “A orientação consciente das ações, se individual ou coletiva, terá ao mesmo tempo conseqüências e alcance diversos no plano individual e no plano coletivo.”(p. 73)

Vê-se este processo como um movimento, que vai se auto organizando, se produzindo e reproduzindo, na própria prática da enfermagem. Existe uma demanda espontânea que chega à UBS. Então, o enfermeiro pode oferecer, aí, um serviço, através do qual vai mostrando o seu trabalho, que tem principalmente o componente educativo.

Com isto vai satisfazendo as necessidades daquela clientela. Ele vai fortalecendo o seu papel, se mobilizando e se articulando, através do seu processo de educação.

Diante disto, um objeto de trabalho, que está sendo colocado no corpo individual, pode ter finalidades outras, por utilizar-se de diferentes instrumentos de trabalho e por conseguir alcançar uma dimensão coletiva.

5.3 - SALIENTANDO ELEMENTOS POTENCIALIZADORES DO TRABALHO INTEGRADOR

Feita a caracterização do processo de trabalho dos enfermeiros, tanto do HU quanto da RBS, com o objetivo de melhor entender e compreender o trabalho desenvolvido em ambas as instituições de assistência à saúde, passa-se a buscar, agora, ainda baseado na análise das entrevistas individuais, porém aliando a elas alguns aspectos salientados durante os encontros coletivos com os enfermeiros da RBS durante a disciplina de Prática Assistencial, um conteúdo mais direcionado para o trabalho integrador da enfermagem.

Neste momento, através do entendimento dos enfermeiros quanto à forma e ao conteúdo do que possa ser um trabalho integrador e partindo dos elementos próprios de ambos os processos de trabalho (HU e RBS), buscam-se os alicerces para ele nas semelhanças e diferenças que possam subsidiar este trabalho, mostrando assim as possibilidades e limites de um trabalho desta natureza. Aparecerão, **negritos**, alguns elementos considerados como potencializadores deste trabalho integrador.

Na Prática Assistencial, iniciou-se a refletir sobre o processo de trabalho desenvolvido em ambas as instituições, na direção de uma aproximação dos diferentes

enfermeiros para o trabalho integrador. E agora, que cada um dos enfermeiros fez a sua reflexão individual, que foi a questão mais discutida, tenta-se alinhar algumas noções a respeito deste projeto de trabalho proposto.

Os enfermeiros direcionam o seu entendimento acerca da integração para o lado de uma combinação, onde pode existir correntes de pensamento diferentes, mas que combinam entre si, têm harmonia em relação a um objetivo em comum:

“Integração é uma espécie de combinação. E quando se tem os mesmos objetivos, duas pessoas, duas correntes de pensamento, ou mais, não precisa ser só duas. Quando um grupo de pessoas, de trabalho, quando eles combinam, entram em harmonia, com um único objetivo”. (Ent.1)

“Integração para mim, é realmente trabalhar em parceria, trocar idéias, trocar informações, trocar conhecimentos, principalmente. Às vezes, um conhecimento que não é tão específico da área de quem trabalha em Saúde pública, e é específico de quem trabalha numa UTI, no hospital. Ele pode ser útil para mim. Aquele paciente que saiu da UTI e vai passar no posto para terminar o seu tratamento, eu preciso saber como ele evoluiu, prá poder orientar, os antecedentes”. (Ent.2)

“É união, é tu unir, somar conhecimentos. Por isso eu acho que tinha que integrar. Tu tendo um objetivo na mão, é tu somar conhecimentos, unir forças”. (Ent.4)

“Integração é trabalhar junto, integrar algum serviço, ou o trabalho dos enfermeiros. Prá mim, integração é trabalhar todos com o mesmo objetivo, que é o atendimento ao paciente. Mesmo que um faça de uma forma, outro faça de outra, mas de uma maneira integrada, interrelacionada a um objetivo comum”. (Ent.7)

“Integração para mim é uma união de conhecimentos, troca de experiências, com um objetivo comum. Objetivo comum é o que define o termo integração”. (Ent.9)

Neste sentido, é que trabalhadores de instituições diferentes, como de um hospital e de uma UBS, podem caminhar integrados, mesmo com parcelas de trabalho diferenciadas sendo desenvolvidas por eles, no seu local de trabalho. O que está se

mostrando através, principalmente da fala do Ent.7, levaria a pensar que a assistência individual seria a finalidade do trabalho. Parece que isto não corresponde aos fatos, porque, para este conceito, acredita-se que estes trabalhadores estão partindo de um pré-conceito, já elaborado mentalmente por cada um, através da visualização de um trabalho integrador realizado com um objeto que não o corpo individual, mas sim com suas relações, sua família. Percebe-se que o objetivo comum a que se referem, neste caso, já é a assistência ao agrupamento familiar.

Diante disto, percebe-se que estes trabalhadores já estão mentalizando este trabalho integrador e processando definições, instrumentos, método para viabilizá-lo. E que, mesmo antes deste trabalho existir concretamente, ser implantado funcional e organizadamente, ele já é bem concreto na idealização destes profissionais.

As relações sociais entre os diversos agentes, no processo de trabalho, vão sofrendo alterações conforme a necessidade apresentada. Neste caso específico, em que houve uma aproximação dos enfermeiros do HU e da RBS, em que foi estimulada a reflexão conjunta, após, a reflexão individual, foi se determinando um novo conhecimento, uma nova forma de enxergar o trabalho. Os trabalhadores começaram a explicar, em termos do que estavam idealizando e não nos moldes do que já estava sendo realizado. Foi uma concepção emergida das reflexões, por exemplo, acerca do objeto de trabalho, quando foi focalizado a família como principal objeto, o que, não é realidade em nenhuma das duas instituições.

Lana & Rocha (1997), em seu estudo sobre a organização tecnológica do trabalho em Hanseníase, referem que o trabalho se organiza para atender a sua própria finalidade e, pensando deste modo, os enfermeiros podem ir alterando e organizando o seu processo de trabalho, à medida que estão todos conscientes da necessidade de uma

mudança neste. E como vêem uma outra finalidade se mostrando, que é atender ao agrupamento familiar como modo de ter um alcance coletivo na manutenção das condições de saúde da comunidade, já se enxergam desenvolvendo este diferente trabalho, pois acreditam que “à medida que os obstáculos surgem e são transpostos com a criatividade dos agentes, o saber vai sendo questionado e reformulado na própria experiência” (Op.cit. p. 146). Pode ser percebido a necessidade de uma mudança quando, os enfermeiros posicionam-se a respeito de que o paciente não é um ser isolado, que deve ser visto em seu contexto, com sua família, seu ambiente. Isto significa que, o modelo de saúde atual, em que é priorizado o sujeito individual e doente, não está mais satisfazendo trabalhadores e clientela.

No que tange ao elemento **criatividade**, o mesmo despontou no discurso dos trabalhadores entrevistados muito no sentido de transposição de problemas e situações emergenciais, que se apresentam e têm necessidade de serem resolvidas. Até mesmo este tipo de situação, porém, acredita-se que tenha um aspecto favorável para a realização de um trabalho diferente do existente. Isto porque os enfermeiros estão acostumados a lidar com situações não padronizadas, que exijam atuação imediata. Então, não é o fato de um serviço novo ser criado ou transformado que irá dificultar o seu desenvolvimento. O papel gerenciador que os enfermeiros vêm desempenhando no desenvolvimento de suas atividades, tanto em instituição hospitalar, quanto em unidades básicas de saúde, os tem preparado neste sentido. Acredita-se que isto se deva, principalmente, a estes enfermeiros estarem sempre buscando uma melhor qualidade na assistência, que é o que parece levá-los a desenvolver tantas atividades e a preocuparem-se com tudo em uma unidade de trabalho, já que o conjunto de tudo é o que proporciona condições de assistência.

“A enfermagem é uma arte. Tu tem que saber o que fazer, e como fazer, e sem muita coisa. Então, é assim, realmente a enfermeira é tudo, tu tem que te preocupar com teu material no posto, pessoal, teus funcionários. Claro que visa o quê? O bem estar do paciente”. (Ent.3)

“Enfermagem é usar o bom senso para encontrar um meio termo, que tu nem fique fora de um trabalho em grupo, não vá ser uma opinião isolada, porque tu convive com isso, assim, não é permitido. Por exemplo, a história dos acompanhantes, não é permitido, mas, às vezes, pode ter certas exceções. Enfermagem é isso, tu encontrar um meio termo para tu suprir as necessidades bio-psico-sociais”. (Ent.4)

Esta perspectiva de qualidade estimula o exercício da criatividade na solução de problemas inesperados, possibilita a autonomia da manutenção da prática, de acordo com valores de sua profissão, e, neste sentido, decorre do compromisso do enfermeiro em termos profissionais e pessoais para com a profissão e para com seu objeto de trabalho (Trevizan, 1987, p. 206).

Baseado nesta característica, **do enfermeiro se comprometer firmemente com a busca da qualidade de assistência perante o seu objeto de trabalho**, é que se vê este elemento exigindo um trabalho integrador. O criar, tanto no sentido de inovar, quanto no sentido de transpor obstáculos que se apresentam, leva à possibilidade concreta de transformação do trabalho. Na busca do trabalho integrador da enfermagem destas duas instituições, HU e RBS, percebe-se a focalização desta característica do enfermeiro como mais um alicerce, nesta conformação do trabalho.

O sentido expresso nas falas de alguns enfermeiros da RBS tem uma conotação de inovação e de ultrapassagem de ações instituídas, o que não é demonstrado nos trabalhadores do HU. É o caso do aproveitamento do tempo e do espaço utilizado para atividades exigidas pela demanda espontânea, sendo direcionados para outras ações que, a longo prazo, tenham retorno no coletivo do processo saúde-doença, como no caso da clientela aguardando atendimento médico, ou de pessoas em filas de espera para tirar ficha para serem atendidas. Estes enfermeiros, que atuam em unidades básicas de saúde,

apesar de, na maioria das vezes, trabalharem com o mesmo objeto dos enfermeiros do hospital, utilizam-se de diferentes instrumentos de trabalho para conseguir alcançar este objeto, e da diferente exigência deste em relação aos profissionais do serviço. Este objeto, que é o cliente, o indivíduo, através de seu corpo doente, está no hospital em uma condição mais dependente dos profissionais, em uma atitude de espera pela assistência que o levará à solução de seu problema clínico, do que na UBS, em que ele também busca a solução de um problema, mas que, porém, este está se apresentando mais amenizado e o paciente encontra-se em posição menos passiva. Uma clientela mais ativa exige mais dos trabalhadores e estes, então, são impelidos à utilização de diferentes instrumentos para satisfação de suas necessidades. Já em um hospital, onde o cliente encontra-se em atitude de espera passiva pelo atendimento, não há uma exigência tão grande e, com isso, é menos uma motivação para o experimento de novos meios de trabalho e uso da capacidade de criatividade do enfermeiro.

A intervenção dos trabalhadores no processo saúde-doença do cliente pode se dar de diferentes maneiras, e esta integração almejada entre enfermagem do HU e da RBS, com o compartilhar destes instrumentos diferenciados, pode ser muito produtiva a ambas as instituições de saúde.

Diante disto é que a abordagem da criatividade vem possibilitar o trabalho integrador, nas relações de trabalho diferente e no aspecto da produção de um novo conhecimento, já que o enfermeiro vem apresentando esta característica de pensar em novas maneiras de trabalho.

Quando se fala em objeto como sendo os corpos individuais, nos remete ao modelo de assistência, que permite sua utilização dentro do processo de trabalho, que é o modelo de atenção individual. Na análise dos processos de trabalho dos enfermeiros

do HU e da RBS, percebe-se este modelo como sendo predominantemente realizado em seu cotidiano de trabalho. A diferença reside no fato de que no HU o modelo de saúde individual é o próprio processo de trabalho e na RBS este modelo de atenção individual é também um instrumento para o modelo de saúde coletiva. Isto porque, muitas vezes, é isto que os enfermeiros estão fazendo, ou seja, desenvolvendo atividades no âmbito do indivíduo, mas que visam atingir o âmbito coletivo, embora ainda, em muitas unidades de saúde, o modelo de saúde individual predomine como processo de trabalho desenvolvido, conforme análise dos depoimentos. Então, existe uma semelhança muito acentuada em relação ao trabalho que vem sendo desenvolvido pelos enfermeiros destas duas instituições.

Diante disto, poder-se-ia perguntar: Se os enfermeiros desenvolvem seu trabalho fundamentalmente alicerçados no mesmo modelo de saúde, para que juntar? Não se poderia continuar desenvolvendo o mesmo trabalho, cada um em seu lugar de origem? Sim, poderia. E provavelmente isto poderia se dar por muito tempo sem questionamentos. Porém, o trabalhador enfermeiro não pode ficar estagnado, sem acompanhar as transformações que vêm ocorrendo na saúde, sem opinar, sem contribuir nas novas necessidades de saúde que vêm se apresentando. Ou porque o modelo atual colocado não atende adequadamente nem ao individual nem ao coletivo.

Até porque o trabalho é semelhante, mas não é igual. Tem parcelas de semelhanças e parcelas de diferenças. E a contribuição que um pode proporcionar ao outro é importante para a saúde em geral.

Isto significa dizer que, para o trabalho integrador almejado, a pretensão não é só trabalhar com as igualdades, mas também com as diferenças, para que seja um

trabalho complementar, com ações semelhantes e ações diferentes, mas que se complementem.

Acredita-se que, hoje em dia, todos os trabalhos são necessários, assim como precisa-se de ambos os modelos de saúde, tanto o individual quanto o coletivo, não se devendo utilizar um ou outro isoladamente, mas sim fazer uma complementaridade dos dois. Se um indivíduo está doente, precisa-se do modelo individual, mas necessita-se também do modelo coletivo, para melhor atingir os objetivos. Esta complementaridade é que pode ser conseguida através do trabalho integrador da enfermagem, onde pode haver uma combinação de trabalhos, com troca de idéias, de conhecimentos, buscando novas formas de assistência, onde esta integração seja o pilar principal no trabalho da enfermagem. Porque, afinal de contas, não se precisa excluir um modelo em detrimento do outro; um modelo de assistência pode ser aliado a outro modelo assistencial sem perdas de nenhuma das partes; muito ao contrário, só se pode ter ganhos, tanto no sentido de aumentar conhecimento para a enfermagem, quanto para a saúde da população, que passa a dispor do trabalho destes profissionais mais equipados de saber.

Às vezes, para se alcançar um objetivo, pode-se desviar o caminho, tentar um outro rumo, mas sempre imbuídos da finalidade principal. No caso dos modelos de saúde adotados pelas instituições de serviço, para a viabilidade de uma mudança na forma de atendimento, talvez um modelo tenha que predominar sobre o outro, como no caso do atual projeto integrador, que tem como instrumento principal o atendimento domiciliar.⁴⁰ É um elemento que, *a priori*, baseia-se na assistência individual. No

⁴⁰ Atividade que parte de uma ação em um corpo individual, mas que é voltada para o modelo de saúde coletivo, ou seja, “com a percepção do processo saúde-doença tomando o corpo humano na sua dimensão coletiva, identificando grupos de risco, condições de vida, trabalhando dados de vigilância epidemiológica e sanitária” (Almeida et al, 1997, p. 107).

entanto, tem propósito mais amplo e que ultrapassa esta questão, visando uma integração entre a enfermagem e uma possibilidade da não permanência neste tipo de atendimento individual.

Recorre-se às palavras de Erdmann (1996) para corroborar o pensamento colocado: “A integração e a diferenciação são formas complexas de articulação, interpenetração/trocas e complementação o que não necessariamente implica em facilitar uma e sacrificar outra, em ganhar e perder e sim podem criativamente multiplicar ganhos ...” (p. 90) Esta colocação vem no sentido de que “não há uma única e melhor maneira de buscar as condições desejadas ...” (p. 90-1), pelo que se deve buscar formas de se obter estes ganhos no trabalho da enfermagem.

Acredita-se que, através do trabalho integrador, consiga-se provocar alteração nas alternativas de assistência/atenção à população, no movimento gerado pelo processo saúde-doença. Os trabalhadores da enfermagem podem ser mais sujeitos neste processo, e não simplesmente agentes à mercê da solicitação da demanda que busca os serviços.

Atualmente, a própria população busca o seu atendimento, provoca os serviços, através de suas necessidades. E os trabalhadores da saúde oferecem o seu trabalho para satisfação destas necessidades. O indivíduo se percebe doente e busca solução para seu problema. Se não a encontra, ele permanece em sua busca até encontrar. O que advém disto? Serviços com alta capacidade de resolutividade apresentam um índice mais alto no volume de atendimento. Isto justifica a procura por atenção nos hospitais, onde o cliente está encontrando a resolução esperada, já que aí se desenvolvem serviços especializados e se encontram recursos de atenção complexa. Só que, com isto, uma grande porcentagem de clientes, que não está necessitada deste tipo de recursos, está deixando de ser assistida nas UBS próximas a seu domicílio e, com isto, aumenta

sobremaneira a demanda hospitalar. Sabe-se que este é um caminho inverso, no qual só deveria chegar após esgotadas as possibilidades da instituição primária.⁴¹

Se a enfermagem unir as forças, envolvendo estas duas instituições através de seu trabalho, poderá conseguir que a população reflita a esse respeito e comece a fazer uso dos serviços de maneira mais criteriosa. Esta é uma possibilidade do trabalho da enfermagem e há necessidade de que os trabalhadores de ambos os lados estejam empenhados neste mesmo objetivo, pois o cliente, no vai-e-vem de busca por serviços, encontrará sempre a mesma resposta, a mesma orientação a seguir. Então, começa a enxergar, por força do trabalho dos enfermeiros e por seus próprios olhos, o rumo que vai orientar a manutenção e promoção de sua saúde. Porém, isto não quer dizer que seja o suficiente, pois a enfermagem também tem um limite para conseguir esta mudança, pois o trabalho na saúde é coletivo e envolve outras organizações de trabalho, não dependendo somente do esforço e do trabalho desta categoria.

No momento em que se aborda este aspecto do tipo de demanda, a procura por serviços, retorna-se a uma possibilidade pincelada anteriormente, na caracterização do processo de trabalho dos enfermeiros da RBS, quando é comentado a respeito da divulgação do trabalho da enfermagem para a população, a qual não pode buscar o que não sabe que existe. Fala-se da vinculação do trabalho da enfermagem do HU com a enfermagem da RBS, através da atenção domiciliar e como forma de alteração da demanda. O trabalho integrador pode perfeitamente ser utilizado para este fim, inclusive através de encaminhamentos da clientela, diretamente para a UBS, pelo enfermeiro.

⁴¹ Primária quer dizer principal, fundamental ou essencial, como diz a definição de Alma-Ata, e não inferior, pouco importante, elementar. A qualidade da atenção não tem a ver com o nível. (Nappi et al 1997)

Então, em vez de o enfermeiro ficar na UBS fazendo somente pronto-atendimento, assistindo àquela clientela que o procura, pode alterar a organização do trabalho, fazendo uso, também, de uma demanda programada. Uma das formas pode ser este encaminhamento, por parte dos enfermeiros atuantes no hospital para os enfermeiros atuantes na RBS, o que já se manifesta nas falas dos enfermeiros, no sentido de ter **referência e contra-referência**.

Neste aspecto, desponta quase sempre o sentido da proposta de integração visualizada pelos enfermeiros, como um trabalho combinado, conjunto, entre os profissionais, baseado na comunicação e fazendo um vai e vem entre as instituições de serviço, com trocas de conhecimentos. Pode-se observar esta lógica de pensamento nas falas abaixo:

“Se eu precisar de tal coisa para o paciente, tu vai tentar resolver. Só que a coisa tem que ser automática. Se a enfermeira do posto tá te mandando um bilhete, tem que tentar resolver, mandar a resposta. Tinha que ter uma comunicação maravilhosa. É isso que falta. Acho que a integração é isso”. (Ent.3)

“Integração é a harmonia entre os serviços. Serviços interagirem uns com os outros sem maiores problemas. Conseguir resolver os problemas de forma simples, tendo isso. Trabalhando junto, havendo até uma interdependência entre eles, um tem um tipo de serviço que o outro não tem, então se valem dos serviços para melhor atender”. (Ent.10)

“Integrar é caminhar juntos, num mesmo sentido. As estradas têm vários caminhos e, a integração é tentar, claro que cada um com suas características, o hospital tem as próprias, a rede tem as suas, mas integrar é tentar levar a saúde num nível melhor. Tu, dentro do hospital e depois passar para a gente na rede, para manter, fazer a cura, reabilitação desse paciente, e com o mesmo objetivo”. (Ent.12)

Refletindo estas colocações, tenta-se buscar sua origem no rumo tomado pela integração da enfermagem. O trabalhador da RBS, como é vinculado à Secretaria

Municipal de Saúde, encontra-se muito ligado às políticas sociais e de saúde, por elas terem reflexos diretos no seu trabalho diário. Diante disto, o norte para o trabalho a ser desenvolvido nesta instituição volta-se para as determinações, as diretrizes do Ministério da Saúde, através da sua política maior, seu modelo assistencial apregoadado, que é o SUS. Recorrendo à abordagem feita em capítulo anterior sobre este sistema, vê-se que, com base nos princípios do SUS,

a rede básica de serviços seria a porta de entrada do sistema, com resolutibilidade de suas ações, integralidade no atendimento, com sistema de referência e contra-referência, participação comunitária na gestão e mecanismos de planejamento e articulação inter-institucional. (Chirelli, 1995, p. 6)

Diante disto, imagina-se que, já havendo um direcionamento da saúde para a descentralização e hierarquização de serviços, os enfermeiros façam uma relação direta entre as diretrizes determinadas pelo SUS e qualquer outra sugestão de trabalho. Neste âmbito, aparece o sistema de referência e contra-referência, ligado ao trabalho integrador da enfermagem, como uma possibilidade concreta de se chegar a este sistema, que viria ao encontro dos preceitos desta instituição de saúde.

Através do trabalho integrador da enfermagem, abre-se outra possibilidade, requerida pelo sistema de saúde, a de realização de **articulação interinstitucional**. O sistema prega esta forma de organização de trabalho como meio de atingir a saúde coletiva. O enfermeiro, através de seu próprio trabalho, pode dar início a esta articulação, mostrando novos rumos de se fazer saúde e, aos poucos, ir engajando os demais trabalhadores, de ambas as instituições, neste mesmo sentido. O trabalhador dá início, através de sua ação, ao trabalho integrador, realizado por meio da atenção domiciliar, que pode ser meio para outras ações da própria enfermagem, no desenvolvimento de outros objetivos. Também pode sensibilizar outros profissionais da

saúde, não permanecendo este tipo de organização de trabalho como um produto final e acabado, que não pode mais sofrer interferências e transformações.

Na organização do trabalho, todas as ações realizadas não devem se manifestar como um fim em si mesmo, como são as atividades desenvolvidas na maioria das instituições de saúde. Devem lançar seus braços em todas as direções, abarcando outras ações e elas próprias irem se transformando e produzindo novas e variadas ações. Cada ação desenvolvida por um trabalhador deve ser meio para outra ação, para outro trabalho e não permanecer estagnada como se somente servisse ao primeiro objetivo visualizado. Esta visualização do movimento do processo de trabalho é feita por Cezar Vaz (1996), nas seguintes palavras:

A expressão organização do trabalho infere algo, no sentido de uma corrente de conscientização que penetra e subordina o conjunto de ações que constitui o trabalho em que cada uma dessas ações é concebida como existente somente por meio de outras e para as outras e o todo do trabalho, ou seja, essas ações realizadas são, ao mesmo tempo, meios e fins, uma com respeito à outra e todas com respeito à totalidade do trabalho. (p. 106)

Isto se justifica, quando se fala em necessidade de uma nova organização do trabalho da enfermagem, baseado neste movimento do processo de trabalho, em sua conformação social, que não tem se refletido no cotidiano dos enfermeiros, principalmente daqueles que atuam no HU, já que as atividades desenvolvidas ali estão no âmbito curativo, imediatista, sem relações contextuais. Nenhum trabalho em saúde tem o direito de se fechar em si mesmo, como na fala expressa a seguir:

“No hospital eu sempre achei que é curativa mesmo, aquele momento e deu. Na saúde pública não é só isso, o paciente, e nem pode ser, porque às vezes o paciente entende, ele sabe da patologia, sabe o que não deve fazer, o que não é bom pra ele, só que a família não acredita muito, ou não liga. Na saúde pública é o paciente com a família sempre”. (Ent.11)

Não é uma fala de um enfermeiro trabalhador no HU, mas traduz, por mais que não se queira admitir, o trabalho desenvolvido nesta instituição. Deduz-se que esta seja uma das causas de os enfermeiros encontrarem-se em uma situação de tanto inconformismo, de insatisfação e de desânimo diante de seu próprio trabalho, já que não vêem retorno. Os pacientes vão e voltam sempre com os mesmos problemas. O enfermeiro não consegue interferir no processo saúde-doença da população. Como o mundo está sempre mudando e a situação da saúde sofrendo constantes transformações, o enfermeiro agora pára e vê seu trabalho sem se modificar e acompanhar a mudança, continuando a ser realizado nos mesmos moldes que têm sido ditados historicamente pela enfermagem⁴², e não atendendo às necessidades de saúde daquele sujeito que procura os serviços.

A realidade, vivenciada pelos enfermeiros, vem descortinando uma série de reflexões por parte deles, no sentido de repensar o próprio trabalho. A empolgação demonstrada ante a realização deste trabalho integrador da enfermagem é reflexo disto. O desejo de transformação, a ânsia de mostrar o quanto a enfermagem pode contribuir no complexo saúde-doença da comunidade faz, inclusive, com que os enfermeiros não visualizem muitos impeditivos para a concretização deste tipo de trabalho:

“Eu particularmente, não vejo dificuldades nenhuma. Mas tenho certeza que aparecerão dificuldades, tipo assim: elas ganham mais que a gente, não tem tanto serviço como a gente, só ficam ali na unidade delas seis horas, coisas assim, que são só prá depreciar o trabalho do enfermeiro. Coisas mínimas, não tem porque. A gente não pode se deixar levar por isso. Basta a gente se estruturar, seja através de rotinas, formulários de referência de uma unidade para outra ...”. (Ent.2)

“Eu não vejo nenhuma dificuldade, porque o conhecimento que eu tenho de alguns profissionais que atuam na rede, é justamente tentar se

⁴² A respeito da história da enfermagem, ver: Silva, Graciete Borges da. A enfermagem profissional: Análise Crítica. Ed. Cortez. São Paulo, 1986

comunicar mais com o pessoal hospitalar, assim como os enfermeiros da rede hospitalar tentem também estabelecer alguma relação quando ocorrer a chegada de um paciente que em alguns momentos, acha-se que poderia ter sido atendido na Rede Básica de Saúde”. (Ent.9)

“Não vejo dificuldades por parte da instituição nem da equipe também, desde que tenha a equipe. Acho que a dificuldade mesmo é de recursos humanos, tem que ter pessoal”. (Ent.11)

No relato daqueles que vêem a possibilidade do surgimento de algumas dificuldades, ao mesmo tempo percebe-se que imaginam soluções e refletem como problemas temporários, o que não significaria um empecilho no desenvolvimento do trabalho:

“Para promover este trabalho, nós precisamos nos organizar. Mas acho que uma coisa muito importante a gente tem, que é a vontade de fazer. Quando a gente tem vontade de fazer, a gente procura os meios”. (Ent.1)

“Acho que a gente tem que conversar e engrenar. Não importa que um seja do hospital e outro da rede de saúde, a gente está fazendo o mesmo trabalho, tem que coordenar as mesmas idéias, falar a mesma linguagem. Acho que a gente tem que tentar. No momento que tentar, que conversar, que sentar, a coisa sai”. (Ent.3)

“Acho que a princípio vai haver dificuldades, resistência por parte dos profissionais, mas até acho que essa resistência tem que trabalhar, porque assim, tem enfermeiros que resistem à coisas novas, mas quando tu começa a conhecer, tu começa a gostar e começa a te integrar. Mas acredito que com o decorrer do trabalho, que é um trabalho muito bom, tu entende a necessidade”. (Ent.4)

No contexto do discurso destes trabalhadores há uma atitude de busca de alternativas para exercer o seu trabalho, há uma busca de novos conhecimentos e vem no sentido de uma integração. Quando Fazenda (1993) enfoca o conteúdo da interdisciplinaridade, ressalta que é necessária uma

atitude de reciprocidade que impele à troca, ao diálogo com pares idênticos, com pares anônimos ou consigo mesmo; atitude de humildade diante da

limitação do próprio saber; atitude de perplexidade ante a possibilidade de redimensionar o velho; atitude de envolvimento e comprometimento com os projetos e as pessoas nele implicadas; atitude, pois, de compromisso de construir sempre da melhor forma possível ... (p. 13)

Acredita-se que, neste momento, há esta atitude presente nos enfermeiros. Há esta vontade de integrar, de trocar conhecimentos, de trabalhar juntos para uma nova construção profissional, na direção de que este tipo de trabalho “não pode ser um redutor, que vise encontrar um denominador comum, mas sim um princípio ou método que explore a diversidade e a criatividade”. (Santos, 1997, p. 158)

Para validar esta idéia de interdisciplinaridade, de integração interinstitucional, enxerga-se um elemento bem salientado no trabalho dos enfermeiros, que se caracteriza como a **capacidade que o enfermeiro tem de servir como mediador de seu próprio trabalho e elemento mediador dos demais trabalhos da saúde⁴³, de elo de ligação entre toda a equipe interdisciplinar**. Este já foi um elemento que se tinha em uma percepção clara no cotidiano de trabalho enquanto enfermeira hospitalar, e que se afigurou mais na consecução da Prática Assistencial e, em seguida, corroborou-se através dos depoimentos individuais dos enfermeiros, tanto do HU, quanto da RBS:

“Uma das finalidades do trabalho é a gente ser o elo de ligação entre todos os profissionais que trabalham com o paciente. Fica tipo um meio de campo, articulando para que as coisas andem em função do paciente. A prioridade acho que é a assistência ao paciente, e enxergar tudo o que os outros não enxergam no paciente, o enfermeiro tem que enxergar. Enfermeiro é o profissional que lida com todos os profissionais, acho que ele é o elo de ligação com todos os profissionais. Até mesmo pela experiência que a gente tem, porque fica muito difícil assim, tu fica como ponto de contato de todos os funcionários. Tanto o pessoal de limpeza, o pessoal de almoxarifado ... Pela prática que a gente tem, acho que não tem outro profissional que seja adequado para esse cargo, esse elo de ligação, entre o médico e o a administração, entre almoxarifado e todos os setores do hospital, e entre os auxiliares”. (Ent.4)

⁴³ A abordagem deste papel, que o enfermeiro vem desempenhando, também é abordado por Leopardi (1991).

“Enfermeiro é uma integração de tudo, é o que vê tudo. É o que está mais presente dentro da equipe de saúde. o enfermeiro é o que integra tudo, integra médico, integra auxiliar, integra comunidade. É uma peça principal”. (Ent.8)

Este tipo de achado aparece nos depoimentos dos trabalhadores de ambas as instituições de serviço, HU e RBS, como se pode perceber no exemplo das falas acima, a primeira, de um enfermeiro atuante no HU e a segunda, de um trabalhador da RBS. Neste sentido, é preciso refletir: O que o enfermeiro tem que o caracteriza assim? O que o faz ser este elemento articulador de todo o trabalho na saúde?

Estas referências a este trabalhador como “elo de ligação” entre todos os demais trabalhadores de saúde, aparecendo em ambos os lados, leva à hipótese de ser um elemento da formação do enfermeiro, algo que está sendo repassado academicamente, pois, se não o fosse, despontaria em um ou outro trabalhador e em alguma instituição específica de saúde, e não na quase totalidade dos discursos de ambas as instituições estudadas. Então, os enfermeiros estão sendo preparados para exercer um cargo que congregue a instituição de trabalho, talvez até pelo aspecto gerencial esperado de todos os enfermeiros. Como ele tem que ser um gerente de toda a sua unidade de trabalho, quem tudo sabe e tudo resolve, funciona como este articulador. Cada um dos demais membros da equipe de saúde tem sua função específica e permanece como se tivessem um círculo sobre si mesmo, limitando claramente o seu campo de ação. O enfermeiro não. Ele adentra no campo de ação de outros profissionais, num constante ir e vir. O enfermeiro tem conhecimento, embora limitado, de várias áreas da saúde, e acredita-se que isto faz com que ele tenha esta abertura com a equipe, traduzindo-se neste “elo de ligação.”

Lunardi Filho (1998), explicitou algumas características do enfermeiro, que o qualificam para a coordenação geral da assistência de saúde, das quais: “ser o detentor

da quase totalidade das informações relativas às condições do ambiente do trabalho e do processo de trabalho assistencial; ser o organizador do ambiente de cuidado, ser o guardião das normas e rotinas institucionais e ser o organizador da assistência”. O autor refere que a presença e a convergência destas características do seu trabalho o colocam em uma posição de centralidade no contexto organizacional e assistencial, o que “configura-o como o elemento de referência para os demais profissionais e usuários do setor ou unidade que atua”. (p. 277)

Aborda-se esta característica do enfermeiro como mais um alicerce para o trabalho integrador. O enfermeiro pode utilizar este potencial de unir as categorias, de articular os trabalhos, para congregar o restante dos enfermeiros e, posteriormente, trazer para o interior deste trabalho outros profissionais.

Se o enfermeiro, como representante da questão da enfermagem em uma unidade, pode fazer a junção, a conexão de um determinado trabalho, isto significa que diferentes enfermeiros, trabalhando conjuntamente, podem ser o elo integrador em diferentes espaços.

Considera-se o enfermeiro como peça chave para esta articulação. O momento atual parece propício, já que os membros que compõem a Direção das instituições de serviços de saúde ora envolvidas neste estudo, ou seja, o HU e a RBS, segundo os próprios enfermeiros, apresentam-se receptivos à enfermagem com uma administração participativa e oferecendo crédito ao potencial de trabalho dos enfermeiros.

Sabe-se que, na história da enfermagem, este é um trabalho que não explicita seu conteúdo político, nem autonomia no desenvolvimento de suas atividades. Porém, este trabalho tem condições de ser desempenhado de forma autônoma e independente,

desde que exista essa atitude por parte dos próprios enfermeiros, com o intuito de poder pleitear condições de realização de suas ações e ter argumentos suficientes para isso.

Neste sentido, Chianca (1994) afirma que:

A solução para a crise do sistema de atenção à saúde no Brasil só poderá ser solucionada se todos os elementos da sociedade se envolverem com a vontade política e colaborarem entre si, criando uma dinâmica política capaz de superar a privatização e burocratização do SUS. É preciso, acima de tudo, superar a postura alienada e comodista da maioria dos profissionais da Saúde, entre os quais, os enfermeiros... (p.52)

Diante disto, enxerga-se que este é o momento político para tal estruturação de trabalho, em que não serão frágeis as tentativas, em que a administração de ambas as instituições envolvidas mostra-se confiante acerca do trabalho do enfermeiro. Atualmente, ao enfermeiro que se demonstra envolvido com sua instituição de trabalho e que não deseja permanecer omitindo-se de sua finalidade de trabalho, é assegurado condições de instrumentalização para o desempenho de suas atividades.

Diante do quadro político-administrativo do Sistema de Saúde que vem se delineando, considera-se que o processo de Municipalização da Saúde é o grande responsável pelas mudanças que vem se processando no município de Rio Grande. Pode-se constatar este fato buscando a relação dos recursos humanos mostrada no recorte histórico da RBS, em que o número de profissionais foi aumentando gradativamente com o passar dos anos e com a consolidação deste processo rumo à municipalização.

A municipalização dos serviços de saúde é uma forma de assegurar com que ocorra a descentralização, através da qual, cada região tem certa autonomia no gerenciamento de suas ações de saúde. O Sistema Único de Saúde prevê além desta, a

hierarquização (racionalização dos serviços de saúde), regionalização (aproximação dos indivíduos dos serviços de saúde) e integralidade (conjunto de ações preventivas e curativas). (Chianca, 1994)

Pressupõe-se que, para alcançar este modelo assistencial apregoado pelo SUS, urge que os enfermeiros impulsionem seu trabalho neste sentido, sendo que, quanto à estes trabalhadores, Campos(1992) destaca que são possuidores de um conjunto de práticas voltadas para a humanização, para a incorporação de novos procedimentos técnicos necessários à superação dos limites da atenção individual curativa, como os de educação em saúde, trabalho em grupo, reabilitação e outros.

Nesta direção, é que, então, acredita-se que deve ser aproveitado o momento político presente e utilizar-se do componente de articulação, tão próprio deste trabalhador, e fazê-lo funcionar como facilitador do trabalho. O enfermeiro, no desenvolver de suas atividades do cotidiano, já costuma realizar uma intermediação entre os trabalhadores, entre eles e a população e entre eles e os pacientes. Então, agora que precisa utilizar o próprio trabalho como mediador da enfermagem com a clientela, isto passa a não ser uma coisa tão incomum. Claro que é diferente. O enfermeiro tem tido o hábito de usar o seu conhecimento, a sua relação interpessoal para estabelecer vínculos com outros trabalhadores. Porém, não vem se utilizando desta sua capacidade no sentido de integrar com seus próprios pares dentro da sua instituição de trabalho, como demonstrado pela fala a seguir:

“Um trabalho que integre na enfermagem, é, partindo do nível hospitalar, é um trabalho que pudesse ser assistido em todos os momentos que ele está no hospital, e de certa forma, se possível, até no momento que ele não está no hospital. Isso significa que, às vezes o paciente passa por diversas unidades e as condutas são totalmente diferentes, então mesmo dentro de uma instituição não existe uma integração”. (Ent.9)

Este aspecto de compartilhamento, dentro do próprio processo de trabalho da enfermagem, é que foge um pouco do lugar-comum. Os enfermeiros sabem da necessidade de se integrar, mas, ao mesmo tempo, apontam como sendo o que mais falta na enfermagem. Paralelo a isto, eles próprios já fazem a sua análise quanto às causas de tal dissociação de seu trabalho:

“Integração é o que mais falta na enfermagem. Os enfermeiros não podem competir entre eles. Falta estrutura de relacionamento entre os profissionais, não sei se não é porque a gente não é organizado socialmente, não tem uma associação. É isso que dificulta a integração. Acho que se a gente conseguir se integrar como profissional, fazer uma associação. Tem que interagir. Dentro da mesma instituição também tem isso, porque acham que cada posto é um mundo”. (Ent.2)

No rumo deste discurso, vê-se os enfermeiros percebendo-se distantes uns dos outros e salientando a importância de ter um órgão, uma entidade que se responsabilize pelo estabelecimento de vínculos entre eles, como no caso das associações de classe. Realmente, o município de Rio Grande tem esta deficiência, estando sem uma associação de enfermeiros há cerca de dez anos. Recentemente, está havendo uma mobilização dos trabalhadores neste sentido.

Castellanos et al (1989) se pronunciam a respeito da necessidade de se criar uma estrutura organizacional de enfermagem nos níveis, tanto municipal e estadual, quanto federal. A fim de efetivar esta proposta “é preciso uma organização democrática da enfermagem em posicionamento que revele a vontade política do conjunto da categoria” (p. 162). As autoras ainda salientam que como o processo de trabalho do enfermeiro “não é uma opção pessoal mas sim é socialmente determinado, encaminha para o fortalecimento da mobilização e das lutas conjuntas direcionadas para a conquista de melhores condições de organização dos serviços da enfermagem e de trabalho” (p.163).

Denota-se esta percepção dos enfermeiros, a respeito de sua necessidade de integração e mobilização dentro da própria categoria, como sendo reflexo da situação vivenciada pela enfermagem em geral, já que no Documento Final do 41º Congresso Brasileiro de Enfermagem, no item de Organização da Enfermagem, uma das perspectivas apontadas foi “Desenvolver estratégias para que haja uma maior participação dos profissionais de enfermagem nas entidades de classe visando o fortalecimento da categoria”. (Anais, 1989, p. 183)

Como forma de corroborar a necessidade de uma participação mais ativa dos enfermeiros, retoma-se as palavras de Cezar Vaz (1989) sobre a transformação das idéias e da prática da enfermagem: “É na medida que os trabalhadores lutam para transformar a realidade de suas práticas que as compreendem, assim como, na medida que melhor as compreendem, mais lutam para transformá-las”. (p. 172)

O sentido de integração, na participação dos enfermeiros em entidades de classe, vem como forma de tomarem conhecimento do trabalho realizado pelos demais trabalhadores, assim compreendendo o processo de trabalho da enfermagem e também o rumo de transformação do próprio processo de trabalho, já que seria uma maneira de unir estes enfermeiros e viabilizar qualquer trabalho conjunto entre eles.

Imagina-se que, com a ampla comunicação entre os enfermeiros e com o compartilhar de saberes e atividades, surgirão novas alternativas no desenvolvimento de seu processo de trabalho e criar-se-ão atividades “mais interativas e inovadoras explorando as múltiplas potencialidades da competência/potencial humano” (Erdmann, 1996, p. 108).

Um ensaio da enfermagem nesta direção é visto através deste trabalho integrador proposto, quando os enfermeiros, utilizando-se deste potencial de trabalho, das características imanentes à sua formação, ao seu preparo, visualizam-se em uma integração, em um trabalho conjunto na busca de novos rumos para a enfermagem.

Uma outra característica própria do enfermeiro, que aflorou durante os depoimentos, foi a **variabilidade**. Este elemento pode ser visualizado no sentido de facilitador do trabalho integrador, já que despontou como uma grande capacidade de adaptação dos enfermeiros no seu cotidiano de trabalho, quando são necessárias constantes transformações de acordo com as necessidades surgidas. Esta característica foi nomeada desta maneira e não como adaptabilidade, pois, o sentido é o mesmo de mutabilidade e inconstância. Não é relacionado à questão de adaptação como adequação e acomodação.

O enfermeiro pode tanto estar, momentaneamente, exercendo funções técnicas como, no momento seguinte, estar mais direcionado para atividades administrativas ou permanecer em um círculo onde as ações se processam de forma alternada entre uma e outra atividade.

O sentido de **mutabilidade**, presente nos enfermeiros, é também visível a partir do momento em que este trabalhador é preparado para desempenhar seu trabalho em diferentes especialidades, unidades diferentes, como pediatria, clínica médica, gineco-obstetrícia, cirúrgica, entre outras. ou em diferentes UBSs, com graus diferenciados de complexidade, sendo que, em cada uma das unidades, o processo de trabalho se dá de forma não muito semelhante, necessitando mutações.

Diante disto, o trabalho integrador, que foge aos moldes de trabalho, já realizados por estes enfermeiros, preme por mudanças no interior do processo de trabalho, como no objeto, principalmente, ele não se vê dificultado por exigir este tipo de mudanças, já que o enfermeiro é um trabalhador flexível e acostumado com variações no seu ambiente e processo de trabalho. Então, pode-se dizer que o elemento de mutabilidade pode levar a uma aproximação para o trabalho integrador. A mutação, fundamental a este trabalho, decorre de uma necessidade sentida pelos próprios trabalhadores, que vão se alicerçando em novos conhecimentos para irem buscando mudanças e novos caminhos de fazer saúde. O que se sente é que a maneira como tem se desenvolvido o trabalho em saúde, atualmente, em Rio Grande, não tem mais conseguido atingir a satisfação individual dos próprios trabalhadores. Aí, o trabalho integrador viria a funcionar como motivador, trazendo novas expectativas e idealizações. O trabalho da enfermagem pode ser o provocador de mudanças, de alterações no modo de trabalho em geral.

Uma outra característica, que também facilita a alteração do processo de trabalho da enfermagem, é quanto à questão da **autonomia** no trabalho de seus profissionais. O trabalho dos enfermeiros tem parcelas que dependem de outros trabalhos da área da saúde, parcelas independentes e parcelas interdependentes, como já anteriormente comentado. Nas atividades de organização da assistência, do processo de trabalho “administrar”, o enfermeiro exerce um certo grau de autonomia, não dependendo de outros profissionais para desenvolvê-lo, apesar de ser submetido à autoridade de uma administração institucional. Já no desenvolvimento do processo de trabalho “cuidar”, do modelo médico individual, todas as suas ações são voltadas para atingir as finalidades deste modelo, e dependem da prescrição médica para dar início ao

processo. As parcelas interdependentes apresentam-se tanto no trabalho “administrar” como no “cuidar”.

Visualizando estas parcelas, dependentes, independentes e interdependentes, do processo de trabalho da enfermagem, com relação à autonomia destes trabalhadores, percebe-se que é possível a utilização deste componente de independência para favorecer o trabalho integrador. Isto indica que o enfermeiro pode exercer um trabalho voltado especificamente para a área da enfermagem, sem se submeter a outras práticas e pode desenvolver atividades diferenciadas em ambas as instituições de saúde, tanto no HU quanto na RBS.

Houve a demonstração, em vários momentos da análise do processo de trabalho dos enfermeiros, destas características, que funcionam como ponto conciliador para este trabalho integrador da enfermagem. Inclusive, os trabalhadores relacionam os processos entre si, nas semelhanças e nas diferenças, numa relação de que o semelhante não causa estranheza e, portanto, pode ser bem trabalhado, e o diferente, fundamentado em um forte desejo de fazer, pode ser articulado, já que o conhecimento de um será repassado ao outro, em uma atitude de integração, de trocas, de abertura.

Como que fazendo uma validação deste tipo de pensamento, é interessante deixar registrada uma fala de um enfermeiro ao discutir a necessidade ou não de um preparo, de um treinamento dos enfermeiros, antes de realizar um trabalho integrado entre eles, cujo instrumento principal é a atenção domiciliar. O depoimento abaixo expressa quão imprescindível se faz a junção dos trabalhadores:

“A integração iniciando de profissional para profissional. Acho que não precisa de treinamento, precisa já da integração com os profissionais da rede básica, com uma experiência diferente”. (Ent.9)

6 - ANTECIPANDO O PROCESSO DE TRABALHO INTEGRADOR ATRAVÉS DE ALGUMAS IDÉIAS ACERCA DE SEU PROJETO

A organização do Sistema de Saúde faz com que o trabalho realizado em diferentes instituições ou serviços, torne-se excludente e diferenciado. Considera, por exemplo, o trabalho realizado em instituições hospitalares ou similares como individual, enquanto o trabalho realizado em serviços ambulatoriais ou na Rede Básica de Serviços de Saúde, como coletivo, como se individual e coletivo se referissem a sujeitos diferentes. Na verdade, são objetos diferentes. Acredita-se que o que faz a diferença são as construções teóricas acerca do individual e acerca do coletivo, que se transformam em saberes orientadores do trabalho.

O HU, como parte dos serviços locais de saúde, mesmo diante de tantas transformações no sistema de saúde brasileiro, permanece como sendo, prioritariamente, um local de cura de corpos individuais. A equipe que trabalha em seu interior acompanha este entendimento do processo saúde-doença e desenvolve seu trabalho, seguindo o modelo de atenção clínico-individual. É um processo historicamente organizado, mas que se demonstra não mais satisfatório, diante da realidade vivida,

levando a serem cogitadas transformações na organização desta instituição, não como um todo, mas no sentido de compreender novas concepções na saúde, podendo acompanhar e satisfazer as necessidades sociais diferenciadas, que vêm sendo demonstradas, já que o sistema de saúde atual não parece estar sendo efetivo na contemplação da satisfação dos carecimentos sociais.

Hoje em dia, no cenário dos serviços de saúde de Rio Grande, neste momento histórico que se tem vivido, pode-se acompanhar o sistema de assistência de saúde prestado no HU, desarticulado do sistema de assistência à saúde prestado pela RBS, ambos assistindo ao sujeito doente, enquanto ser individual, fora de seu contexto familiar e social. Com isto, o agrupamento familiar, enquanto grupo específico, ainda não está incorporado como objeto privilegiado do trabalho da saúde e da enfermagem, em particular, já que cada membro é atendido, enquanto corpo individual, sem o estabelecimento de relações contextuais. Diante disto, acompanha-se um atendimento que não está tendo êxito perante a sociedade, já que não consegue atender a todos que o procuram, gerando muitas inquietações e inconformismos, inclusive para os trabalhadores, no desenvolvimento do trabalho em saúde. Isto é o que se percebe ao contemplar a organização da assistência à saúde que vem sendo prestada pelas instituições públicas do município, através da análise do discurso dos próprios enfermeiros. É o manifesto dos trabalhadores que julgam o produto de seu trabalho.

As duas instituições de saúde citadas têm semelhança em relação à forma de atendimento e esta constatação é vista de uma forma produtiva, pois não há necessidade de haver oposição e antagonismo entre estas áreas. As distinções entre as várias modalidades de atenção não se assentam em questões de caráter metodológico, mas em opções políticas diversas, que se desdobram em diferentes modelos de organizar

serviços de saúde. Campos (1991, p. 68) afirma que “a clínica e a saúde pública tratam do mesmo problema, ainda que enfatizando diferentes aspectos da questão saúde-doença e dando origem a modelos de atenção circunstancialmente, mas não necessariamente diferentes”. Percebe-se que o problema - necessidade de saúde - é o mesmo enquanto realidade social concreta, e não é o mesmo, enquanto explicação e prática para intervir na realidade.

No processo de construção do sistema de saúde, é incontestável o papel desempenhado pelos diferentes agentes sociais. “Hoje em dia, nos serviços públicos e privados, há uma nítida separação, um claro distanciamento, entre os profissionais e os pacientes, entre as equipes e a comunidade, entre os trabalhadores e seus meios de trabalho”. (Campos, 1994)

É neste espaço de acomodação, no interior de cada instituição de saúde, que não se pode permanecer estacionado. Deve-se seguir avançando rumo a conhecimentos diferenciados, a um trabalho onde não se visualize esta separação, este distanciamento.

Há um leque de possibilidades, de transformações no campo dos serviços de saúde. Estas são tão importantes quanto determinantes do modo como os serviços se organizam, oportunizando a criatividade dos trabalhadores na transposição dos obstáculos que se fazem presentes.

Criatividade no sentido de reconstruir os conceitos que estão colocados, na maioria das vezes de forma rígida, embasados numa racionalidade (científica), onde a precisão, a generalização e a neutralidade se fazem presentes, deixando à margem o desejo, a subjetividade e a possibilidade de emancipação dos sujeitos, de forma que estes possam intervir de maneira mais crítica na elaboração de alternativas viáveis e factíveis. Viáveis no sentido de poder ter vida, poder sobreviver às inúmeras contradições e conflitos presentes no viver cotidiano e factíveis, considerando as reais possibilidades de poder ser feito, fugindo aos idealismos e abstrações mirabolantes (Mishima et al, 1997, p. 261).

Tais questões levam à reflexão da importância de desvendar novos processos de trabalho, transformar constantemente o vivenciado, buscando estas alternativas factíveis, que primam pela eficácia, pelo respeito e pela atenção integral à comunidade. Para tanto, é importante conhecer e compreender as situações de saúde-doença das sociedades sob a ótica destas, contextualizadas no ambiente social. Novos processos, no sentido de seus elementos integrativos (objetos, instrumentos, finalidades, força de trabalho, produtos), porém, transformados no conjunto do Sistema de Saúde, em seus diferentes espaços, como no Hospital e na Rede Básica de Serviços de Saúde.

E, neste processo global, deseja-se salientar a necessidade sentida no conjunto de reflexões, de tornar a enfermagem mais unida, integrada, com um trabalho em conjunto, o que certamente a tornará muito mais forte e atuante. E, não somente a enfermagem do Hospital Universitário, mas a enfermagem em seu conjunto, pois qualquer instituição de saúde em Rio Grande atua isoladamente, sem estabelecer relações e sem trocas de conhecimento. Parece que se “espera” que os sujeitos - objetos do trabalho - façam em si mesmos estas trocas. Como esperar isto em um processo que dificulta as trocas no próprio interior do processo de trabalho? Na vivência da disciplina de Prática Assistencial, ficou claramente exposto, pelas enfermeiras da Rede Básica de Serviços de Saúde (RBS), a dificuldade delas terem acesso às outras instituições, quando a necessidade se faz sentir. Mesmo os enfermeiros do HU, por exemplo, no caso do Serviço de Pronto Atendimento, quando, em atitudes isoladas, encaminham pacientes para os postos periféricos, não encontram receptividade. Há uma estrutura que promove uma desarticulação do trabalho.

No momento em que os enfermeiros, através de seu processo de trabalho, situarem-se nesta inserção social como profissionais da saúde, enxergarão mais

claramente uma possibilidade que a enfermagem não tem trabalhado muito, que é a integração. Esta é uma qualidade primordial do trabalho da enfermagem, onde se trabalha em busca de sua construção, através de questões comuns entre os sujeitos do trabalho (trabalhadores e clientes, indivíduos e/ou coletivo).

Diante disto, vê-se como possibilidade explícita, uma nova organização tecnológica do processo de trabalho em saúde, onde se devem fazer presentes: profissionais em maior número e com maior diversidade em sua formação profissional; busca da integralidade da assistência; tecnologias diferentes; e até mesmo uma política de saúde diferenciada. Afinal, o Sistema de Saúde movimenta-se em torno da política de saúde, e visualiza-se que a atenção domiciliar pode funcionar como elemento concreto para integração dos profissionais, inicialmente da enfermagem. O enfermeiro pode atuar em nível de promoção da saúde e prevenção de doenças, encarando seu cliente enquanto sujeito individual e coletivo, mesmo dentro de uma instituição hospitalar. A própria investigadora, enquanto enfermeira do Hospital Universitário, deve incentivar seus colegas a ultrapassar os limites do hospital e provocar mudanças na qualidade de vida da clientela, gerenciando o cuidado intra-hospitalar, mas sem perder de vista a questão do indivíduo como ser social, concreto, inserido na comunidade. Isto refletiria o trabalho coletivo da enfermagem, onde também o profissional enfermeiro não se restringiria a repensar a sua prática isoladamente, mas levaria outros profissionais a também fazerem-no e, desta forma, poderiam romper com as práticas normativas e autoritárias tradicionais. Este aspecto é importante, até mesmo em relação à educação em saúde, que se deseja, não apenas institucionalizada, empírica, não-reflexiva, rotinizada e complementar ao ato médico, e sim, aquela baseada nas necessidades descortinadas no cotidiano de trabalho, desenvolvida de forma refletida e contínua.

As condições de saúde em geral não podem ser conquistadas com uma varinha de condão, nem há tecnologias em desenvolvimento para tal, mas, desde que se esteja cômico destes fundamentos, parece valioso experimentar e aperfeiçoar os instrumentos de que se dispõe, por mais limitados que possam ser, ou parecer.

As profissões da saúde devem tomar o papel social que lhes corresponde, pois, enquanto o Sistema de Saúde em sua estrutura organizativa desempenhar, predominantemente, o papel de mero distribuidor de medicamentos, para aliviar a dor ou curar doenças, sem levar em conta o tocante à realidade da saúde articulada ao contexto das relações sociais da coletividade, não haverá nenhuma mudança positiva nas condições de saúde da população.

É diante disto, que se manifesta a proposta ora apresentada, que tem como alicerce o processo de trabalho da enfermagem.

A enfermagem, trabalhando de forma articulada - HU e RBS - pode partir em busca de novas formas de trabalho, através das quais a prática de enfermagem se processe. Neste sentido, um princípio norteador que pode ser transformado em ação no processo de trabalho da enfermagem é a influência adequada na qualidade de vida da população, atendendo às necessidades dos sujeitos que procuram os serviços. É somente através de uma reflexão crítica da realidade de saúde, da produção dos serviços de saúde, dos processos de trabalho em saúde e do trabalho da enfermagem em particular que se pode atingir este almejado processo de trabalho.

O compromisso da enfermagem com o indivíduo e com os grupos sociais só será visualizado e determinado através do estabelecimento destas relações sociais e históricas, extrapolando a assistência para além do cuidado individual restritivo, para o

exterior das unidades de saúde ou do ambiente hospitalar, ou seja, o cuidado individual e coletivo para seres humanos complexos e interativos.

Estas relações interinstitucionais e interdisciplinares justificam-se cada vez mais na busca de uma transformação do setor saúde, principalmente, no que tange ao trabalho da enfermagem, como começo desta integração. A enfermagem deve tentar compreender o contexto sócio-cultural-histórico, buscando, através de seu processo de trabalho, as mediações entre o ambiente interno e externo do cliente, ou seja, na sua individualidade e sociabilidade e, ao mesmo tempo, deixar de lado uma assistência baseada unicamente na demanda espontânea da clientela. É evidente que isto não se traduz em uma crítica à demanda espontânea, como produto da própria estrutura do Sistema de Saúde. A existência de um certo padrão desta é, inclusive necessário, por exemplo, para certos serviços como vacinação, planejamento familiar, assistência pré-natal, apesar destas atividades também serem realizadas através de uma programação.

Um processo de reflexão foi iniciado com este trabalho. Do resultado apresentado através do processo de análise, esta necessidade se fez mostrar, o de a enfermagem estudar, refletir e assim compreender melhor o seu próprio processo de trabalho.

Considera-se que, no desenrolar dos encontros entre os trabalhadores da enfermagem, foram se alicerçando laços entre eles, que favorecerão o trabalho integrador almejado. Antes, estes laços nunca existiram.

Presume-se que, atualmente, os trabalhadores enfermeiros já tenham conhecimento suficiente da realidade de saúde, faltando, portanto, colocar em prática estes saberes, usando as especificidades de sua profissão, exercendo educação em saúde,

incrementando processos de ação-reflexão-ação e integração profissional.

“A enfermagem pode, organizadamente, abrir caminhos consistentes na direção de sua participação efetiva na formulação de propostas e intervenção na prática institucional, na perspectiva de uma nova ordem hospitalar”. (Capella, 1996, p. 160)

A integração foi visualizada como uma possibilidade, através de vários elementos no transcorrer deste estudo: a criatividade; a participação; a questão da autonomia, no sentido do trabalho da enfermagem possuir parcelas de dependência, independência e interdependência; a característica do enfermeiro como um articulador entre os profissionais e os serviços; o compromisso do enfermeiro com a qualidade da assistência; o conhecimento do enfermeiro; a concepção do processo saúde-doença e muitos outros.

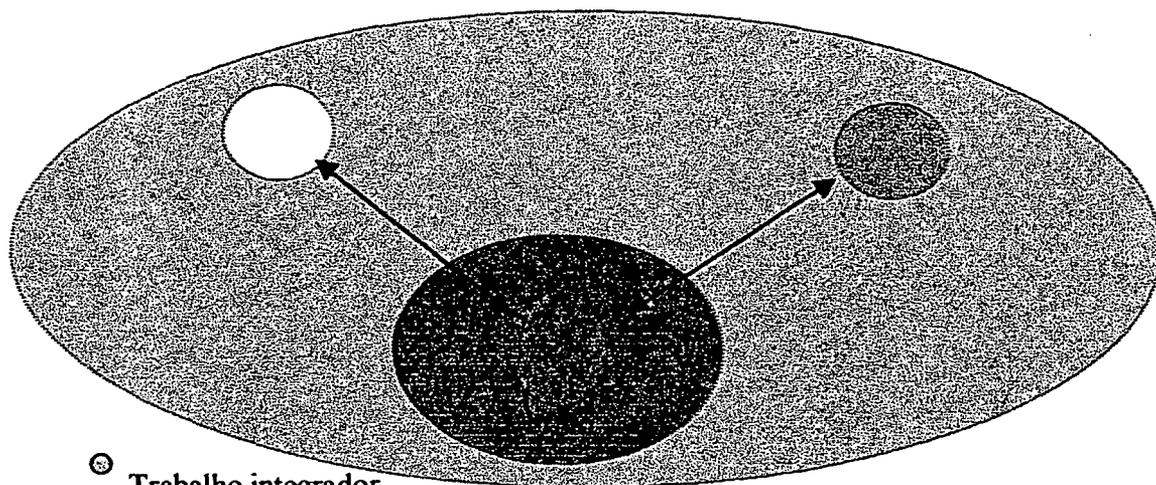
Para o desenvolvimento do trabalho integrador, são necessários instrumentos os quais estariam vinculados diretamente ao conhecimento, à produção de conhecimento. Estes conhecimentos passariam a ser saberes orientadores, alicerçados em concepções acerca do objeto de trabalho, que possibilitariam a sistematização de uma forma de trabalho, de um modelo de assistência em diferentes espaços.

Enxerga-se o início desta contextualização se processando no interior da instituição hospitalar, enquanto o cliente está internado, através da inclusão dos familiares no processo de cuidar, sendo o enfermeiro um referencial para esta família. Através da utilização deste espaço para o cuidado, vai se processando a uma investigação de como é o ambiente domiciliar para, então, poder se atuar mais direcionadamente. Alterando e adaptando o processo de cuidar, a família pode ser inclusa como objeto do processo de trabalho.

Para o projeto do trabalho integrador, pensa-se nos trabalhadores enfermeiros como fazendo parte de um sistema: o próprio trabalho integrador como sendo este sistema; a atenção domiciliar como sendo o campo de intervenção; e o agrupamento familiar/cliente como sendo o objeto desta intervenção.

No interior deste sistema, apresentam-se também outros elementos, que são as diferentes instituições de saúde e seus profissionais.

Pode-se identificar mais facilmente esta questão, ao visualizar-se o esquema abaixo:



- ③ Trabalho integrador
- Instituição A : Hospital Universitário
- Instituição B : Rede Básica de Serviços de Saúde
- Campo de intervenção : atenção domiciliar
- Objeto : agrupamento familiar/cliente

É possível vislumbrar o trabalho integrador se processando em várias instâncias do trabalho da enfermagem. Uma proposta neste sentido é pensada em relação à Unidade de Internação de Clínica Médica do HU. Inicialmente, o objeto de trabalho seria o paciente, passando aos poucos a abranger suas diferentes dimensões, ou seja, na

concepção de um sujeito concreto, com todas as extensões que lhe confere esta denominação. Um sujeito visto na sua individualidade em seu contexto familiar-social. Na verdade, o objeto é pensado como multifacetado, devido a não ser caracterizado num molde único continuamente, já que se parte de um cliente como sendo este objeto e, no transcorrer da assistência, este passa a não ser o único e restrito objeto. A pretensão é de que ele passe a ser caracterizado como o agrupamento familiar (familiar-social).

O projeto do trabalho integrador da enfermagem tem como momento inicial um paciente crônico⁴⁴ internado na Unidade de Clínica Médica do HU e que, por encaminhamento da equipe multiprofissional desta unidade (mais especificamente o médico preceptor, o médico residente e o enfermeiro), é avaliado pelo enfermeiro responsável pelo projeto, que passa a assumir a assistência deste cliente em nível domiciliar. Antes da alta do paciente, neste espaço anterior, o enfermeiro terá contato com o mesmo, fazendo se conhecer e conhecendo, mostrando a finalidade de seu trabalho e solicitando sua autorização para isto. Cabe salientar que este “novo” olhar ou, até mesmo, este novo objeto de trabalho, só é possível pela reestruturação do trabalho em saúde e da enfermagem.

Neste espaço, já há a possibilidade da introdução do elemento familiar no processo de assistir, buscando sua compreensão e ajuda, influenciando para a co-responsabilidade.

No espaço domiciliar do cliente, os sujeitos familiares começam a ser introduzidos no processo saúde-doença do paciente, tornando-se participantes ativos e não meros expectadores de uma assistência de enfermagem. Os momentos das visitas

⁴⁴ Nesta designação se abrange os pacientes com patologias crônicas, como Diabetes, Acidente Vascular Cerebral, Hipertensão Arterial Sistêmica, Neoplasias, Doenças respiratórias...

domiciliares tornam-se espaço conjunto de aprendizado e de trocas de conhecimentos, sendo aproveitados, pelo enfermeiro, ainda no sentido de uma investigação do estado de saúde dos sujeitos pertencentes ao agrupamento familiar.

Na continuidade deste atendimento, em nível domiciliar, a articulação com a enfermagem da RBS pode se processar, partindo-se em direção contrária aos caminhos até hoje traçados pela enfermagem destas duas instituições, onde o trabalho somente se processou no interior de cada uma delas e sem a elas agregar outros profissionais e serviços externos.

Com isto, mais uma estrutura é envolvida no processo, o agrupamento familiar. Ter-se-á, então, o trabalho integrador da enfermagem envolvendo e sendo envolvido por duas grandes instituições: o Hospital Universitário e a Rede Básica de Serviços de Saúde, em uma direção única, na esfera do cliente, no agrupamento familiar, no sentido de uma convergência para este último, e não na suposição de um só sentido, uma só direção, sem retorno, sem trocas.

Diante disto, pode-se ter uma noção de quanto produtivo e transformador pode vir a ser este trabalho integrador da enfermagem para a prática na área da saúde, no sentido de um comprometimento com a realidade do contexto das condições de saúde.

Na perspectiva desta assistência, o encontro entre o trabalhador de enfermagem e o usuário do sistema de saúde pode tornar-se um espaço de educação, onde a assistência seja realizada por meio de um trabalho educativo e que tenha instrumentos capazes de atuar de forma integrativa. Neste conjunto de instrumentos, tem-se o saber da enfermagem, que deve ser desenvolvido e utilizado na direção desta integralização da assistência, para que seja possível um “produto integrado”.

Acredita-se na educação como uma finalidade concomitante à recuperação das condições físicas do paciente, alicerçada em conhecimento clínico e epidemiológico, visando à promoção da saúde, à prevenção de doenças e levando as pessoas a tornarem-se sabedoras das suas condições de vida e saúde, cientes dos meios de satisfação de suas necessidades, o que significa dizer, também, que saberão o quê, quem e como procurar no momento em que for preciso. Neste parâmetro, pressupõe-se que o trabalho da enfermagem no espaço domiciliar do cliente/família é uma maneira eficaz de assistência à saúde e não só à doença.

Quando se fala em conhecimento da clínica, pensa-se como sendo de extrema importância para o atendimento do indivíduo doente. Porém, não no modelo médico individual, no processo de trabalho médico, mas como saber operante no processo de trabalho da enfermagem. Neste sentido, a clínica passaria a ser um saber corporificado no trabalho da enfermagem, não por ingerência externa e sim por necessidade imposta pelo objeto, internalizada como um saber no processo de trabalho, o trabalho integrador.

A clínica é estruturalmente social, tem seus limites determinados pelo saber positivo, analítico, dos componentes do corpo e do tratamento individualizado. E a epidemiologia também é estruturalmente social, seus limites abrangem uma totalidade que inclui os componentes do corpo e sua dimensão social. Sua dimensão ecológica, geograficamente construída, estruturada (Cezar Vaz, 1996, p. 196).

É no espaço domiciliar que se irá proceder ao encontro entre o enfermeiro do HU e o enfermeiro da RBS. Aí estarão assistindo juntos a este agrupamento familiar na perspectiva da integração proposta.

Paralelamente à assistência propriamente dita, os enfermeiros estarão se encontrando sistematicamente, propiciando a discussão e a reflexão de cada caso, individualmente, objetivando abordar a maneira mais adequada de assistir a este

agrupamento familiar. Estas discussões serão realizadas em espaço a ser definido posteriormente pelos enfermeiros envolvidos, no HU ou em uma das unidades da RBS. Neste momento, na aproximação destes trabalhadores, é desvelado um universo de conhecimento de ambos os lados, pois cada trabalhador apresenta a sua especificidade. Com isto, garantem uma clientela melhor assistida, já que estes trabalhadores apresentam alicerce teórico como embasamento.

A idéia é a de que o enfermeiro do HU não permaneça na assistência contínua no domicílio e sim que, aos poucos, o enfermeiro da RBS vá assumindo esta atividade, com o afastamento do trabalhador hospitalar. Este poderá retornar a ser referenciado pela ação decisória do enfermeiro da RBS, através do encaminhamento do paciente, ou mesmo de outro membro deste agrupamento familiar para assistência em nível de referência hospitalar.

Diante do tipo de atividade a ser desenvolvida, despontou na concepção dos enfermeiros um elemento da organização do trabalho imprescindível, que é a referência e contra-referência. Assim, como o enfermeiro estará repassando o paciente/família para o atendimento pelo enfermeiro da UBS, este trabalhador, quando sente escapar de suas mãos a resolução das necessidades desta clientela, precisa acionar a referência e sucessivamente a contra-referência. O trabalhador não tem como trabalhar sozinho, para a adequada assistência aos clientes. Ele visualiza este trabalho integrador como lhe dando subsídios para melhor andamento do seu trabalho.

O que se acredita, perante a realidade de um trabalho integrador da enfermagem, é em uma utilização mais adequada dos serviços de saúde, onde os sujeitos clientes não tenham tanta necessidade de recorrerem ao ambiente hospitalar como local de resolubilidade, pois a RBS intermediada, pelo enfermeiro e outros profissionais, é

capaz de também ter esta característica de resolubilidade, decidindo ou não recorrer a instâncias mais avançadas, como o caso de um exame mais sofisticado em nível hospitalar. O que interessa é que o enfermeiro pode ser um articulador deste agrupamento familiar com o sistema de saúde.

Existindo na enfermagem um trabalho integrador, pode-se conseguir maior resolubilidade dos problemas do cliente/família e assegurar uma continuidade de assistência.

Outra proposta viável é visualizada, partindo do SPA do HU, onde a assistência prestada tem um caráter imediatista de resolução do problema apresentado no momento, não existindo outro encaminhamento do paciente, que não seja para o interior da instituição hospitalar, isto é, a internação.

A possibilidade pensada é na direção de uma seqüência para fora do hospital. A partir do trabalho realizado no SPA, nos moldes de um trabalho integrador da enfermagem, os pacientes seriam enviados no sentido contrário à prática rotineira. Por exemplo, pode-se citar os pacientes diabéticos. Para eles proceder-se-ia um encaminhamento para o nível ambulatorial, com indicação da UBS mais próxima a seu domicílio, na qual estivesse organizado um grupo de diabéticos ou um programa de atenção ao diabético. O paciente sentir-se-ia mais tranquilo e seguro ao ser referido para um local determinado e com indicação de um profissional a quem recorrer. Um paciente com tal problema, bem controlado e acompanhado, não tem necessidade de internação hospitalar.

Em termos de procedimentos, como para a clientela necessitada da realização de curativo, quando os pacientes estiverem apenas fazendo manutenção de tratamento

local, sem necessidade de procedimento cirúrgico, se lhes for repassada a orientação adequada, podem ser referidos à UBS a qual pertence sua residência. Este é um ponto que, no desenvolvimento do trabalho de prática assistencial, ficou entendido como apresentando viabilidade. A discussão de que, atualmente, ainda não se está agindo desta forma, baseia-se na falta de comunicação e integração entre a enfermagem atuante nas instituições de saúde.

Assim, como nos exemplos citados, existem várias possibilidades de ser usado o ambulatório do próprio HU, como ponto de partida para a integração proposta, já que, neste local, são atendidos pacientes com diversos problemas de saúde mas que não apresentam necessidade de assistência hospitalar. Pode-se fazer deste, um local com uma característica predominante - a de ser um ponto de referir e contra-referir. Isto se a enfermagem atuante neste espaço organizar seu trabalho com o das UBSs, no sentido de compor uma organização em que predomine a referência e a contra-referência.

“O trabalho em saúde e sua organização são expressões do que se pressupõe como saúde e suas determinações” (Cezar Vaz, 1996, p. 4). Diante disto é que se parte do entendimento que os enfermeiros têm acerca de seu próprio processo de trabalho, para então pensar na viabilidade de um trabalho integrador da enfermagem. A partir da caracterização deste processo, baseado não só nos elementos que aproximam os trabalhadores, mas nos que os diferenciam também, para que haja uma complementação e não uma exclusão, surge mais explicitamente esta proposta, apesar de a mesma ainda precisar ser construída e se mostrar mais claramente.

Para colocação em prática desta proposta, o passo inicial será efetuado através da aproximação dos enfermeiros trabalhadores no HU e na RBS que se encontram já envolvidos, através das reflexões introduzidas com o presente estudo. Um grupo de

reflexão/ação estará sendo constituído, discutindo a partir dos elementos significativos que emergiram dos resultados de análise deste trabalho. A abordagem destes elementos favorecedores do trabalho integrador servirá como ponto de reflexão para a construção de um processo de trabalho organizado de forma a contemplar uma integração concreta da enfermagem no município.

A organização do trabalho em saúde não depende só do enfermeiro, pois é um trabalho conjunto, coletivo, com vários outros processos de trabalho concomitantes. Então, tem seus limites impostos por esta organização. Embora haja este vislumbrar das dificuldades e limites, acredita-se particularmente no processo de tal proposta, servindo o enfermeiro como fio condutor do processo de reflexão em cada instituição de saúde. É preciso que se dê a partida no rumo deste trabalho, para que ele se mostre no cotidiano dos enfermeiros, no desenrolar do processo. Principalmente porque acredita-se que o enfermeiro possui competência que o caracteriza como um dos elos de ligação do trabalho em saúde e, portanto, dos demais profissionais desta área. É o profissional que faz uma aproximação entre os demais membros da equipe de saúde, no cotidiano de trabalho. Sente-se que, promovendo um trabalho integrador desta categoria, estaria promovendo, conjuntamente um salto qualitativo na prática e, com isto, na situação de saúde do município.

Através deste trabalho da enfermagem, pode-se buscar construir uma história de enfermeiros integrados, que congrega profissionais na perspectiva de promover articulação interinstitucional neste município. Para isto, deve-se usar toda a bagagem de cultura, de conhecimentos, de experiências. E deve-se refletir sobre novos conhecimentos, que auxiliem neste processo. Pelo estudo do próprio processo de trabalho, pode-se compreender melhor as questões da prática, já que:

o processo de trabalho não é apenas dispêndio mecânico de forças: é a forma mais especialmente humana de socialidade, de gênese histórica. Em cada grão de tecnologia estão contidos assim, ao mesmo tempo, todas as determinações do passado que nela desembocam e toda construção viva do futuro. (Mendes Gonçalves, 1994, p. 268)

BIBLIOGRAFIA REFERIDA E CONSULTADA

- ALMEIDA, Maria Cecília Puntel de. *O Trabalho de Enfermagem e sua Articulação com o Processo de Trabalho em saúde Coletiva - rede básica de saúde em Ribeirão Preto*. Ribeirão Preto, 1991
- ALMEIDA, M. C. P. & ROCHA, S. M. *O Trabalho de Enfermagem*. São Paulo: Cortez, 1997.
- ALMEIDA et al. O Trabalho da Enfermagem e sua Articulação com o Processo de Trabalho em Saúde Coletiva . In: ALMEIDA & ROCHA. *O Trabalho da Enfermagem*. São Paulo: Cortez, 1997.
- ALMEIDA, M. C. P. de & ROCHA, J. S. Y. *O Saber de Enfermagem e sua Dimensão Prática*. São Paulo: Cortez, 1986.
- BARBIER, R. *A Pesquisa-Ação na Instituição Educativa*. Tradução de Estela dos Santos Abreu. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed, 1985.
- BOCCHI, S. C. M. & FÁVERO, N.. O Processo Decisório do Enfermeiro no Gerenciamento da Assistência de Enfermagem, em um HU. In: TEXTO & CONTEXTO – 1996. *Novos rumos na administração da enfermagem*, v. 5, n.2, p. 218-246, jul/dez. 1996.
- BORBA, M. R. *Alunos e Professora de Graduação em Enfermagem Criando um Espaço Terapêutico: re-inventando caminhos*. Florianópolis: UFSC, 1997.
- BRANDÃO, Carlos Rodrigues (org.). *Pesquisa Participante*. 6 ed., São Paulo: Brasiliense, 1986.
- BRASIL. Leis, etc. Lei nº 8142 de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências governamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, Seção 1, 1990.
- BRASIL. Leis, etc. Lei nº 8080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*.

- BREILH, Jaime. *Epidemiologia - Economia, Política e Saúde*. São Paulo: Editora UNESP, 1991.
- CAMPOS, G. W. de S. Crítica às noções que fundamentam o método de "Programação à saúde". In: ----- *A saúde pública e a defesa da vida*. São Paulo: Hucitec, cap. 3, p. 55-88, 1991.
- CAMPOS, G.W. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da saúde. In: CECÍLIO, L. C. de O. (org.) *Inventando a mudança na saúde*. São Paulo. Hucitec, cap. 2, p. 29-87, 1994.
- CAMPOS, Juarez de Queiroz & SANTO, Antônio Carlos G. E. & MANTOVANI, Maria de Fátima. *Introdução à Saúde Pública*. São Paulo: J. Q. Campos, 1987.
- CANGUILHEM, Georges. *O Normal e o Patológico*. 2 ed., Rio de Janeiro: Editora Forense Universitária, 1982.
- CAPELLA, B. *Uma Abordagem Socio-Humanista Para um Modo de Fazer o Trabalho da Enfermagem*. Florianópolis, 1996. Tese (Doutorado em Filosofia da Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, UFSC.
- CAPONI, Gustavo & LEOPARDI, Maria Tereza & CAPONI, Sandra. *A saúde como desafio ético*. SEFES. Florianópolis, 1995.
- CARDOSO DE MELO, J. A. RAMOS, C. L. SOARES, J. C. de S. Quem educa quem? Repensando a reflexão médico-paciente. In: COSTA, N. R. (org.) *Demandas populares, políticas públicas e saúde*. Petrópolis: Vozes, 1989, v. 2.
- CARDOSO, V. A Cooperação Entre Médico e Enfermeira na Equipe Interdisciplinar. In: *TEXTO & CONTEXTO*. Florianópolis: v. 6, n. 2, p. 162-167, mai/ago. 1997.
- CARTANA, M. H. F. *Rede e Suporte Social de Famílias*. Florianópolis, 1988. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, UFSC.
- CASTELLANOS et al. Os Desafios da Enfermagem para os Anos 90. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE EFERMAGEM, 41, 1989, Florianópolis. *Anais*. Florianópolis, 1989, p. 147-169.
- CHIRELLI, Mara Quaglio. *O Processo de Municipalização dos Serviços Públicos de Saúde em Marília-SP, 1983 a 1992..* Ribeirão Preto, 1995. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – USP.
- CEZAR VAZ, Marta Regina. *O Trabalho da Enfermeira na Rede Básica de Serviços de Saúde*. Análise de depoimentos.. Ribeirão Preto, 1989. Dissertação de Mestrado
- _____. *Conceito e Práticas de Saúde – Adequação no Trabalho de Controle de Tuberculose*. Florianópolis, 1996. Tese (Doutorado em Filosofia) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina.

- BREILH, Jaime. *Epidemiologia - Economia, Política e Saúde*. São Paulo: Editora UNESP, 1991.
- CAMPOS, G. W. de S. Crítica às noções que fundamentam o método de "Programação à saúde". In: ----- *A saúde pública e a defesa da vida*. São Paulo: Hucitec, cap. 3, p. 55-88, 1991.
- CAMPOS, G.W. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da saúde. In: CECÍLIO, L. C. de O. (org.) *Inventando a mudança na saúde*. São Paulo. Hucitec, cap. 2, p. 29-87, 1994.
- CAMPOS, Juarez de Queiroz & SANTO, Antônio Carlos G. E. & MANTOVANI, Maria de Fátima. *Introdução à Saúde Pública*. São Paulo: J. Q. Campos, 1987.
- CANGUILHEM, Georges. *O Normal e o Patológico*. 2 ed., Rio de Janeiro: Editora Forense Universitária, 1982.
- CAPELLA, B. *Uma Abordagem Socio-Humanista Para um Modo de Fazer o Trabalho da Enfermagem*. Florianópolis, 1996. Tese (Doutorado em Filosofia da Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, UFSC.
- CAPONI, Gustavo & LEOPARDI, Maria Tereza & CAPONI, Sandra. *A saúde como desafio ético*. SEFES. Florianópolis, 1995.
- CARDOSO DE MELO, J. A. RAMOS, C. L. SOARES, J. C. de S. Quem educa quem? Repensando a reflexão médico-paciente. In: COSTA, N. R. (org.) *Demandas populares, políticas públicas e saúde*. Petrópolis: Vozes, 1989, v. 2.
- CARDOSO, V. A Cooperação Entre Médico e Enfermeira na Equipe Interdisciplinar. In: *TEXTO & CONTEXTO*. Florianópolis: v. 6, n. 2, p. 162-167, mai/ago. 1997.
- CARTANA, M. H. F. *Rede e Suporte Social de Famílias*. Florianópolis, 1988. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, UFSC.
- CASTELLANOS et al. Os Desafios da Enfermagem para os Anos 90. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 41, 1989, Florianópolis. *Anais*. Florianópolis, 1989, p. 147-169.
- CHIRELLI, Mara Quaglio. *O Processo de Municipalização dos Serviços Públicos de Saúde em Marília-SP, 1983 a 1992..* Ribeirão Preto, 1995. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – USP.
- CEZAR VAZ, Marta Regina. *O Trabalho da Enfermeira na Rede Básica de Serviços de Saúde*. Análise de depoimentos.. Ribeirão Preto, 1989. Dissertação de Mestrado
- _____. *Conceito e Práticas de Saúde – Adequação no Trabalho de Controle de Tuberculose*. Florianópolis, 1996. Tese (Doutorado em Filosofia) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina.

- CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM - COREN. *Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem*. Rio de Janeiro, 1993.
- EGRY, Emiko Yoshikawa. *Saúde Coletiva - construindo um novo método em enfermagem*. São Paulo: Ícone, 1996.
- EIBENSCHUTZ, Catalina (org.) *Política de Saúde: o público e o privado*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.
- ENGUITA, Mariano Fernandez. *Trabalho, Escola e Ideologia - Marx, a crítica e a educação*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.
- ERDMAN, A. *Sistema de Cuidados de Enfermagem*. Pelotas: Editora Universitária/ UFPel, 1996.
- FAZENDA, I. C. A. *Interdisciplinaridade, Um Projeto de Parceria*. São Paulo: Loyola, 1993.
- FAZENDA, I. (org.) *Metodologia da Pesquisa Educacional*. 3 ed., São Paulo: Cortez, 1994.
- FERREIRA, S. L. A Mulher e os Serviços Públicos de Saúde. In: ALMEIDA & ROCHA. *O Trabalho da Enfermagem*. São Paulo: Cortez, p. 175-227, 1997.
- FRIGOTTO, Gaudêncio. A interdisciplinaridade como necessidade e como problema nas ciências sociais. In: *EDUCAÇÃO E REALIDADE*. Porto Alegre, v. 18, n. 2, p. 63-72, jul/dez., 1993.
- GELAIN, Ivo. *Trabalho Mimeografado usado na disciplina de Aspectos Éticos na Assistência de Enfermagem*. Florianópolis, Universidade Federal de Santa Catarina, 1997.
- GELBCKE, Francine Lima. *Processo Saúde-Doença e Processo de Trabalho: a visão dos trabalhadores de enfermagem de um hospital escola*. Rio de Janeiro, 1991. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – UFRJ.
- GODOY, Arilda Schimidt. Pesquisa Qualitativa - tipos fundamentais. *Revista de Administração de Empresas*. São Paulo, v. 35, n. 3, p. 20-29. Mai/jun., 1995.
- GOMEZ, Carlos Minayo. Processo de Trabalho - Processo de Conhecimento. In: -----, C. M. et al. *Trabalho e conhecimento: Dilemas na Educação do Trabalhador*. 2 ed., São Paulo: Cortez, 1989.
- GONZAGA, Flávia Regina Souza Ramos. Para Além do Cotidiano: reflexões acerca do processo de trabalho de educação em saúde. Florianópolis, 1992. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, UFSC.
- KADT, Emanuel & TASCIA, Renato. *Promovendo a equidade - um novo enfoque com base no setor saúde*. São Paulo: Hucitec, 1993.

- KERBER, N. P. C. *Desenvolver um Processo de Trabalho Integrado Entre a Enfermagem da Rede Básica de Saúde e a Enfermagem do Hospital Universitário de Rio Grande-RS*. Rio Grande, 1997. Relatório da Prática Assistencial (Mestrado em Assistência de Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, UFSC.
- LACERDA, M. R. *O Cuidado Transpessoal de Enfermagem no Contexto Domiciliar*. Florianópolis, 1996. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, UFSC.
- LANA, F. C. F. & ROCHA, S. M. M. Organização Tecnológica do Trabalho em Hanseníase com a Introdução da Poliquimioterapia. In: ALMEIDA & ROCHA. *O Trabalho da Enfermagem*, p. 113-150, 1997.
- LAURELL, Asa Cristina & NORIEGA, Mariano. *Processo de Produção e Saúde - trabalho e desgaste operário*. São Paulo: Hucitec, 1989.
- LEOPARDI, Maria Teresa. *Estruturas Conceituais de Enfermagem*. Organização de trabalho mimeografado. UFSC
- _____. *Método de Assistência de Enfermagem - Análise da Utilização do Instrumento no Processo de Trabalho*. Ribeirão Preto, 1991. Tese (Doutorado em Filosofia) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, UFSC.
- LEOPARDI, Maria Teresa et al. *Processo de Trabalho em Saúde: organização e subjetividade*. Org.: Maria Teresa Leopardi. Florianópolis: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/UFSC. Editora Papa-Livros. 1999-176p.
- LIVRO DE ATAS DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE. Rio Grande, 1999.
- LUNARDI FILHO, W. D. & LUNARDI, V. L. Uma Nova Abordagem no Ensino da Enfermagem e da Administração em Enfermagem como Estratégia de Orientação da Prática Profissional do Enfermeiro. *Texto & Contexto de Enfermagem*, Florianópolis, v. 5, n. 2, p. 20-34, jul/dez., 1996.
- LUNARDI, W. D. *O Mito da Subalternidade do Trabalho da Enfermagem à Medicina..* Florianópolis, 1998. Tese (Doutorado em Filosofia) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina.
- MELO, C. M. M. *Divisão Social do Trabalho e Enfermagem*. São Paulo: Cortez, 1986.
- MENDES GONÇALVES, R. B. *Práticas de Saúde: Processo de Trabalho e Necessidades*. São Paulo: Prefeitura Municipal de São Paulo, 1992.
- _____. *Tecnologia e Organização Social das Práticas de Saúde: Características Tecnológicas do Processo de Trabalho na Rede Estadual de Centros de Saúde de São Paulo*. São Paulo: Hucitec, 1994.

MINAYO, M. C. de S. *Interdisciplinaridade: uma questão que atravessa o saber, o poder e o mundo vivido*. In: MEDICINA. Ribeirão Preto, v. 24, n. 2, p. 70-77, abr/jun., 1991.

_____. *O Desafio do Conhecimento - pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 1992.

MISHIMA, S. M. et al. Organização do Processo Gerencial no Trabalho em Saúde Pública. In: ALMEIDA & ROCHA. *O Trabalho da Enfermagem*. São Paulo: Cortez, 1997, p. 251-295.

NAPPI, J. B. et al. *Programa de Atenção Domiciliar*. Hospital Universitário. Rio Grande, 1997.

ORNELLAS, C. P. Os Desafios da Enfermagem para os Anos 90 - Considerações da Debatedora. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 41, 1989, Florianópolis. *Anais*. Florianópolis, 1989, p. 170-176.

PATRÍCIO, Z. M. Administrar é Trabalhar com Gente ... A Interdisciplinaridade no Processo de Cuidar Indireto Através da Educação. *Texto & Contexto de Enfermagem*. Florianópolis, v. 5, n. 2, p. 55-77, jul/dez, 1996.

PELZER, M. T. *A Enfermeira cuidando de Idosos com Alzheimer em Família*. Dissertação de Mestrado. Florianópolis, Universidade Federal de Santa Catarina, 1993.

PIRAGINE, M. L. R. *Cartilha Papareia: Informativo Turístico de A-Z do Município de Rio Grande*. Rio Grande: FURG, 1992.

SABER FAZER, SABER CRIAR: Núcleo de Pesquisa/org. Maria Tereza Leopardi, p. 54-58. Florianópolis: Papa-Livro, 1995.

ROSA, M. T. L. O Desenvolvimento Técnico-científico da Enfermagem - Uma Aproximação com Instrumentos de Trabalho. IN: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 41, 1989, Florianópolis. *Anais*. Florianópolis, 1989, p. 97-126.

SANTOS, Maria Eurídice Padilha dos. *Construindo um processo de ensino-aprendizagem em parceria com enfermeiras de uma policlínica do município de Itajaí-SC*. Florianópolis, 1995. Projeto de prática assistencial do mestrado em assistência de enfermagem - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina.

SANTOS, S. M. A. A Especificidade da Enfermagem na Equipe Interdisciplinar. *Texto & Contexto de Enfermagem*, Florianópolis, v. 6, n. 2, p. 156-161, mai/ago., 1997.

SCOCHI, C. G. S. et al. A Organização do Trabalho e a Prática de Enfermagem em Unidades Neonatais. In: ALMEIDA & ROCHA. *O Trabalho da Enfermagem*. São Paulo: Cortez, 1997, p. 151-172.

SCHRAIBER, L. B. (org.) *Programação em Saúde Hoje*. São Paulo: Hucitec, 1990.

SILVA, G.B. *Enfermagem Profissional - Análise Crítica*. São Paulo: Cortez, 1986.

SUS - RS. Descentralizando e Democratizando o Conhecimento. *Coletânea de Legislação do Sistema Único de Saúde/SUS*. Editora Nova Prova. Ministério da Saúde. Porto Alegre.

THIOLLENT, M. *Metodologia da Pesquisa-Ação*. 5 ed., São Paulo: Cortez, 1992.

TREVIZAN, M. A. A Função Administrativa do Enfermeiro no Contexto da Burocratização Hospitalar. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Brasília, v. 40, n. 4, out/dez., 1987.

TRIVIÑOS, A. N. S. *Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais*. São Paulo: Atlas, 1992.