

FLORA MARTA GIGLIO BUENO

***A CONSTRUÇÃO DA AUTONOMIA PROFISSIONAL:
O TRABALHO DO ENFERMEIRO NO
CONTEXTO HOSPITALAR***

CAMPINAS

2002

UNICAMP
BIBLIOTECA CENTRAL
SEÇÃO CIRCULANTE

FLORA MARTA GIGLIO BUENO

***A CONSTRUÇÃO DA AUTONOMIA PROFISSIONAL:
O TRABALHO DO ENFERMEIRO NO
CONTEXTO HOSPITALAR***

*Dissertação de Mestrado apresentada à Pós-Graduação
da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade
Estadual de Campinas para obtenção do título de Mestre
em Enfermagem*

ORIENTADOR: PROF. DR. MARCOS DE SOUZA QUEIROZ

CAMPINAS

2002

UNIDADE	PC
Nº CHAMADA	T/UNICAMP
	B862c
V	EX
TOMBO BC/	63150
PROC.	16-P-00086-05
C	☐
D	☒
PREÇO	11,00
DATA	15/04/05
Nº CPD	

Bibid 349941

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
UNICAMP**

B862c Bueno, Flora Marta Giglio
A construção da autonomia profissional: o trabalho do enfermeiro no contexto hospitalar / Flora Marta Giglio Bueno. Campinas, SP : [s.n.], 2002.

Orientador : Marcos de Souza Queiroz
Dissertação (Mestrado) Universidade Estadual de Campinas.
Faculdade de Ciências Médicas.

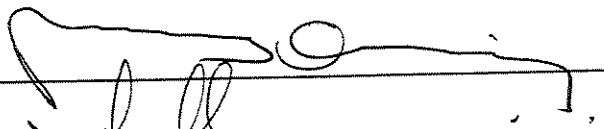
1. Enfermagem. I. Marcos de Souza Queiroz. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Banca Examinadora da Dissertação de Mestrado

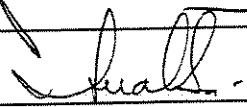
Orientador Prof. Dr. - Marcos de Souza Queiróz

Membros:

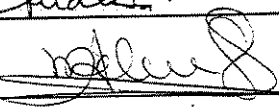
1. Prof. Dr. Marcos de Souza Queiróz



2. Prof^a Dr^a Ana Cristina de Sá



3. Prof^a Dr^a Maria Helena Salgado Bagnato



4. Prof^a Dr^a Maria Inês Monteiro Cocco



**Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas da
Universidade Estadual de Campinas**

Data: 12/04/2002

200508068

FLORA MARTA GIGLIO BUENO

A CONSTRUÇÃO DA AUTONOMIA PROFISSIONAL: O TRABALHO DO ENFERMEIRO NO CONTEXTO HOSPITALAR.

Este exemplar corresponde à redação final defendida por Flora Marta Giglio Bueno, aprovado pela Comissão Julgadora.

Data: 12 / 04 / 2002.

Orientador: Prof. Dr. Marcos de Souza Queiroz

Comissão Julgadora

1. Profª Drª Ana Cristina de Sá
2. Profª Drª Maria Inês Monteiro Côcco
3. Profª Drª Maria Helena Salgado Bagnato

Este exemplar corresponde à versão final da Dissertação de Mestrado, apresentada à Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas para obtenção do título de Mestre em Enfermagem, de **FLORA MARTA GIGLIO BUENO**


PROF. DR. MARCOS DE SOUZA QUEIROZ
Orientador

DEDICATÓRIA

*Aos meus filhos André e Rafael, pelo apoio e
compreensão da importância deste momento para mim.*

*Ao meu esposo Edison, pelo apoio, incentivo
e presença constante em todos os momentos deste desafio.*

*Aos meus pais Glória e Danton pela minha
existência e pelo incentivo em todos os momentos.*

*Aos meus irmãos Vanderli e Vanderson,
companheiros desta jornada de vida.*

*A meus avós Florinda e Vicente e aos meus
tios Dulcinéia, Dirce e Murilo (in memoriam)*

AGRADECIMENTOS

A todas as pessoas que de diversas formas contribuíram para que este caminho fosse percorrido e em especial:

Ao Prof. Dr. Marcos de Souza Queiroz pela disponibilidade e orientação competente.

Ao Prof. Dr. Edison Bueno, esposo e amigo, pelo apoio competente e constante. Aos meus filhos e colaboradores de muitos momentos, André Giglio Bueno e Rafael Giglio Bueno.

Aos enfermeiros do HC UNICAMP que aceitaram participar deste estudo.

Ao amigo e Prof. Dr. César Aparecido Nunes, pelo apoio, colaboração e incentivo e à Profª Dra. Maria Helena Salgado Bagnato, por suas sugestões no exame de qualificação.

À Comissão de Pesquisa e Estatística da FCM da UNICAMP e em especial à Andréa Ferreira Semolini e à Diretoria de Apoio Didático, Científico e Computacional, em especial à Profª Maria José Teodora Carreira Rey.

A Diretoria do Departamento de Enfermagem do HC UNICAMP na pessoa do enfº Williams José M. Pinsetta e também aos secretários Iracy, Roberto, Cleusa, Dora e Cássia.

Ao Departamento de Enfermagem da FCM/UNICAMP, em especial aos docentes da Pós-Graduação, destacando a Profª. Dra. Maria Inês Monteiro Côcco, a Prof. Dra. Edneis de Brito Girardello e a Profª Dra. Emília Luigia Saporitti Angerami, pelo estímulo intelectual constante.

Aos enfermeiros Ryoko Tsuda Bellentani, Isilda Sueli A M. de Assumpção, Adriana Guzzo Mucke, José Alexandre Pio Magalhães, Regina Ap. F. Sasaki, , Eloysa M. F. Pivetti, Maria Marilene Rogante, Miriam Rizziolli dos Santos e à psicóloga Bernadete Melo; aos colegas da Comissão de Ética de Enfermagem Raquel Machado Ferramola, Carlos Arcanjo dos Santos, Carlos E. S. Guanabara, Elisabeth Dreyer, Célia M. Bosqueiro, Silamar de Oliveira, Sandra R. Andrella e Benedito Sérgio de Oliveira, pelo interesse e incentivo durante a realização deste estudo.

À equipe multiprofissional do ambulatório de Otorrinolaringologia, em especial à equipe de enfermagem pela compreensão e apoio durante a realização deste estudo: Adélia, Claudete, Lindinalda, Adélia, Luiz e Ivonilde.

Aos colegas do Serviço de Ambulatórios Especializados, com quem compartilho parte de minha vida profissional, na pessoa da enf^a Ana Maria Cárnio.

Ao ser em cuidado, razão do *ser – saber – fazer* da própria enfermagem.

A Deus, presente em todos os momentos de nossas existências.



John Morton-Sale, *The red Cross of Comfort* – reproduzido da Agenda COREN-SP/2000

*SER enfermeiro é executar o trabalho conforme o seu
próprio e elevado
conceito do que é certo e o melhor para o doente,
não apenas para cumprir ordens,
mas para sua própria satisfação.
Porque, se o enfermeiro não o fizer para sua
satisfação pessoal,
de nada adiantará ensiná-lo e dizer-lhe que o faça.
Florence Nightingale*

Senhor Jesus, muito obrigada!
Pelo ar que nos dá,
pelo pão que nos deste,
pela roupa que nos veste,
pela alegria que possuímos,
por tudo do que nos nutrimos.

Muito obrigada, pela beleza da paisagem,
pelas aves que voam no céu de anil,
pelas Tuas dádivas mil!

Muito obrigada, senhor!
Pelos olhos que temos...
Olhos que vêem o céu, que vêem a terra e o mar,
que contemplam toda beleza!
Olhos que se iluminam de amor
ante o majestoso festival de cor da generosa Natureza!

E os que perderam a visão?
Deixa-me rogar por eles
Ao teu nobre coração!
Eu sei que depois desta vida,
Além da morte, voltarão a ver com alegria incontida...

Muito obrigada, pelos ouvidos meus
pelos ouvidos que me foram dados por Deus.
Obrigada, Senhor, porque posso escutar
O Teu nome sublime, e, assim, posso amar
Obrigada pelos ouvidos que registram:
a sinfonia da vida, no trabalho, na dor, na lida..
O gemido e o canto do vento nos galhos do olmeiro, as
lágrimas doridas do mundo inteiro
e a voz longínqua do cancioneiro...
E os que perderam a faculdade de escutar?
Deixa-me por eles rogar...
Sei que em Teu Reino voltarão a sonhar.

Obrigada, Senhor, pela minha voz.
Mas também pela voz que ama,
pela voz que canta,
pela voz que ajuda,
pela voz que socorre,
pela voz que ensina,
pela voz que ilumina...
E pela voz que fala de amor,
Obrigada Senhor!

Recordo-me, sofrendo, daqueles
que perderam o dom de falar
E o Teu nome pronunciar!...
os que vivem atormentados na afasia
e não podem cantar nem a noite nem ao dia...
Eu suplico por eles
sabendo, porém, que mais tarde,
No Teu Reino voltarão a falar.

Obrigada, Senhor, por estas mãos que são minhas
Alavancas da ação, do progresso, da redenção.
agradeço pelas mãos que acenam adeuses,
pelas mãos que fazem ternura,
e que socorrem na amargura;
pelas mãos que acarinham,
pelas mãos que elaboram as leis
pelas mãos que cicatrizam feridas
retificando as carnes sofridas
balsamizando as dores de muitas vidas!

Pelas mãos que trabalham o solo,
que amparam o sofrimento e estancam lágrimas,
pelas mãos que ajudam os que sofrem,
os que padecem...
pelas mãos que brilham nesses traços,
como estrelas sublimes fulgindo em meus braços!

...E pelos pés que me levam a marchar,
erecta, firme a caminhar;
pés da renúncia que seguem
humildes e nobres sem reclamar.

E os que estão amputados, os aleijados,
os feridos e os deformados,
os que estão retidos na expiação
por ilusões doutra encarnação,
eu rogo por eles e posso afirmar
que no Teu Reino, após a lida
dolorosa da vida,
hão de poder bailar
e em transportes sublimes outros braços afagar...
Sei que a Ti tudo é possível!
Mesmo que ao mundo parece impossível!

Obrigada Senhor, pelo meu lar,
o recanto de paz ou escola de amor.
a mansão de glória.

Obrigada, Senhor, pelo amor que eu tenho
e pelo lar que é meu...
Mas, se eu sequer nem o lar tiver
ou teto amigo para me aconchegar
nem outro abrigo para me confortar,
se eu não possuir nada,
senão as estradas e as estrelas do céu,
como leito de repouso e suave lençol,
ao meu lado ninguém existir, vivendo e chorando
sozinha; ao léu...

Sem alguém para me consolar
Direi, cantarei ainda:
Obrigada Senhor,
porque Te amo e sei que me amas,
porque me deste a vida
jovial, alegre, por teu amor favorecida...

Obrigada, Senhor, porque nasci,
Obrigada, porque creio em Ti
...E porque me socorres com amor.
Hoje e sempre,
Obrigada Senhor!

Amélia Rodrigues/Divaldo Pereira Franco

	<i>PÁG.</i>
RESUMO.....	<i>xxxix</i>
INTRODUÇÃO.....	43
1. As dificuldades existentes para a valorização e reconhecimento da enfermagem e a perda de sua identidade profissional.....	45
2. A necessidade e a possibilidade do trabalho autônomo enfermagem.....	53
3. Objetivos.....	62
CAPÍTULO 1: Trajetória metodológica.....	63
1.1. Tipo de pesquisa.....	65
1.2. Método da pesquisa.....	66
1.2.1. População.....	70
1.2.2. Instrumento e operacionalização da coleta de dados.....	71
1.3. Aspectos éticos da pesquisa.....	75
1.4. A documentação e análise das informações.....	75
CAPÍTULO 2: A construção do cuidado à saúde.....	77
2.1. A saúde no Brasil.....	82
2.2. A saúde e a enfermagem.....	86
2.3. A saúde no contexto hospitalar: o papel do profissional enfermeiro.....	90
2.4. O enfermeiro e a construção de sua autonomia no processo de cuidar....	96

CAPÍTULO 3: A enfermagem e o profissional enfermeiro: suas interfaces com o modo de produzir saúde.....	107
3.1. Resgatando a enfermagem na história – O ser.....	110
3.2. Resgatando o cuidado na enfermagem – O fazer.....	118
3.3. Resgatando o enfermeiro para o cuidar – o saber.....	124
3.4. A necessidade de um novo olhar para o modelo assistencial.....	127
CAPÍTULO 4: Apresentação e análise dos dados.....	135
4.1. Apresentação e análise dos dados obtidos através dos questionários.....	138
4.2. Apresentação e análise dos dados obtidos através das entrevistas.....	169
CONCLUSÃO.....	189
SUMMARY.....	199
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	203
FONTES CONSULTADAS.....	215
ANEXOS.....	221
Anexo 1: Termos de consentimento livre e esclarecido.....	223
Anexo 2: Instrumento para coleta de dados.....	225
Anexo 3: Questionário.....	227
Anexo 4: Roteiro de entrevista.....	239
Anexo 5: Aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa.....	241
Anexo 6: Reprodução das entrevistas.....	243

LISTA DE ABREVIATURAS OU SIGLAS

ABEN	Associação Brasileira de Enfermagem.
CCIH	Comissão de Controle de Infecção Hospitalar.
CIE	Conselho Internacional de Enfermeiros.
CEE	Comissão de Ética de Enfermagem.
CEPE	Comitê de Ética em Pesquisa.
CME	Central de Material Esterilizado.
CNS	Conselho Nacional de Saúde.
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem.
COREN	Conselho Regional de Enfermagem.
DIR/SP	Diretoria Regional de Saúde.
EGA	Enfermaria Geral de Adultos.
FCM	Faculdade de Ciências Médicas
GAN	Grupo de Apoio Nutricional.
HC/UNICAMP	Hospital das Clínicas da Universidade Estadual de Campinas.
LPM	Liderança Para Mudança.
MERCOSUL	Mercado Comum do Cone Sul.
OMS	Organização Mundial da Saúde.
PUCC	Pontifícia Universidade Católica de Campinas.
PN	Primary Nursing.
PS	Pronto Socorro.
S1/S2/S3	Sujeito 1/ Sujeito 2/ Sujeito 3.
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem.

SAS	Statistical Analysis System.
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde.
SUS	Sistema Único de Saúde.
UFSCAR	Universidade Federal de São Carlos.
UNIARARAS	Universidade de Araras.
UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas.
USP Ribeirão Preto	Universidade de São Paulo/ Campus Ribeirão Preto.
UTI	Unidade de Terapia Intensiva.

	<i>PÁG.</i>
Tabela 1: Distribuição dos enfermeiros de acordo com a faixa etária – HC/UNICAMP - Agosto/2001.....	138
Tabela 2: Distribuição dos enfermeiros de acordo com o sexo – HC/UNICAMP Agosto/2001.....	139
Tabela 3: Distribuição dos enfermeiros de acordo com o estado civil – HC/UNICAMP - agosto/2001.....	139
Tabela 4: Distribuição dos enfermeiros de acordo com o número de filhos – HC/UNICAMP – agosto/2001.....	139
Tabela 5: - Distribuição dos enfermeiros de acordo com o local de residência – HC/UNICAMP – agosto/2001.....	140
Tabela 6: Distribuição dos enfermeiros de acordo com a renda pessoal – HC/UNICAMP – agosto/2001.....	141
Tabela 7: Distribuição dos enfermeiros de acordo com a renda familiar – HC/UNICAMP – agosto/2001.....	141
Tabela 8: Distribuição dos enfermeiros de acordo com o número de empregos – HC/UNICAMP – agosto/2001.....	142
Tabela 9: Distribuição dos enfermeiros de acordo com a jornada de trabalho – HC/UNICAMP – agosto/2001.....	142
Tabela 10: Distribuição dos enfermeiros de acordo com a jornada de trabalho fora do Hospital das Clínicas – HC/UNICAMP – agosto/2001.....	143
Tabela 11: Distribuição dos enfermeiros de acordo com a instituição formadora – HC/UNICAMP – agosto/2001.....	144

Tabela 12:	Distribuição dos enfermeiros de acordo com o tipo de pós-graduação Realizada – HC/UNICAMP – agosto/2001.....	145
Tabela 13:	Distribuição dos enfermeiros participantes da pesquisa de acordo com a Unidade de trabalho – HC/UNICAMP – agosto/2001.....	145
Tabela 14:	Distribuição dos enfermeiros do HC de acordo com o turno de trabalho HC/UNICAMP – agosto 2001.....	146
Tabela 15:	Distribuição das respostas dos enfermeiros do HC/UNICAMP à questão: Você considera-se bem sucedido na profissão? - agosto/2001.....	147
Tabela 16:	Distribuição das respostas dos enfermeiros do HC/UNICAMP à questão: você está satisfeita(o) com sua renda? – agosto/2001.....	147
Tabela 17:	Distribuição das respostas dos enfermeiros do HC/UNICAMP à questão: você está satisfeita(o) com sua situação de trabalho? – agosto/2001.....	148
Tabela 18:	Distribuição das respostas dos enfermeiros do HC/UNICAMP à questão: existe ascensão profissional em seu trabalho? – agosto/2001.....	148
Tabela 19:	Distribuição das respostas dos enfermeiros do HC/UNICAMP à questão: como é sua relação com os médicos docentes? – agosto/2001.....	149
Tabela 20:	Distribuição das respostas dos enfermeiros do HC/UNICAMP à questão: como é sua relação com os médicos residentes? – agosto/2001.....	149
Tabela 21:	Distribuição das respostas dos enfermeiros do HC/UNICAMP à questão: como é sua relação com a equipe de enfermagem? – agosto/2001.....	149

Tabela 22:	Distribuição das respostas dos enfermeiros do HC/UNICAMP à questão: como você se coloca em relação aos demais enfermeiros do serviço público? – agosto/2001.....	150
Tabela 23:	Distribuição das respostas dos enfermeiros do HC/UNICAMP à questão: como você se coloca em relação aos enfermeiros do serviço privado? agosto/2001.....	151
Tabela 24:	Distribuição das respostas dos enfermeiros do HC/UNICAMP à questão: assinale por ordem de importância, três atividades que você realiza e que considera inerente à profissão? – agosto/2001.....	152
Tabela 25:	Distribuição das respostas dos enfermeiros do HC/UNICAMP à questão: assinale por ordem de importância, duas de suas atividades que considera serem valorizadas pela equipe médica – agosto/2001.....	153
Tabela 26:	Distribuição das respostas dos enfermeiros do HC/UNICAMP à questão: Assinale por ordem de importância, três atividades que você realiza e que considera serem valorizadas pela equipe de enfermagem – agosto/2001.....	154
Tabela 27:	Distribuição das respostas dos enfermeiros do HC/UNICAMP à questão: você considera o hospital o melhor ambiente para o tratamento da maioria dos problemas de saúde? – agosto/2001.....	155
Tabela 28:	Distribuição das respostas dos enfermeiros do HC/UNICAMP à questão: você acha que a promoção da saúde no contexto técnico do hospital, necessitaria de uma visão mais abrangente do paciente como totalidade? – agosto/2001.....	155
Tabela 29:	Distribuição das respostas dos enfermeiros do HC/UNICAMP à questão: se você respondeu “sim”, você acha que o enfermeiro seria o profissional mais apto a promover este tipo de cuidado? – agosto/2001.....	156

Tabela 30:	Distribuição das respostas dos enfermeiros do HC/UNICAMP à questão: para você, qual é o papel da medicina alternativa no cuidado à saúde? – agosto/2001.....	156
Tabela 31:	Distribuição das respostas dos enfermeiros do HC/UNICAMP à questão: o que você acha da política de desospitalização? – agosto/2001.....	157
Tabela 32:	Distribuição das respostas dos enfermeiros do HC/UNICAMP à questão: enquanto enfermeiro, qual o produto final de seu trabalho? Agosto/2001.....	157
Tabela 33:	Distribuição das respostas dos enfermeiros do HC/UNICAMP à questão: já houve alguma intervenção de sua parte, de caráter inovador, que tenha provocado algum tipo de mudança na instituição? – agosto/2001.....	158
Tabela 34:	Distribuição das respostas dos enfermeiros do HC/UNICAMP à questão: você tem interesse em acompanhar o desenvolvimento das políticas de saúde mais voltadas para o SUS? – agosto/2001.....	158
Tabela 35:	Distribuição das respostas dos enfermeiros do HC/UNICAMP à questão: você acha que o SUS tem contribuído para a valorização do papel do enfermeiro? – agosto/2001.....	159
Tabela 36:	Distribuição das respostas dos enfermeiros do HC/UNICAMP à questão: você participa de algum tipo de representação de classe? – agosto/2001.....	160
Tabela 37:	Distribuição das respostas dos enfermeiros do HC/UNICAMP à questão: você conhece a concepção teórica e as diretrizes básicas voltadas à saúde preconizada pela OMS? – agosto/2001.....	160
Tabela 38:	Distribuição das respostas dos enfermeiros do HC/UNICAMP à questão: a instituição promove a atualização de seu conhecimento através do serviço de educação continuada? – agosto/2001.....	160

Tabela 39:	Distribuição das respostas dos enfermeiros do HC/UNICAMP à questão: como você conceitua o reconhecimento de sua profissão dado pela administração da instituição? – agosto/2001.....	161
Tabela 40:	Distribuição das respostas dos enfermeiros do HC/UNICAMP à questão: existe uma política de atuação condizente com os preceitos éticos-legais da enfermagem na instituição? – agosto/2001.....	162
Tabela 41:	Distribuição das respostas dos enfermeiros do HC/UNICAMP à questão: como você avalia o reconhecimento de sua profissão dado pelos usuários e familiares? – agosto/2001.....	162
Tabela 42:	Distribuição das respostas dos enfermeiros do HC/UNICAMP à questão: assinale até três atitudes, por ordem de importância, que você caracteriza como autônomas em suas atividades como profissional. – agosto/2001.....	163
Tabela 43:	Frequência com que as alternativas abaixo apareceram como primeira, segunda ou terceira respostas relativas à questão anterior que foram escolhidas pelos enfermeiros do HC/UNICAMP – agosto/2001.....	164
Tabela 44:	Distribuição das respostas dos enfermeiros do HC/UNICAMP à questão: em relação a autonomia, você considera: (múltipla escolha) – agosto/2001.....	165
Tabela 45:	Distribuição das respostas dos enfermeiros do HC/UNICAMP à questão: qual o grau de autonomia que você julga ter no exercício de sua profissão? Agosto/2001.....	166
Tabela 46:	Distribuição das respostas dos enfermeiros do HC/UNICAMP à questão: numa equipe de saúde, qual profissional deveria exercer o papel de liderança? – agosto/2001.....	167

Tabela 47: Distribuição das respostas dos enfermeiros do HC/UNICAMP à questão: como você se reconhece como profissional na instituição? – agosto/2001.....	167
Tabela 48: Distribuição das respostas dos enfermeiros do HC/UNICAMP à questão: você tem outras ambições profissionais? Se você respondeu “sim”, quais seriam? agosto/2001.....	168

LISTA DE QUADROS

	<i>PÁG.</i>
Quadro 1: Recursos Financeiros Aplicados em Saúde no Brasil.....	83



RESUMO

Esta investigação identifica fatores que interferem na qualidade da prática de enfermagem dentro de um hospital universitário. Faz, também, algumas considerações sobre o cuidado à saúde, o desenvolvimento histórico da enfermagem e dos cuidados em enfermagem, o processo de trabalho que se desenvolve, sua organização e, a partir daí, salienta a importância de uma reflexão crítica dos enfermeiros, enquanto sujeitos que devem atuar redimensionando continuamente a sua prática.

Esse posicionamento traria como resultado um agir em enfermagem com valores modificados, necessários para uma intervenção de qualidade no processo de trabalho em saúde e da da enfermagem, consubstanciado no ato cuidador, essência do trabalho de enfermagem em saúde, destacando a autonomia como um fator importante a ser resgatado na assistência de enfermagem prestada.

A partir de uma abordagem quantitativa e qualitativa, são pontuadas questões sobre o espaço que o enfermeiro ocupa no trabalho em saúde, os fatores que trazem satisfação no exercício profissional, a responsabilização, ressaltando sua autonomia no ato cuidar/cuidado, como condição de direito e poder para determinar seu modo de ser, saber e agir.

O estudo foi desenvolvido em um hospital público universitário do Município de Campinas com profissionais enfermeiros, atuando na área assistencial, tanto em Unidades de Internação como Ambulatórios Especializados, Unidade de Terapia Intensiva e Pronto Socorro, utilizando-se um questionário-padrão, com análise estatística na abordagem quantitativa e a realização de uma entrevista semi-estruturada, na abordagem qualitativa.

Por fim, é proposto um repensar na maneira de desenvolver o trabalho do profissional enfermeiro de modo a estimular seu compromisso com a produção de saúde, ao mesmo tempo em que se procura garantir maior nível de satisfação no exercício da profissão. Além disso, procura-se demonstrar a necessidade de atitudes mais expressivas, posturas mais ativas e reflexivas, saberes mais específicos para que então se torne efetivamente um profissional essencial e com maior visibilidade social.



INTRODUÇÃO

1. As dificuldades existentes para a valorização e reconhecimento da enfermagem e a busca da identidade profissional.

O comportamento do profissional enfermeiro e dos integrantes da equipe de enfermagem sempre foi para mim, motivo de reflexão. Minha atuação é e sempre foi na área hospitalar, ora no nível assistencial direto, ora gerenciando a assistência prestada, nas áreas de internação, ambulatorial, de ensino e também como membro de Comissão de Ética de Enfermagem. Minhas inquietações sempre giraram em torno da missão social e institucional do profissional enfermeiro, ou seja, procurar entender sua visão de mundo¹ no trabalho, e, de certa forma, contribuir para ampliar a visibilidade social da enfermagem. Isso tudo se tornou foco de minhas preocupações pessoais, profissionais e por fim, acadêmicas.

Visão de mundo segundo FAZENDA (2001:105) é a própria

“concepção da realidade ou uma percepção organizada da realidade ou como um pressuposto ontológico de forma geral e abrangente está relacionado às concepções de história, de homem, de sujeito, de objeto, de ciência, de construção lógica, etc., definindo ainda mais o fio condutor da compreensão e da explicação das várias abordagens”.

Com o passar dos anos, senti a necessidade de buscar internamente maneiras de amenizar tais preocupações, o que não surtiu muitos resultados. Na tentativa de buscar mais conhecimentos que me ajudassem a responder muitos questionamentos, cursei algumas disciplinas como aluna especial no programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. A partir daí, percebi que estava no caminho certo; meu olhar para muitas de minhas inquietações tornou-se mais direcionado, mais crítico e, através de leituras, discussões e seminários, fiquei mais instigada a buscar respostas, porém, de forma determinada e fundamentada às minhas indagações. Ingressei então no programa de Mestrado em Enfermagem para desenvolver este projeto que venho construindo há anos. Em meados de 1997, procurei colocar minhas idéias de forma sistematizada, e, no ano 2000, ingressando no programa de Pós-Graduação, prossegui neste estudo, cujo resultado está aqui impresso.

¹ Para LUKÁS *apud* MINAYO, M.C.S. (2000:170), visão de mundo não é um dado empírico imediato, mas um instrumento conceitual de trabalho, indispensável para se compreender as expressões imediatas do pensamento dos indivíduos.

Foi um desafio a que me propus vencer até aqui e, assim pretendo enfrentar outros novos desafios.

O tema da autonomia do profissional enfermeiro no contexto hospitalar, a cada dia se tornou mais importante para mim, pois ampliou minha possibilidade de compreensão e reflexão, bem como proporcionar a possibilidade de olhar a enfermagem enquanto profissão, sobre um outro ângulo, articulando-a com outros conhecimentos, desejando que os profissionais conheçam algumas particularidades importantes contidas neste estudo.

De acordo com os conhecimentos de MORIN (2001:17)

“os conhecimentos fragmentados só servem para usos técnicos. Não conseguem conjugar-se para alimentar um pensamento capaz de considerar a situação humana no âmago da vida, na terra, no mundo e de enfrentar os grandes desafios de nossa época. Não conseguimos integrar nossos conhecimentos para a condução de nossas vidas. Daí o sentido da segunda parte da frase de Eliot: ‘onde está a sabedoria que perdemos no conhecimento’ ”.

Urge, portanto, que o profissional enfermeiro e a equipe de enfermagem, dentro de suas competências, interfiram no processo de reavaliar as prioridades na assistência, refletindo sobre a sua importância nos três níveis de atenção à saúde, articulando-os e utilizando-os de uma forma adequada. Portanto, o propósito de desenvolver este estudo é provocar uma reflexão sobre a assistência de enfermagem, da necessidade de alcançar um padrão de atendimento singular, individualizado, potencializando o papel cuidador do profissional, criando um vínculo maior entre este e o ser em cuidado.

Por ter optado por realizar uma reflexão crítica sobre o tema, proponho um questionamento sobre esse senso comum² do agir do profissional enfermeiro, ou seja, qual sua visão de mundo e, a partir daí, analisar se o profissional admite ser necessário haver mudanças em seu processo de trabalho e se a proposição que faço sobre sua autonomia na ação cuidadora é viável ou pertinente. Enfatizo que todas as discussões, referências e

² HABERMAS (2002:06) sobre esse termo elucida que *naturalmente o “common sense”, que cria para si muitas ilusões em relação ao mundo, deve se deixar iluminar sem reservas pelas ciências(...) quando aprendemos algo novo sobre o mundo e sobre nós como seres no mundo, se altera o conteúdo de nossa autocompreensão.*

inferências estão centradas no campo dos serviços públicos de saúde, já que considero o cuidado à saúde como direito básico do ser humano. Portanto, não tenho propósito em discutir detalhadamente o tema no campo das relações econômicas, em que se considera o cuidado à saúde como passivo de obtenção de lucro, nas quais se consolidam a desigualdade e a exclusão.

Para melhor compreender a justificativa do tema é necessário analisar a natureza da saúde, enquanto problema social, contextualizando, no nível hospitalar, o desenvolvimento do trabalho do profissional enfermeiro e da Enfermagem, evidenciando sua situação profissional. Vale, portanto, pensar criticamente sobre até que ponto o profissional enfermeiro considera a autonomia no cuidar como um dispositivo viável, necessário e pertinente para legitimar suas ações específicas.

O tecnicismo do modelo centrado em procedimentos médicos, pelo qual a enfermagem muitas vezes reproduz em sua prática, a torna limitada em suas ações e o ser em cuidado, perde muito com isso. Portanto, é necessário haver mudanças na organização dos conhecimentos.

A enfermagem, como uma prática social, é historicamente estruturada e, atuando de forma articulada na equipe multiprofissional de saúde, é reconhecida tanto no seu aspecto técnico, como também produtora de um conhecimento científico específico sobre o cuidar/cuidado .

O trabalho em saúde tem suas características próprias, na maneira de proporcionar saúde nos diferentes serviços, tais como o que lhe é próprio, quem trabalha, como faz, para que, por quê, a quem e como serve, conforme explica MERHY (1997). O trabalho coletivo é a organização de um conjunto de processos de trabalho que se vinculam entre si em torno de uma certa cadeia de produção. MERHY (1997:73) esclarece que o trabalho em saúde toma centralmente um conjunto de sabedorias e de práticas com a finalidade de realizar uma intervenção sobre um certo problema de saúde, conforme os critérios adotados pelo modelo de atenção do serviço, considerando-a como um objeto de ação de saúde

“em um dado processo individual ou coletivo, visando alterar a lógica do sofrimento, representada como problema de saúde pelo usuário ou o seu percurso no indivíduo ou no coletivo, ou mesmo alterar a sua produção no nível do conjunto das relações sociais” (MERHY 1997:73).

É importante enfatizar que ação individual de saúde é a atuação dos profissionais no problema/necessidade de saúde que adquire concretude como necessidade *sentida* e para os quais as tecnologias leves e leve-duras³ são estratégicas; ação coletiva de saúde é a atuação que interfere na possibilidade de impactar a existência do problema nos indivíduos e na população, potencializando a produção associada das intervenções em ambos os planos; as tecnologias leve-duras e duras atuam de forma articulada. (MERHY; 1997:226). O estudo de QUEIROZ, CAMPOS, MERHY (1992:37) reforça o exposto, afirmando que a assistência integral à saúde exige o concurso de outros profissionais da saúde.

De acordo com L'ABBATE (1997:274) os trabalhadores de saúde integram organicamente a prática dos serviços de saúde e quem opta por trabalhar nesses serviços deve acreditar e apostar nesse ideário.

O trabalho em saúde, em geral, é desenvolvido de forma coletiva, ou seja, vários profissionais atuam num mesmo corpo, para um mesmo ser em cuidado ou mesmo uma coletividade. A autonomia dos profissionais, de certa forma, fica tensionada, pois em vários momentos diversas práticas se sobrepõem, principalmente a prática médica e a de enfermagem, que podem ser sintetizadas na essência do ‘tratar’ e do ‘cuidar’, respectivamente. Acredito ser um espaço social que, se bem trabalhado pode gerar mudanças positivas e eficientes para o cliente/paciente/usuário, bem como para o reconhecimento e valorização de cada profissional.

PIRES *apud* CAPELLA, B.B. (1988:161) cita Pires que faz uma adequada reflexão, utilizando conceitos marxistas, do processo de trabalho da enfermagem, expondo os princípios tayloristas da divisão do trabalho: o processo de trabalho da enfermagem tem

³ Para MERHY (1997:121) *tecnologia leve* são tecnologias de relações envolvidas no trabalho em saúde do tipo produção de vínculo, autonomização, acolhimento; *tecnologia leve-dura* são saberes bem estruturados que operam no processo de trabalho; *tecnologia dura* são equipamentos, normas organizacionais estruturadas.

como finalidade, a ação terapêutica de enfermagem; como objeto, o indivíduo que precisa de cuidado; como instrumental, o saber da enfermagem (Princípios Científicos e Teorias de Enfermagem) corporificado nas técnicas e nas metodologias assistenciais e, como produto final, um serviço prestado.

Nesse contexto cabe ao profissional enfermeiro o trabalho intelectual, determinado pelo seu saber. Na maioria das vezes esse trabalho intelectual não sofre interferência diretamente na natureza do indivíduo em cuidado e sim na consciência que o trabalhador toma deste. O trabalho manual, ou seja, o fazer de forma técnica, mais frequentemente cabe ao técnico e/ou auxiliar de enfermagem, através do qual existe a transformação efetiva no indivíduo. Essa divisão no processo de trabalho da enfermagem, além de acarretar conflitos internos, reflete-se na assistência que se presta ao ser em cuidado bem como interfere na autonomia do profissional enfermeiro, pois em muitos momentos o afasta de sua ação cuidadora direta, minimizando o seu potencial de ação nesse processo.

LUNARDI (1995:82) reforça que

“a divisão social do trabalho de enfermagem, bem como a sua formação de caráter disciplinar favoreceram a implantação e disseminação dos princípios de administração científica de Taylor e Fayol: a dicotomia entre a concepção e a execução de tarefas, a separação do processo de trabalho das diferentes especialidades dos trabalhadores (escala de serviço por tarefas) e o monopólio do saber e do conhecimento para o controle das suas diversas fases, encontram-se presentes ainda hoje na enfermagem pela sua própria inserção sociopolítica mais ampla”.

CAMPOS (1997:234) ilustra de modo interessante essa afirmação:

“A organização parcelar do trabalho em saúde e a consequente fixação do profissional a determinada etapa de um certo projeto terapêutico produzem alienação. Na verdade, se o profissional não se sente o sujeito ativo do processo de reabilitação ou na trajetória de invenção de programas para debelar um problema sanitário mais coletivo, ele não somente perderá contato com elementos potencialmente estimuladores de sua criatividade, como tenderá a não se responsabilizar pelo objetivo final da própria intervenção (...)”.

ALMEIDA & ROCHA (1977) citam em seus estudos que o enfermeiro atuando mais no trabalho intelectual, ou seja, afastando-se de seu objeto de trabalho que é o cuidado de enfermagem, passa a tão somente gerenciar o processo de trabalho. Quem atua diretamente no objeto é o técnico e/ou o auxiliar de enfermagem, subdividindo esse cuidado, alienando-se nesse processo. O enfermeiro, para obter o controle desse pessoal, utiliza o seu saber como um instrumental ideológico de poder.

Sob a ótica de FOUCAULT (1988), que faz uma análise histórica do poder como meio capaz de explicar a produção do saber, a enfermagem se disciplina como um regime de ordem (a divisão interna de seu processo de trabalho), porém, relacionada ao espaço medicalizado (o médico como o detentor do saber) que é o hospital, atrelado ao contexto histórico-econômico capitalista, no qual houve a disciplinarização do corpo da enfermagem. Essa questão será comentada adiante, oportunamente.

Essa situação está associada ao próprio desenvolvimento do capitalismo moderno no setor saúde, em que ocorre uma ruptura entre saúde e medicina, corpo e mente, eu e o outro, pessoa e contexto, relações econômicas e comunitárias, num processo de intensa burocratização e desencanto, reflexo da hegemonia do paradigma cartesiano/positivista⁴ (QUEIROZ, 1986). Paradigma, na conceituação de CAPRA (1999:14) “é uma nova visão da realidade, uma mudança fundamental em nossos pensamentos, percepções e valores”.

É sabido que a medicina científica ocidental, após a Segunda Guerra Mundial, avançou sobremaneira na área tecnológica, sofisticando-a, pois houve a implementação de procedimentos diversos. Isso possibilitou, segundo QUEIROZ (1986:309) baseando-se nos estudos de Possas, uma sintonia ainda maior com o sistema produtivo na medida em que aumentou significativamente o seu poder de intervenção no corpo humano a fim de moldá-lo às necessidades da produção. Nesse sentido, percorre um processo de intensa acumulação de capital.

⁴ Kuhn *apud* QUEIROZ, M.S., (1986:309) conceitua paradigma conforme formulação de Kuhn como sendo um mapa que governa a percepção dos cientistas, ou seja, a finalidade da ciência normal é concentrar as investigações no óbvio já pré-determinado pelo paradigma dominante (campo da ciência) e não produzir um novo conhecimento. A ciência portanto desenvolve um novo paradigma se o vigente não estiver compreendendo a realidade adequadamente.

Diante desses estudos, analisamos que o tropismo de grupos de profissionais bem como de investimentos para o espaço hospitalar foi intenso, tendo em vista o interesse financeiro, além de considerar o local mais adequado de expansão de conhecimentos, atuação e visibilidade social.

O mercado de trabalho para os profissionais de enfermagem de nível médio se expandiu nessa área e o profissional enfermeiro passa a ser requisitado mais especificamente para organizar serviços, gerenciar equipes e controlar insumos materiais, marginalizando sua atuação no cuidado direto, relegando assim o saber da enfermagem a um segundo plano ao exigir desses profissionais uma atuação restrita à operacionalização dos procedimentos médicos. Com isso, que considero uma situação de alienação social, iniciou-se um processo em que a essência da enfermagem, que é o cuidar/cuidado, diluiu-se no deslumbre pela tecnologia, diluindo também a valorização do profissional de enfermagem, não reconhecendo o enfermeiro como membro essencial na equipe de cuidado à saúde.

Esse sistema, que se tornou hegemônico no mundo ocidental, contribuiu para a crise no setor saúde e da medicina, com seu paradigma mecanicista, que é assim denominado “por pressupor que, como qualquer objeto natural, a saúde e a doença podem ser explicadas exclusivamente pela interação mecânica das diferentes partes do organismo humano” (QUEIROZ, 1986). É importante salientar que, neste contexto, a crise e instabilidade no setor público de saúde tem uma conexão com questões sociais e políticas mais amplas.

O modelo biomédico vigente é baseado no modelo assistencial médico centrado e apoiado em serviços e procedimentos de enfermagem. Este modelo, com sua visão fragmentada apesar das

“premissas e pressupostos sólidos perde essa condição de absolutismo, ou seja, a realidade se confronta com valores múltiplos de questões individuais e coletivas vividas pelos atores sociais, no qual a maioria destes não está devidamente preparada devido ao tipo de formação educacional” (QUEIROZ *et al.*, 1992:34).

Portanto, por esse ângulo, a formação tecnicista é muito pouco voltada para questões sociais e coletivas, nas quais a promoção da saúde deveria ser enfatizada através da implementação das práticas educativas pela equipe de saúde, um dos papéis mais significativos do profissional enfermeiro, que por ele deveria ter sido assumido como prática cotidiana. Voltarei mais adiante a discorrer sobre o assunto.

Essa questão envolve principalmente o ser humano que necessita do serviço de saúde, cujo paradigma mecanicista é hegemônico. Assim, o ser humano tem sua identidade abalada, pois, segundo QUEIROZ (1986:310) este “perde a sua integridade e consciência social e cultural de si mesmo e se torna um objeto de manipulação”.

Sob esse aspecto CAMPOS (1997: 235) defende em seu estudo que nós profissionais da saúde, não devemos considerar o paciente como um objeto e sim um sujeito. Reforça que dessa forma é que se assegura ‘valor de uso ao trabalho em saúde’ e o profissional deve estar voltado para o princípio em ‘defesa da vida’ o que caracterizaria a identidade profissional de cada trabalhador. O importante, portanto, é refletir que antes de existir a doença, existe o doente, um ser. Esta reflexão não ocorre no paradigma cartesiano que influencia sobremaneira o pensamento médico contemporâneo, resultando no modelo biomédico que constitui o alicerce conceitual da moderna medicina científica.

Neste estudo, na maioria das vezes, utilizei os termos ‘ser em cuidado’, representando o sujeito que comumente na área de saúde chama-se de doente, paciente, cliente, usuário e ‘profissional enfermeiro’, representando o sujeito enfermeiro, enfermeira e ‘equipe de enfermagem’, representando os sujeitos técnico e auxiliar de enfermagem.

De acordo com HORTA (1979:03) o ‘ser é aquilo que é, é a realidade’. A autora distingue três seres na enfermagem: o ser-enfermeiro, o ser- cliente e o ser-enfermagem. Para HORTA (1979:03) o ser-enfermeiro é um ser humano, com seus valores e dimensões que se compromete com a enfermagem. O ser-cliente é um indivíduo, família ou comunidade, que também, como seres humanos, em qualquer etapa de seu ciclo vital ou no processo saúde/doença, necessita interagir com outro ser humano. O ser-enfermagem é o encontro, a interação resultante de percepções entre o ser-enfermeiro e o ser-cliente.

“Transcender o Ser-Enfermagem é ir além da obrigação do ‘ter o que fazer’. É estar comprometido, engajado na profissão, é compartilhar com cada ser humano sob seus cuidados a experiência vivenciada em cada momento. É usar-se terapeuticamente, é dar calor humano, é se envolver(sem base neurótica) com cada ser e viver cada momento como o mais importante de sua profissão. Esta transcendência assume um caráter mais importante no binômio vida-morte.

Ajudar a vir ao mundo um novo ser, nele ver todo o potencial que se desenvolverá, o mistério da vida é transcendental. A morte, fim inevitável de todos nós, é a ocasião única para a transcendência do Ser-Enfermagem, no exato momento em que ajuda outro ser a crescer e se autotranscender na passagem para uma outra vida, da qual pouco ou nada sabemos, mas que com a ajuda do Ser-Enfermeiro, o ser humano suporta sem temor, em paz, com segurança. Obter esse resultado leva o Ser-Enfermeiro aos píncaros da transcendência do Ser-Enfermagem. É uma experiência única e que jamais se repete por igual”. (HORTA 1979:04).

2. A necessidade e a possibilidade do trabalho autônomo na enfermagem

Revisitando HABERMAS (2002), MORIN (2001), DÂMASO (1995), CECÍLIO (1994), FOUCAULT (1988) percebi que o termo sujeito foi muito estudado, porém em diferentes contextos. Sujeito, ator, agente, indivíduo, representam uma identidade, algo singular, porém interrelacionado a diferentes aspectos. DÂMASO (1995:105), utilizando a teoria de sujeito de Badiou explica que

“sujeito não é uma substância, um vazio, uma boa consciência, um invariante necessário, uma origem; isso o faz tão raro quanto as verdades, as quais são também diferenciadas, para que não se confundam os saberes que se repetem, com as razões sem entendimento, com a verdade reduzida, a técnico-ciência”.

CLAVREUL *apud* DÂMASO, R.(1995:105), enfatiza que

médico e doente destituídos de sua subjetividade, prevalece a Instituição médica – lugar da totalidade do discurso médico, e da qual o médico é apenas o anônimo representante – e a doença – objeto constituído pelo próprio discurso médico, sendo o homem unicamente o anônimo terreno no qual a doença se instala. (RODAPÊ)

MORIN (2001:120) explica que todo ser vivo exerce uma prática cognitiva, quando interage com o seu meio ambiente, retirando informações necessárias indispensáveis à vida. Essa questão cognitiva o autor chama de *computacional*, pois envolve “estímulos, dados, signos, símbolos, mensagens, que nos permite agir dentro de um universo interior, e conhece-los”. Esclarece ainda que, a noção de sujeito tem a ver com a “natureza singular de sua computação desconhecida por qualquer computador artificial. Essa computação do ser individual é a computação que cada um faz de si mesmo, por si mesmo, para si mesmo. É um cômputo”.

Portanto, o sujeito, sob esse contexto constitui-se egocentricamente e interage com ele mesmo, considerando-o de forma a prover ações de preservação, defesa, proteção de forma autônoma.

MORIN (2001:118) reforça ainda que o sujeito pode aparecer ou desaparecer, conforme nossa visão sobre o mundo. Aparece se for de modo “reflexivo ou compreensivo” e desaparece se for de modo “científico e determinista”. O autor esclarece que o modo reflexivo ou compreensivo é quando o sujeito aparece na reflexão sobre si mesmo de maneira compreensiva. No modo determinista ou científico, o sujeito não aparece pois é redutor, expulsando o sujeito das ciências humanas.

CAMPOS *apud* MERHY (1997:87), faz uma interessante correlação entre o sujeito e sua saúde considerando que:

o usuário de um serviço de saúde vai atrás de um consumo de algo (as ações de saúde) que tem um valor de uso fundamental, caracterizado como sendo o de permitir que a sua saúde seja mantida ou restabelecida e, assim, a troca lhe permite o acesso a algo que para ele tem um valor de uso por produzir um bem - para ele com um valor de uso inestimável - cuja finalidade é mantê-lo vivo e com autonomia para exercer seu modo de caminhar na vida (MERHY; 1997:87).

Acredito que a Enfermagem esteja caminhando para mudanças, pois hoje exige-se maior capacitação das categorias de nível médio, bem como maior qualificação para o profissional enfermeiro, notada nas medidas já adotadas pelos órgãos reguladores da profissão, como a extinção da categoria atendente de enfermagem e futuramente do auxiliar

de enfermagem. O profissional enfermeiro está buscando cursos de pós graduação, como também está sendo estimulado cada vez mais a se dedicar ao ato de cuidar, ou seja, o profissional enfermeiro está retomando seu papel no cuidado direto, integrando-se mais com sua equipe. Como ressalta CAMPOS (1997:235) “na saúde, é necessário reaproximar os trabalhadores do resultado de seu trabalho... e a gestão colegiada de serviços de saúde pode servir como um dispositivo desalienante”.

Devemos considerar primordial no processo de trabalho, o sujeito-objeto do trabalho, ou seja, o ser que necessita do cuidado à saúde – o homem. EGRY (1996:57) conceitua o homem como:

“um ser biológico e social com integridade, inserido em uma sociedade historicamente determinada(...)a inserção social do homem lhe confere poderes que lhe são dados pelo saber e pelo “status” que ocupa. O homem é sujeito e objeto destas relações de poder(...)é um ser histórico porque, transformando-se, transforma a sociedade. É produto e produtor da vida social”.

EGRY (1996:57) explicita esse aspecto em relação à Enfermagem, da seguinte forma:

“Como qualquer outra prática social, constitui-se pelo conjunto das relações sociais da sociedade em que se insere e, assim, é histórica e está socialmente determinada. Visa a intervenção clara, planejada e consciente do processo saúde-doença, para a manutenção da integridade humana, consideradas as distinções das classes sociais a que pertencem os sujeitos-alvo desta intervenção, uma vez que a qualidade de vida é grandemente distinta; a depender da classe social a que pertence o usuário”.

NIGHTINGALE (1989:163) adota como o ‘abecê’ da enfermagem para o século XIX, o seguinte: “o a de uma enfermeira, deve ser o conhecimento do que significa um ser humano doente. O b é saber como comportar-se com uma pessoa doente. O c é saber que seu paciente é um ser humano enfermo, e não um animal”. No entanto, acredito que, nos dias de hoje, alguns pontos dessa taxonomia devem ser revistos, como a questão do gênero e, principalmente, a visão do ser em cuidado, que deve ser ampliada para além do ser humano doente e ter como foco o cuidado e a promoção da saúde.

Os trabalhadores de enfermagem representam mais da metade dos trabalhadores do setor saúde no Brasil (SANTANA:1996). Assim, no processo produtivo do trabalho no setor saúde, a enfermagem executa um tipo específico de serviço, materializado tanto pelo cuidado direto como indireto ao ser em cuidado, além de constituir-se de ações indispensáveis para a maioria dos atos médicos, principalmente no nível hospitalar e na execução de procedimentos de um modo geral.

MACHADO (1995:192) reforça que a enfermagem é “responsável pela maior parcela da prestação de serviços de saúde à sociedade (...) que 85% do contingente de pessoal de enfermagem é de mulheres”. Os autores nos revelam ainda que o “*status*” não é otimista, pois, devido a atitudes de muitos profissionais, não têm boa visibilidade social, pois recusam-se de certa forma a ‘publicizar’ sua real função no processo de cuidar. Os autores destacam que

“ele não participa como referência de destaque nos relatórios e avaliações públicas de saúde prestados à população. Uma vez acomodado, sem ambição e apragmático aos processos valorativos da sociedade, ele permanece como elemento secundário nas estratificações sociais”. (MACHADO, 1995:192).

No Brasil, o contingente de enfermeiros, segundo o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) é de 92.961. No Estado de São Paulo, segundo dados recentes do Conselho Regional de Enfermagem (COREN-São Paulo) o número de profissionais enfermeiros no Estado de São Paulo é de 28.275 e na cidade de Campinas o número é de 2.725 enfermeiros (COFEN, fev/2002) (COREN/SP, jan/2002).

MACHADO (1995: 166) enfatiza que “o terreno de prática da enfermagem é, por excelência, fértil para inovações devido à diversidade de formas que as reações humanas se apresentam”. É historicamente conhecido que o trabalho médico no hospital exerce um certo domínio nas relações de trabalho, principalmente pelo modelo assistencial hegemônico. No entanto, analisando o trabalho de enfermagem, sob o aspecto do cuidar, esse trabalho direto requer também ações manuais - técnicas e assim, tal prática se separa dos atos médicos, como também em outros aspectos, constituindo-se como ação predominantemente de enfermagem. Portanto, não podemos reduzir a enfermagem a seus procedimentos técnicos, pois o trabalho intelectual é que deve direcionar a assistência no

processo de planejar, assistir, prescrever cuidados, supervisionar, orientar, constituindo o que CAMPOS (1997) e MERHY (1997) denominaram núcleos de responsabilidade e competência⁵.

Em seu estudo sobre o modelo assistencial centrado no usuário e na defesa radical da vida, MERHY (1997) discorre sobre o território das tecnologias leves ou seja, o saber que as pessoas adquirem e que está implícito em sua maneira de atuar (e relacionar) sobre estes e que não é campo específico de nenhum profissional, mas base para a atuação de todos. O autor explica que “mediando saberes estruturados, os profissionais da área de saúde (médicos, enfermagem, psicólogos, etc.) incorporam estratégias de intervenções e as ações de cada profissional se tornam efetivas e singulares” MERHY (1997:107). Esse autor enfatiza ainda que:

“nesta situação, o saber médico – subordinado à lógica das tecnologias leve - tem se mostrado uma fonte muito eficaz de ação sobre os sofrimentos humanos representados como doenças. Não estamos desconsiderando os campos específicos de todos os outros profissionais de saúde, como por exemplo, o da enfermagem que em termos assistenciais tem mostrado toda a sua vocação em torno do cuidado do doente e não da doença, e que devido exatamente a isto tem implicações muito positivas na sua relação com o trabalho médico, principalmente se também comandada pelo campo das tecnologias leves que lhe fazem referência, e se não se reduzir às lógicas médico-centradas” (MERHY, 1997:107).

Discordo em apenas um ponto do autor, quando este se refere a ‘toda a vocação da enfermagem para o cuidado do doente e não da doença’. Considero, portanto as ações de enfermagem, não como vocação e sim como *núcleo de competência* e que no campo das tecnologias leve, a enfermagem é uma classe que se destaca.

⁵ CAMPOS (1997:248) considera núcleo de competência e responsabilidade o conjunto de saberes e de responsabilidades específicos de cada profissional ou especialidade. Como campo de competência e responsabilidade são saberes e responsabilidades comuns ou confluentes a vários profissionais ou especialidades.

A divisão interna do trabalho, seguindo princípios tayloristas, tem levado o profissional enfermeiro a redistribuir tarefas entre níveis distintos de qualificação, que o distancia do cuidar e do cuidado, como já foi dito anteriormente. Na maioria das vezes, os profissionais atuam em instituições da rede pública ou privada, obedecendo a uma hierarquização. Muitos enfermeiros assumem cargos diretivos de relevância como supervisão e gerenciamento de unidades e, em hospitais de referência, um número significativo presta assistência direta aos pacientes. Porém, analiso que os profissionais que ocupam cargos gerenciais necessitam, na maioria das vezes, dirigir o foco de sua atuação para a valorização, reivindicações da classe e para a organização da enfermagem e não só para os aspectos administrativos ou como um meio de prestígio pessoal, social ou convencional.

Assim, a enfermagem assume determinados comportamentos dentro daquilo que Weber definiu como objetivos próprios da burocracia de uma organização; como ressalva ETIZIONI (1989) para uma organização ser eficiente, “é necessário o estabelecimento de normas, regulamentos bem como a definição de ordens que devem ser obedecidas”. Já MINTZBERG (1995) considera esse tipo de organização como sendo uma burocracia profissional, ou seja, se caracterizaria por ser uma estrutura altamente descentralizada.

SEGRE, SILVA, SCHRAMM (1998:16) afirmam que a autonomia “é uma abstração” e, partindo do pressuposto de que ela existe, admitem que essa crença relaciona-se com aspectos da afetividade e não apenas do pensamento racional. O aspecto da afetividade está relacionado à questão relacional, pois na autonomia está inserida a idéia de interação, ligada ao conhecimento e atitudes características e adequadas.

CASTORIADIS (1987) explica que a palavra autonomia origina-se do grego, pela junção do adjetivo pronominal “*autos*”, que significa “ao mesmo tempo, mesmo, ele mesmo e por si mesmo”; com a palavra, “*nomos*” que significa “compartilhamento, lei do compartilhar, instituição, uso, lei, convenção”.

Por fim SEGRE *et al.* (1998:18) definem autonomia como “a competência humana em dar-se as suas próprias leis e compartilhá-las com seus semelhantes, ou a condição de uma pessoa ou de uma coletividade, capaz de determinar por ela mesma a lei à qual se submeter”.

O profissional enfermeiro tem sua autonomia profissional assegurada pelo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem como segue: “O profissional de enfermagem exerce a profissão com autonomia, respeitando os preceitos legais da enfermagem”. (Art 6º Cap.1 Dos Princípios Fundamentais) – Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. (COREN-SP, 1999).

Autonomia do enfermeiro, segundo SILVA (1979) é a “ faculdade que este tem de autodeterminar-se dentro da equipe de saúde, no exercício legal de suas atribuições profissionais, de acordo com o sistema de saúde vigente num país, numa região ou numa comunidade”.

BIANCO (1999) adotando o referencial teórico de Agnes Heller, define autonomia como sendo “um valor a ser assumido pelo profissional enfermeiro consciente”. Explica ainda, que a atuação do enfermeiro autônomo não se dá de forma mecânica e sim com condições de “escolher entre alternativas”. Afirmo que no ser-saber-fazer baseia-se a autonomia do enfermeiro, tornando-o ator sujeito em suas ações.

Atualmente, a enfermagem começa a resgatar e discutir o agir de uma forma mais holística, menos técnica, mais valorativa, tendo como base os quatro grandes conceitos nos quais se fundamentam as teorias de enfermagem: a pessoa, a saúde, o ambiente e a própria enfermagem (GEORGE *et al*, 2000:11).

Para que o processo de mudança ocorra na enfermagem, faz-se necessário que o enfermeiro utilize sua habilidade e competência. Estes requisitos garantem o futuro do profissional, pois ambos exigem conhecimento científico o qual é considerado essencial para qualificar sua prática.

DOMINGUES & ATTADEMO (1999:295) reforçam que, quando propomos a lidar com a estrutura do saber, no sentido de construir e reconstruir valores nas relações humanas, automaticamente se dá a renovação dos conhecimentos científicos, necessária para qualificar a atuação profissional. As autoras justificam ainda que:

“a utilização crescente de novas tecnologias nos meios de tratamento, com o conseqüente tecnicismo privilegiando o curativo, comporta o risco de uma situação de desequilíbrio educacional que vai afetar a capacidade do enfermeiro de integrar-se no ser enfermeiro transmitido e identificado pelo cuidar autônomo e crítico”.

A visão holística na saúde que hoje está sendo resgatada pelos profissionais, já esteve presente na Enfermagem. A visão do ser em cuidado como sendo um ser inteiro, um indivíduo como um todo, com suas necessidades físicas, psicológicas, sociais e espirituais. Mesmo o profissional enfermeiro especializado em determinada área não perde a visão holística, pois este deve ser abordado de forma integral.

MORIN (2001:20) menciona como o “desafio dos desafios, a reforma do pensamento”, ou seja, nossas mentes, a sociedade, nosso tempo em decorrência do nosso ensino estão carentes de um (re)pensar; estes, com o tipo de pensamento não crítico, não percebem a necessidade da reforma do pensamento. Essa reforma levará à reforma do ensino e conseqüentemente das ações, atitudes e comportamentos. Referencio esses dizeres de MORIN (2001) para trazer a questão da necessidade de rever o processo de trabalho e de formação do enfermeiro.

Essa revisão está diretamente relacionada à questão da necessidade de reforma do ensino de enfermagem, dando condições aos futuros profissionais de (re)organizarem os conhecimentos desta ciência, cuja essência está no cuidar.

Partindo de uma construção teórica sobre a prática de enfermagem exercida no Brasil, ao longo desse tempo, mais especificamente na área hospitalar, e inserida nesse processo, vi-me instigada a procurar entendê-la. Dessa forma, procuro buscar dispositivos institucionais para legitimar este processo, porém de forma ampliada, em que exista uma relação diferenciada do enfermeiro e da Enfermagem com seu objeto de trabalho: o ser em cuidado. Dispositivo, segundo BAREMBLIT (1992:151), é uma “montagem ou artifício produtor de inovações que gera acontecimentos, atualiza virtualidades e inventa o novo radical”. Os dispositivos institucionais para a enfermagem são estratégias que poderiam se introduzir de forma reflexiva no papel do profissional enfermeiro, com o objetivo de criar um novo modo de ser ou de se conceber enquanto profissional, alterando alguns valores em grau de importância. Refletir envolve o pensar e, o pensar criticamente, faz com que estejamos sempre interessados em atualizar nossos conhecimentos para, assim, adaptarmos a novas situações, atuarmos em parcerias de caráter interdisciplinar, tomarmos decisões adequadas, resolver problemas com maior habilidade e atuar com autonomia em relação aos cuidados de enfermagem a serem prestados ao indivíduo.

Concordo com MERHY (1997) quando este menciona a possibilidade de serem criados dispositivos institucionais na área da saúde favorecendo os instituintes nas mudanças políticas, organizacionais e processo de trabalho, ou seja, a partir de um pensamento crítico sobre uma determinada situação a instituição Enfermagem fundamentada no saber, poderá favorecer os profissionais da área proporcionando qualidade no processo de trabalho alicerçado no cuidar. BAREMBLIT (1992:177) define instituição como sendo

“árvores de decisões lógicas que regulam as atividades humanas, indicando o que é proibido, o que é permitido e o que é indiferente. Explica ainda que toda instituição compreende um movimento que a gera: o instituinte; um resultado: o instituído é um processo de institucionalização”.

Revisando a literatura e baseando-se nos estudos de Halpern, ALFARO-LEFREVE (1996:26) desenvolveu uma definição, considerando a função da enfermagem em seu processo de trabalho, como sendo

“diferente do pensamento irracional que fazemos quando vamos de uma parte para outra, na nossa rotina diária, pensamento crítico é propositalmente o alvo direto do pensamento que aponta para realizar julgamentos baseados nas evidências(fatos), ao contrário da suposição (trabalho por conjectura) . Baseado nos princípios da ciência e no método científico (por exemplo, mantendo uma atitude questionadora, segundo uma abordagem organizada para a descoberta e fazendo a informação certo ser fidedigna), pensamento crítico requer desenvolvimento estratégico que maximize o potencial humano (por exemplo, recorrer à força individual) e compense os problemas causados pela natureza humana (por exemplo, influência poderosa na percepção pessoal, valores e crenças)”.

Segundo ALFARO-LEFEVRE (1996:32) raciocínio é um bom sinônimo para o pensamento crítico, pois é uma atividade complexa, individualizada, que envolve “idéias distintas, emoções e percepções”. A autora utiliza o conceito de Halpern em seus estudos considerando o pensamento crítico como “propositalmente, o alvo direto do pensamento, ou seja, é a chave para resolver problemas”.

Para refletir sobre a prática da enfermagem, é necessário tecer comentários sobre a trajetória dessa prática e sobre o cuidado em saúde, para que possamos mudar muitas das nossas atitudes, redimensionando-as para uma prática mais consequente e concreta, colaborando para um sistema de saúde em que os direitos sejam igualitários. É interessante citar, a propósito, o estudo de GOMES (1991) que a prática da enfermagem no hospital até metade do século XIX era independente da prática médica; o hospital ainda não era considerado um local de cura e sim com função asilar e para prover conforto espiritual.

O surgimento da Enfermagem no Brasil ocorreu devido à necessidade do combate e controle das epidemias, quando as relações comerciais de exportação e a política de imigração eram de fundamental importância. Segundo EGRY (1996) a organização do cuidado foi uma das primeiras manifestações teorizadas do saber de Enfermagem, que se deu pelo desenvolvimento de técnicas. Outro aspecto importante no processo de cuidar é que, necessariamente, está implícita a existência de quem cuida e quem é cuidado, ou seja, existe nesse processo uma relação interpessoal e nesse caso, no cuidar profissional, são essenciais, a enfermagem e o ser em cuidado.

3. Objetivos

Na tentativa de sugerir caminhos que se pode trilhar na busca de dispositivos para qualificar o agir do profissional enfermeiro, baseando-se na sua própria história e, ao mesmo tempo pensando em sua trajetória futura, para uma enfermagem mais ousada e comprometida com a população e com ela própria, este estudo tem como objetivos: refletir sobre a prática do profissional enfermeiro, buscando alguns aspectos da construção de sua autonomia; identificar aspectos da autonomia do profissional no processo de cuidar como fator determinante para a qualificação de seu trabalho; compreender a importância que o enfermeiro dá a autonomia profissional no processo de cuidar.



CAPÍTULO 1

TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

O procedimento metodológico desta pesquisa inclui um conteúdo teórico obtido a partir de fontes secundárias, em que alguns temas foram privilegiados para enfocar a questão autonomia no processo de trabalho do profissional enfermeiro. Os temas destacados foram subdivididos em capítulos, os quais discorreremos posterior a este, retomando após, a apresentação e análise dos dados e posterior conclusão.

1.1. TIPO DA PESQUISA

Este estudo utiliza uma abordagem quantitativa-qualitativa, ou seja, adota os rigores do método quantitativo, porém acrescenta a esta dimensão um aprofundamento da realidade dos sujeitos pela abordagem qualitativa. Portanto, propôs-se conhecer estruturalmente quem é o sujeito, sua visão de mundo, de trabalho num determinado local institucional; posteriormente, intencionou-se aprofundar algumas propriedades deste sujeito, no mesmo local institucional.

TRIVIÑOS (1987:65) esclarece que qualidade e quantidade são interdependentes, ou seja, a qualidade é caracterizada pelo conjunto de propriedades, no entanto, deve-se conhecer a estrutura desta propriedade; reforça que “conhecer as propriedades de um objeto não significa que se conhece o objeto”.

SANTOS FILHO; GAMBOA (2000) analisam as controvérsias entre as duas abordagens, ou mais diretamente, a articulação entre estas. Concluem que uma pode complementar a outra, pois, quando se trata do ser humano em relação aos seus valores e visão de mundo, os significados das atitudes deste ser, não se revelam em números e sim através de uma compreensão da realidade (SANTOS FILHO & GAMBOA, 2000).

Os mesmos autores consideram a questão quantidade-qualidade muito importante não só nas pesquisas educacionais, como também nos diversos campos das ciências sociais. Reforçam que as opções de uma pesquisa não devem ser limitadas à escolha de um método, pois,

“são mais complexas e dizem respeito às formas de abordar o objeto, aos objetivos com relação a este, às maneiras de conceber o sujeito, ou os sujeitos, aos interesses que comandam o processo cognitivo, às visões de mundo implícitas nesses interesses, às estratégias da pesquisa, ao tipo de resultados esperados” SANTOS FILHO; GAMBOA (2000:07).

O importante na abordagem qualitativa é compreender ou apreender direta e imediatamente a ação humana, *em termos do significado que o indivíduo dá à sua ação* SANTOS FILHO & GAMBOA (2000:43).

MINAYO (2000:37) faz em relação à pesquisa social, algumas considerações fundamentais para a prática de investigação. Uma delas é que

“nenhuma pesquisa é neutra seja ela qualitativa ou quantitativa. Pelo contrário, qualquer estudo da realidade, por mais objetivo que possa parecer, por mais “ingênuo” ou “simples” nas pretensões, tem a norteá-lo um arcabouço teórico que informa a escolha do objeto, todos os passos e resultados teóricos e práticos”.

1.2 MÉTODO DA PESQUISA

Em sua primeira etapa, foi empregada a análise estatística, através das tabelas de frequência para variáveis categóricas (sexo, estados civil, nº de filhos) e variáveis contínuas (idade, renda pessoal, renda familiar). Em sua segunda etapa, foi feito um estudo para analisar e compreender a situação dos profissionais em algumas questões específicas que foram analisadas, procurando validar a teoria referida nesse estudo. Como afirma MINAYO (2000), na abordagem quantitativa-qualitativa define-se uma população, adota-se um critério de representatividade numérica, possibilitando a generalização do conteúdo teórico que se objetiva pesquisar e, em seguida, busca-se um aprofundamento e compreensão de especificidades da realidade empírica.

Neste estudo trabalhei com enfermeiros assistenciais, de unidades de internação, unidades ambulatoriais e de pronto-socorro, que atuam com vínculo empregatício no Hospital de Clínicas da UNICAMP. O período de coleta foi de junho a agosto/2001.

O estudo foi desenvolvido no Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Campinas (HC-UNICAMP), um hospital público estadual universitário da cidade de Campinas. É um hospital geral especializado, considerado um centro de excelência médica, de complexidade terciária, de referência para o SUS – Sistema Único de Saúde, de nível regional, porém presta atendimento a outras regiões adjacentes e a outros Estados.

FRANCO (1985:199) define hospital de ensino, utilizando o conceito básico da OMS,

“como sendo uma parte integrante de um sistema coordenado de saúde, cuja função é dispensar à comunidade complexa assistência médica preventiva e curativa, incluindo serviços extensivos à família em seu domicílio e ainda um centro de formação dos que trabalham no campo de saúde e para as pesquisas biosociais”.

As atividades do Hospital de Clínicas desenvolveram-se, inicialmente no prédio da Santa Casa de Misericórdia de Campinas. Nas instalações atuais, o início das atividades ambulatoriais foi em 01/02/1979 e a Enfermaria Geral de Adultos (EGA) – primeira unidade de internação clínica a ser transferida para as novas instalações em 10/10/1985 (Disponível em: <www.hc.unicamp.br/institucional>. Acesso em 6/01/2002).

O Hospital de Clínicas é uma das unidades assistenciais ligadas à Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (FCM/UNICAMP), onde se desenvolve grande parte de seus programas de ensino e pesquisa na área de saúde, além de prestar serviços às demais unidades do complexo de saúde da universidade.

A capacidade física atual do HC/UNICAMP é de 450 leitos com uma área construída de 65.000m², na qual as unidades assistenciais e administrativas são distribuídas em seis blocos interligados: bloco A –Área Ambulatorial; blocoB – Pronto-Socorro, Radiologia, Centro Cirúrgico Ambulatorial e Central e Procedimentos Especializados; bloco C – Enfermarias; bloco D – Caixa D’Água e Elevadores; Bloco E – Areas de Apoio Técnico e Administrativo, Enfermarias, Centro Cirúrgico, UTI e CME – Central de Material Esterilizado; bloco F – Laboratórios. É constituído por 375 unidades de atendimentos ambulatoriais, 403 leitos ativos, sendo destes, 30 leitos de UTI – (Unidade de

Terapia Intensiva) e unidade coronariana, 38 enfermarias, 17 departamentos médicos, 44 especialidades médicas, 22 unidades de procedimentos especializados, 15 salas cirúrgicas gerais, 08 salas cirúrgicas ambulatoriais, 08 serviços de laboratórios e 05 serviços de diagnóstico (INDICADORES HC, 2001).

A direção do HC é constituída por médicos docentes da FCM, subordinada ao Conselho de Administração que é presidido pelo diretor da FCM/UNICAMP, que também é médico.

O objetivo principal do HC é:

“ser um hospital de referência e excelência, prestando assistência complexa e hierarquizada, formando e qualificando recursos humanos, produzindo conhecimento, atuando no sistema de saúde e valorizando os princípios de humanização com racionalização de recursos e otimização de resultados⁶ (Disponível em: <www.hc.unicamp.br/institucional>. Acesso em 6/01/2002).

Os serviços do HC são responsáveis pelos seguintes volumes de atendimento: 2000 atendimentos ambulatoriais e de emergência/dia, 40 internações/dia, 2500 exames laboratoriais/dia, 250 exames especializados/dia, 100 cirurgias/dia. Realiza transplantes de medula óssea, rim, fígado, cardíaco e córnea. A porcentagem de ocupação dos leitos é elevada em todas as unidades, porém algumas áreas com características peculiares, possuem leitos inativos e, portanto, o cálculo das taxas finais se alteram. A média no ano 2000 foi de 86,65 (INDICADORES HC, 2001).

Os profissionais de enfermagem e o profissional enfermeiro concentram-se nas unidades de internação, nas unidades ambulatoriais, nas unidades de procedimentos ambulatoriais, no centro cirúrgico central e ambulatorial, no pronto-socorro, na escolta de

⁶ O HC/UNICAMP tem, ainda, os objetivos de: “servir de campo de ensino para residentes e alunos dos cursos de graduação e pós-graduação de medicina e enfermagem e graduação em fonoaudiologia da FCM/UNICAMP; prestar assistência médico hospitalar; proporcionar meios para o desenvolvimento da pesquisa científica; colaborar para o exercício da medicina preventiva e educação sanitária da comunidade” (Disponível em: <www.hc.unicamp.br/institucional/missao.htm>. Acesso em 16/01/2002).

pacientes, nos laboratórios de coleta e Comissão de Ética de Enfermagem (CEE)⁷ e, especificamente, profissionais enfermeiros na gerência, no serviço de educação continuada e nos serviços de apoio: Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), Central de Material Esterilizado (CME), Grupo de Apoio Nutricional (GAN), laboratórios de pesquisas, Núcleo Vigilância Epidemiológica, Diretoria de Serviços Gerais, Lavanderia, Divisão de Suprimentos, Assessoria em Recursos Materiais da superintendência, e captação de órgãos.

Segundo dados obtidos diretamente do Departamento de Enfermagem do HC/UNICAMP em 08/01/2002, o número total de profissionais de enfermagem até 31/12/2001 era de 1154, sendo 314 enfermeiros (total de enfermeiros ativos incluindo gerentes e assistenciais e excluindo enfermeiros dos serviços de apoio), 225 técnicos, 564 auxiliares de enfermagem e 51 atendentes de enfermagem (realizam atividades elementares de enfermagem sem envolver o cuidado direto ao paciente).

As unidades de internação do HC estão assim distribuídas: A) Médico-cirúrgica I: Cirurgia Cabeça-Pescoço, Cirurgia Vascular, Dermatologia, Endocrinologia, Hematologia, Nefrologia, Neurocirurgia, Neuroclínica, Oftalmologia, Otorrinolaringologia Cabeça e Pescoço, Oncologia, Ortopedia, Traumatologia e Urologia. B) Médico-cirúrgica II: Cardiologia, Cirurgia Cardíaca, Cirurgia do Tórax, Gastroenterologia, Gastrocirurgia, Imunologia, Medicina Interna, Moléstia Infectocontagiosa, Cirurgia Plástica, Pneumologia. C) Emergência Clínica e Cirurgia do Trauma, Transplante de Medula Ossea, Psiquiatria. D) UTI Adulto e Unidade Coronariana. E) Pediatria e UTI Pediátrica.

O Departamento de Enfermagem do HC (DENF/HC) faz parte do organograma da instituição, cuja característica é ser verticalizado; está ligado à coordenadoria de assistência e é constituído de: 01 diretor e 02 assistentes de direção que são enfermeiros não docentes, representantes da corporação de enfermagem na instituição, 10 diretores técnicos de serviços de enfermagem e 29 supervisores técnicos de seção.

⁷ CE.E.: órgão representativo do Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo (COREnSP), composto por profissionais de enfermagem da instituição, lotados em diferentes serviços de enfermagem do Departamento de Enfermagem do HC)

1.2.1. População

Optei por trabalhar com enfermeiros atuantes nas seguintes áreas: Ambulatórios especializados, Unidades de internação, Unidades de Terapia Intensivas - UTI Pediátrica, UTI Adulto e PS - Pronto Socorro. Procurei desta forma, representar a população de enfermeiros assistenciais dos turnos matutino, vespertino e noturno, nos mais diversos serviços do HC/UNICAMP, ou seja, unidades com estruturas diversificadas, quadro de pessoal e características diferentes, tendo como referência a escala mensal do mês de março de 2001, considerando-se um universo de 172 enfermeiros assistenciais.

Saliento que o número total de enfermeiros na instituição era de 282 em março/2001, quando foi realizado este estudo. Destes 282 profissionais enfermeiros, foi estabelecido, que 172 enfermeiros seriam a representação para a amostra, cujo critério informaremos mais adiante. Portanto, não foram incluídos os 110 enfermeiros restantes, dos quais, uma parte não atuava na assistência direta, gerentes ou não (60%), e a outra parte (40%), embora assistenciais, já estavam representados na amostra pelo tipo de complexidade de assistência prestada, além de peculiaridades de alguns serviços que limitaram, na época a participação destes enfermeiros (férias, licenças, quadro incompleto impossibilitando um percentual estatístico adequado), segundo dados fornecidos pelo Departamento de Enfermagem do Hospital das Clínicas da UNICAMP.

O critério utilizado para a escolha das unidades foi que as mesmas deveriam constituir-se de enfermeiros assistenciais responsáveis pelo cuidado de enfermagem a pacientes com necessidades de assistência intensiva, semi-intensiva, cuidados intermediários e cuidados mínimos, representando desta forma a população do estudo. As unidades que fizeram parte desta pesquisa foram: UTI – Adulto – Unidade de Terapia Intensiva para adultos e Unidade Coronariana, Retaguarda Clínica e Cirurgia do Trauma, UTI – Pediátrica, Cardiologia, Gastro-Clínica, Gastro-Cirurgia, Moléstias Infecto-Contagiosas, Ortopedia e Traumatologia Óssea, Nefrologia, Hematologia, Pronto-Socorro e Ambulatórios Especializados. Foram consultadas as escalas do mês de março/01, observando profissionais em férias e licenças; foram anotados os nomes dos enfermeiros em exercício nas áreas escolhidas de acordo com a confecção das escalas realizadas pelo

DENF/HC, para posterior escolha. Esta escolha foi feita através de uma lista randômica para conferir caráter aleatório à amostra.

O número de enfermeiros participantes na pesquisa é maior na UTI – adulto, por ser esta unidade constituída de maior número destes profissionais nos três turnos que as demais unidades, de acordo com o padrão estabelecido pela instituição. Sob meu ponto de vista, não fica claro se o número de profissionais em cada unidade está relacionado à complexidade de cuidados de enfermagem, ou à complexidades dos procedimentos médicos, ao número de leitos ou às características próprias de cada unidade.

Para determinar o tamanho amostral de proporção para uma população finita de 172 enfermeiros, baseando-me nas referências da Comissão de Pesquisa e Estatística da FCM/UNICAMP, fixou-se uma população alvo de 59 sujeitos, a partir de um cálculo amostral que considerou uma probabilidade de “grau de autonomia” em 70%, admitindo-se um erro amostral de 10% e um nível de significância de 5%.

1.2.2. Instrumentos e operacionalização da coleta de dados

A pesquisa de campo, se efetuou após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da FCM/UNICAMP (anexo 5), e anuência do Diretor do Departamento de Enfermagem do Hospital de Clínicas da UNICAMP e Diretores Técnicos dos Serviços de Enfermagem das unidades onde estavam lotados os sujeitos desta pesquisa.

O instrumento constou de um ‘rapport’ (anexo 2) acompanhado de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (anexo 1) devidamente assinado pelos participantes, para que pudesse ser então realizada a coleta de dados pela aplicação de um questionário validado através do pré-teste.

Optei pela construção de um questionário, procurando reunir dados pertinentes ao assunto de interesse desta pesquisa, que proporcionasse uma análise adequada. Minha preocupação com a qualidade do questionário como instrumento de medida foi grande, uma vez que o assunto não tem sido discutido com frequência na área de Enfermagem.

Após a revisão de literatura, encontrei escasso apoio teórico específico. O que encontrei sobre o tema autonomia, estava mais relacionada ao sujeito das ações na saúde, ou seja, o ser em cuidado. Observei, portanto, que não existia instrumento semelhante que viesse ao encontro dos objetivos deste estudo, que, em linhas gerais são: refletir sobre a prática do profissional enfermeiro, identificar aspectos da autonomia profissional no processo de cuidar e compreender a importância que esse profissional confere à essa autonomia. O instrumento construído teve como objetivo, procurar medir as variáveis que considerei de interesse e necessárias para o estudo. Utilizei mais tempo no desenvolvimento deste instrumento, pois, antes do definitivo (Anexo 3), estruturado, optei por realizar um estudo prévio, em um pré-teste. Este foi realizado com dez enfermeiros, que foram excluídos da população alvo e demos preferência para enfermeiros com maior tempo de casa e mais tempo de formados. De acordo com a assessoria estatística, dez profissionais foram suficientes e não interferiram na aplicação do questionário definitivo, pois, foram excluídos da população alvo.

As questões do pré-teste permitiram respostas abertas, das quais resultaram as afirmativas que constituem o conteúdo do questionário definitivo aplicado. Optei por mantê-las praticamente na íntegra, para possibilitar respostas reflexivas e não indutivas. Dessas respostas, também foi possível compor as questões da entrevista semi-estruturada, como veremos posteriormente.

Das questões respondidas, como já foi dito, escolhi a questão 32 (vide questionário, anexo 3), que considerei a principal, tendo em vista o propósito do estudo. As respostas nesta questão justificaram o cálculo para definir o tamanho da população alvo, ou seja, baseado na probabilidade 'grau de autonomia', a proporção de indivíduos com a característica de interesse na população foi de 70%.

Para a investigação quantitativa, foi feita a análise descritiva dos dados obtidos através do questionário, cujo objetivo foi descrever o comportamento de cada variável na população estudada; com a população e instrumento definidos, busquei através desta análise estatística um critério que representasse numericamente o conteúdo teórico a ser discutido e investigado.

Estabeleci um critério para a devolução dos questionários, ou seja: solicitava autorização a cada diretoria de serviço de enfermagem onde estava lotado o participante da pesquisa sorteado, como também que informasse a este sobre minha presença em seu turno de trabalho de acordo com a escala vigente, para que, primeiramente lhe informasse à respeito da pesquisa (rapport), posteriormente lhe indagava se tinha interesse em participar da pesquisa e, então, agendava um dia que lhe fosse conveniente para recolher o questionário. Se o participante mostrasse preferência em preencher o questionário imediatamente, eu aguardava no local.

Para este tipo de análise, transcrevi as informações obtidas do questionário e coloquei numa planilha do Excel (programa de planilha de dados) sendo realizada a análise no programa computacional The SAS System for Windows pela Comissão de Pesquisa e Estatística da FCM/UNICAMP.

A busca qualitativa concentra-se na compreensão e aprofundamento de questões de uma representação que não pode ser expressada numericamente.

MINAYO (2000:102) considera suficiente um número de sujeitos que “permita uma certa reincidência das informações, e, portanto a validade da amostragem está na capacidade de objetivar o objeto empiricamente, em todas as suas dimensões”.

A entrevista é um instrumento ou técnica muito utilizada no trabalho de campo nos estudos qualitativos. Kahn ; Cannel *apud* MINAYO (2000:107), denominam e definem entrevista de pesquisa como sendo uma “conversa a dois, feita por iniciativa do entrevistador, destinada a fornecer informações pertinentes para um objeto de pesquisa e entrada (pelo entrevistador) em temas igualmente pertinentes com vistas a este objetivo”.

Neste estudo, utilizei a entrevista semi-estruturada. Segundo TRIVIÑOS (1999:78) trata-se de um tipo de abordagem cuja “formulação preliminar das questões não é definitiva, permitindo ao pesquisador a possibilidade de acrescentar questões no decorrer da entrevista, no sentido de obter uma informação mais aprofundada em certos pontos”.

A entrevista semi-estruturada foi realizada pela pesquisadora, para três dos 59 sujeitos da pesquisa; número este que se mostrou suficiente pelo critério de saturação das informações. A entrevista foi gravada e obedeceu a um roteiro (anexo 4), acompanhado de outro termo de consentimento livre e esclarecido (anexo 1). Os critérios de escolha dos entrevistados para esta etapa foram os seguintes: um profissional do turno da manhã, um do turno da tarde e um do noturno. Um destes foi do sexo masculino e os dois restantes foram do sexo feminino com diferentes tempos de casa e de formação. Tais instrumentos permitiram respostas espontâneas, sem indução, mantendo-se o sigilo dos dados e o anonimato dos participantes.

O roteiro para a entrevista semi-estruturada foi esquematizado levando-se em conta o conteúdo das respostas dos questionários, a reflexão do referencial teórico adotado na pesquisa, além de minha própria indagação, conhecendo a realidade da profissão. Organizei conteúdos significativos e um pré-teste, aplicado a um profissional enfermeiro, participante da primeira etapa do estudo. A entrevista foi realizada na residência do 1º sujeito, permitindo-me um maior contato com seu cotidiano como pessoa. Notei que o entrevistado sentiu-se tranquilo em responder às perguntas. Antes, porém, contextualizei o tema, relacionei com o questionário previamente aplicado e reforcei os devidos esclarecimentos em relação a preservar o sigilo do entrevistado. A segunda e terceira entrevistas foram realizadas no hospital, na própria unidade de trabalho do entrevistado, por opção dos mesmos, no horário que lhes foi conveniente. O horário escolhido pelos sujeitos propiciou que a entrevista ocorresse sem interrupções, pois uma destas ocorreu próximo ao final do expediente e a outra, no início da madrugada. A duração média da entrevista foi de 30 minutos e foi gravada em fita cassete. As transcrições foram realizadas por mim.

Após terem sido colhidas as informações através do gravador, fiz as transcrições das mesmas. De acordo com BOURDIEU (1997) a transcrição da entrevista é de grande importância, pois, o pesquisador, através de sua observação, percepção e concentração no conteúdo e nas expressões não verbais, produzirá uma riqueza de material, se realmente reproduzir esta realidade.

Após a transcrição, a releitura se fez necessária para correlacionar com o referencial teórico utilizado. Procurei categorizar as questões, pontuando o que deveria ser valorizado para a análise qualitativa. Segundo BARDIN (1977) o processo de categorizar as questões tem como objetivo classificar os elementos de destaque relacionados aos objetivos do estudo, não introduzindo desta forma, interferências nas informações específicas.

1.3. ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

A presente pesquisa está de acordo com as diretrizes básicas da Declaração de Helsinque, em que se preserva o respeito à integridade física e moral dos sujeitos da pesquisa, atendendo as normas da Resolução CNS 196/96. Está adequada aos princípios científicos, com possibilidades concretas de responder a incertezas sobre o assunto a ser abordado. Contou com o consentimento livre e esclarecido dos indivíduos pesquisados. Garante o retorno das conclusões obtidas através da pesquisa aos profissionais onde a mesma foi realizada.

Respeitando as Normas da Resolução do CNS/196/96 - Conselho Nacional de Saúde que regulamentam as pesquisas que envolvem seres humanos, o projeto de estudo foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (CEPE-FCM/UNICAMP), cujo parecer foi favorável à realização da pesquisa (Anexo5).

1.4. A DOCUMENTAÇÃO E ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES

Os dados foram organizados, analisados e interpretados no intuito de apreender os significados e relações obtidas para que se proceda ao processo de construção das respostas dos participantes, permitindo-me, na abordagem quanti-qualitativa, inteirar-me dos discursos e pensamentos dos sujeitos da pesquisa. Desta forma, procurei encontrar explicações, ter percepções da realidade dos profissionais sujeitos da pesquisa.

Foi utilizado na análise estatística dos dados, o programa computacional The SAS System for Windows (Statistical Analysis System), versão 8.01 (SAS Institute Inc, 1999-2000, Cary, NC, USA).

O percentual de cálculo de resposta inclui só as respostas dadas, ou seja, as não respostas não foram incluídas no percentual. Por isso é que nas questões em que não houve respostas dos cinquenta e nove sujeitos, o total foi menor porque foi calculado apenas pelas respostas efetivadas.

Para a análise da entrevista, agrupei o conteúdo das questões do roteiro em categorias, analisei as respostas e, baseando-me no conteúdo teórico, intercalei um texto que desse sentido a análise do discurso do entrevistado.



CAPÍTULO 2

A CONSTRUÇÃO DO CUIDADO À SAÚDE

Há diferentes formas de conceituar saúde, de acordo com a fundamentação teórica adotada. Em linhas gerais considerarei neste estudo a saúde integrada à qualidade de vida, abrangendo o meio ambiente, ou seja, preocupando-se com o indivíduo de uma forma integral (socioeconômica, cultural, ambiental e de relacionamento interpessoal).

Como afirma DEGANI (1999:50) “a saúde é portanto uma questão humana e existencial compartilhada”. TEIXEIRA *apud* DEGANI, V.C. (1999) para explicar que as desigualdades existentes no âmbito da assistência à saúde não são determinadas pelas condições fisiológicas do indivíduo mas sim, socialmente, ou seja, “a pobreza, o desemprego, habitação inadequada, condições de trabalho estressantes e perigosas, suprimento alimentar escasso e educativo deficientes, poluição do ar e da água”.

HERLICH *apud* CONTANDRIOPOULOS, A.P. (1996:56) conceitua saúde como “um modo de relação – equilíbrio e desequilíbrio – do homem com seu meio, onde intervêm então fatores humanos, condições ecológicas e estruturas sociais”.

Atualmente, há um consenso no sentido de que os problemas de saúde estão interligados aos problemas de cidadania, direitos humanos, segurança, educação, ou seja, ao modo de vida do indivíduo, influenciado por vários fatores, entre eles a moradia, violência, o medo, acesso limitado aos serviços de saúde, tráfico de drogas. Os profissionais da saúde devem entender que a questão saúde é mais ligada às políticas sociais e econômicas, pois, a maioria das causas de doenças em uma dada sociedade estão relacionadas às condições desfavoráveis de promoção e preservação da vida da maioria da população. Se os profissionais da saúde, não estiverem engajados nessas questões, poderão contribuir infimamente para amenizá-las ou solucioná-las. Sabemos que em nível mundial, no interior do grau atingido pelo processo civilizatório, o Estado tem o compromisso de operacionalizar o princípio do direito à saúde ao estabelecer políticas destinadas a promover e proteger a vida.

A medicina científica, ou seja, aquela fundamentada pelo método científico, a partir do final do século XVIII, intensificada no século XIX, excluiu todas as outras correntes de cuidado à saúde, principalmente no início do século XX (1910), quando se adotou o modelo flexneriano.

O Relatório Flexner padronizou tanto os procedimentos do ensino como os da prática médica. Em função dele, várias escolas de medicina foram fechadas e a principal consequência desse relatório foi o fortalecimento da profissão médica e o enfraquecimento das medicinas alternativas que foram colocadas no bojo do charlatanismo. Tal modelo baseia-se nas ciências fundamentais e o aprendizado clínico deve se dar em hospitais universitários. Com isso, no início do século XX, os hospitais, cuja finalidade era asilar ou prestar assistência caritativa, passam a ser considerados o local de referência da medicina científica. Os médicos, passam a ser considerados pelo seu saber, que se torna hegemônico em relação aos pacientes e a outros profissionais CONTANDRIOPOULOS (1996:54). Considero que este saber mencionado pelo autor, estava mais relacionado com a doença ao invés da saúde ou a manutenção da saúde.

O método flexneriano, teve sua importância por implantar o método científico na medicina, propiciando um grande avanço nos conhecimentos, porém trouxe com ele a fragmentação do cuidado médico, evidenciando no ser humano apenas a doença, ao mesmo tempo em que a dimensão da pessoa, tomada em sentido integral, foi marginalizada.

MACHADO (1995:169) reforça que “por influência do ‘relatório Flexner’ o padrão de ensino da escola médica americana, recomendava a formação de estudantes e o estudo das doenças e não a assistência aos enfermos”. Por esse ângulo, o núcleo de responsabilidade e competência de outros saberes profissionais na área de saúde não tinha grandes possibilidades de se legitimar e se inserir no campo de responsabilidade e competência da equipe de saúde (CAMPOS, 1977). Para (GEOVANINI, MOREIRA, DORNELLES, MACHADO, 1995), essa questão está relacionada à influência patriarcal em nossa sociedade e da não significativa valorização do trabalho manual e de atividades predominantemente femininas pelos setores de produção de serviços.

Sem dúvida, foi grande a contribuição desse método para o progresso da medicina científica, pois, a partir dele, as patologias foram enfocadas em seus aspectos morfológicos, fisiopatológicos, bioquímicos e moleculares, com bases sólidas. Percebe-se, no entanto, que o profissional desse novo século necessita ampliar seus conhecimentos, enfocando a saúde e não só a doença, bem como as questões sociais, compreendendo que a determinação da doença é multifatorial, pois o ser humano é complexo e engloba o biológico, o sociológico, o espiritual entre outras dimensões.

Mas, como enfatiza CONTANDRIOPOULOS (1996), se propagava a idéia de que a medicina solucionava todos os problemas de saúde, e, desta forma, o Estado deveria assegurar a todos, a acessibilidade aos serviços médicos. Com o decorrer dos anos, tornou-se cada vez mais problemático manter essa garantia, pois o custo dos serviços aumentou e os problemas de saúde não eram completamente solucionados. Tal colocação é pertinente, pois a tecnologia foi se tornando cada vez mais complexa e as intervenções cada vez mais eficazes, as pesquisas e descobertas se tornaram mais intensas e com resultados satisfatórios.

Com tudo isso, foi crescendo a idéia de que com a detenção do saber pelo médico, ocorreria a cura das doenças, as quais eram relacionadas a fatores biológicos. Apesar desse reconhecimento, os problemas de saúde continuavam a ocorrer, ou seja, outros fatores estavam relacionados. Devemos partir, portanto, da concepção de que saúde não é apenas ausência de doença. Penso que essa visão de saúde ultrapassa os limites da biologia alojando-se em dimensões maiores como fatores emocionais, socioeconômicos, mentais e espirituais. QUEIROZ (1986:309) esclarece que esse fato, ideologicamente falando, provocou até pouco tempo atrás, um otimismo, pois através da ciência e da tecnologia uma parte considerável das doenças, acreditavam os cientistas, tinham sido controladas. Esclarece ainda que

“mais recentemente, no entanto, esse otimismo começou a ceder lugar a uma percepção onde se configuram os limites da expansão e das possibilidades da ciência e da tecnologia na resolução de alguns dos mais importantes problemas humanos”.

Em meados de 1970, devido ao aumento dos custos no tipo de assistência à saúde e a preocupação do Estado com isso, começa-se a pensar, além do controle de gastos, na eficiência dos serviços de saúde. Ocorre, então, uma mudança na maneira de pensar a saúde e seus determinantes.

Portanto, existiu a partir dessa configuração, uma validação da capacidade do sistema de saúde em resolver problemas de saúde da população, reconhecendo que fatores como meio ambiente, hábitos de vida e predisposições biológicas eram determinantes para a saúde ou a doença. Com isso ampliou-se a visão de que é importante valorizar no sistema

de saúde, as ações preventivas e as curativas e, sobretudo, em relação aos profissionais da saúde, é importante a renovação no modo de conceber a complexidade da questão saúde/doença.

2.1. A SAÚDE NO BRASIL

As transformações no setor saúde no Brasil, na década de 80, foram significativas e foi a Reforma Sanitária a mais marcante. A crise econômica acentuou-se e, no início de 1985, o governo brasileiro passava de um regime ditatorial para um governo civil democrático, e a nova Constituição Federal oficializou-se em 1988.

COCCO (1997:84) enfatiza que a VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, tem significativa influência não somente na implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde - SUDS, em 1987, como também em relação à nova Constituição Brasileira. Um novo conceito de saúde foi incorporado na Constituição de 1988, enfatizando seu aspecto social. Referencia Felipe (1991) para esclarecer que, além dos esforços de mudanças na saúde há um interesse político de extensão da cidadania, mas dentro das limitações ideológicas e econômicas próprias do neoliberalismo restrita e diferenciadamente em relação aos grupos sociais. (COCCO, 1997:85).

A partir de 1987, com o processo de municipalização dos serviços de saúde, ampliou-se o número de unidades básicas de saúde em todo o país, notadamente no Estado de São Paulo. Com a globalização, o setor saúde também é afetado e diversos países procuram se articular “em blocos” como por exemplo o Mercado Comum do Cone Sul - MERCOSUL, cujos países participantes são Argentina, Paraguai, Uruguai, Chile e Brasil (COCCO; 1997:87). Ressalte-se que uma parte muito significativa da população brasileira é assistida pelo setor público, conforme está demonstrado no Quadro 1. Aproximadamente 75% da população brasileira (cerca de 120 milhões de pessoas) conta apenas com o atendimento prestado por serviços públicos (população SUS-dependente) e isto representa um gasto de cerca de R\$187 *per capita*/ano (1999). Como os usuários de serviços privados (cerca de 40 milhões de pessoas, ou seja 25% da população) não são excluídos do SUS

(apesar de se beneficiarem da chamada renúncia fiscal), são cobertos por serviços que representam um custo aproximado de R\$624 *per capita*/ano (1999). Sem considerar a desigualdade no desembolso e na aplicação desses recursos pode-se considerar que 53% desse total (público e privado) é gasto com 25% da população, ou seja 233% a mais que a população que depende exclusivamente do SUS (BUENO, 2000: 14).

Quadro 1: RECURSOS FINANCEIROS APLICADOS EM SAÚDE NO BRASIL – 1999

<u>Recursos Públicos:</u>				
Nível	R\$(bilhões)	per capita	% públ.	% total
Federal	19,1	119,4	63,8	40
Estadual	6,2	38,8	20,7	13
Municipal	4,6	28,8	15,5	10
Total	29,9	187	100	63

População coberta: 160.000.000 (cerca de 32.000.000 desassistidos)

<u>Recursos Privados:</u>			
	R\$(bilhões)	per capita	% total
Total	17,5	437	37

População coberta: 40.000.000

	R\$(bilhões)	per capita
<u>TOTAL</u>	47,4	296

Fonte: BUENO, 2000

O SUS traz importantes mudanças para o conceito de saúde ampliando o conceito referido pela Organização Mundial de Saúde - OMS. DEGANI (1999:50) esclarece em seu estudo que, além da Oitava Conferência Nacional de Saúde em 1986, a Conferência de Ottawa, também realizada em 1986, deu ênfase à promoção da saúde para que fosse além das atividades já desenvolvidas indicando a paz, moradia, educação, salários, justiça social, entre outros, como requisitos indispensáveis para a saúde. Esclarece ainda, baseada em Mendes que, em 1997, ocorreu importante conferência, baseada nas conferências de Ottawa, a quarta Conferência Internacional em Jacarta (Indonésia) que abordou questões sobre

“como reiterar as tendências positivas para o melhoramento da saúde em um mundo em rápida evolução; como motivar a tecnologia da informação para convencer ao mundo de que a saúde é um problema de todos. E, finalmente, como forjar novas alianças para reduzir a defasagem em matéria de saúde e promover a saúde para todos no século XXI”.

A área de saúde no século XX foi a que mais incorporou a tecnologia relacionada a equipamentos e medicamentos, o que tem implicado no aumento dos custos. A informatização na saúde possibilitou o acesso e orientações abrangentes sobre o sistema de atendimento.

MERHY (1994:124) avaliando os serviços de saúde em relação à utilização de tecnologias e atuação profissional afirma que

“ tecnologia não é apenas equipamento, mas sim atuar com eficácia e competência e pontuou que qualidade em serviços de saúde estão implícitos as questões do acesso e acolhimento dos usuários, o vínculo entre trabalhadores e usuários, a realização de ações resolutivas como geradoras de efetividade e satisfação, a contribuição das ações de saúde para o aumento do grau de autonomia do usuário diante do seu caminhar na vida e da gestão autônoma dos serviços de saúde”.

No final do século XX, observou-se algumas mudanças em relação ao modo de atuação na área da saúde, dentre elas, além da possibilidade de cura e também a prevenção numa perspectiva mais abrangente, considerando-se as condições de trabalho, habitação, educação, lazer além do crescimento do número de idosos e da população de menores de 15 anos, que requerem conhecimentos e ações de saúde diferenciados e especializados. Em decorrência desses fatores, houve alterações curriculares nos mais diversos cursos da área de saúde, também para contemplar a necessidade de rever o perfil profissional que está sendo voltado para as novas perspectivas, ou seja, atendimento, assistência e internações domiciliar e também de uma visão mais holística da saúde. COCCO (1997:104) reforça que, “para sobreviver nesse novo mundo do trabalho, o trabalhador tem que necessariamente apropriar-se de outras áreas do conhecimento e incorpora-las àquelas adquiridas em sua formação”.

De acordo com ROCHA, LIMA, SCOCHI, VENDRUSCULO (1996: 209)

O SUS

“é um sistema estatal, descentralizado e suplementado pelo setor privado, sob controle público. Contudo a recessão econômica que marcou esta década, a diminuição da massa salarial e dos recursos de seguridade social, acrescidos do aumento da demanda por benefícios e assistência médica, agudizaram a crise do setor saúde”.

As políticas sociais, então, sofreram as consequências da demanda por serviços de cunho social, pois o financiamento de recursos foi restringido. Apesar de avanços significativos ocorridos, no final do século XX, existe um questionamento geral que mais uma reforma se faz necessária, uma vez que os progressos na ciência demonstram a necessidade de rever muitos conceitos que transcendem a visão mecanicista e positivista da saúde.

Como explica QUEIROZ (1986:316), ideologicamente falando, os problemas de saúde dos seres humanos estão implícitos nos aspectos sociológicos, além dos biológicos. É necessário, portanto, uma articulação desses aspectos para a construção social do saber e da prática médica. Enfatiza ainda que

“essa postura está, evidentemente, relacionada com a construção de uma medicina mais influenciada pelo pensamento e metodologia científicas e menos influenciada pelas forças primárias que organizam a sociedade capitalista”.

2.2. A SAÚDE E A ENFERMAGEM

No que diz respeito à Enfermagem, dentro dessa construção histórica, acredito que essas mudanças não estão tão próximas, devido aos determinantes históricos que condicionaram seu desenvolvimento, como também da prática de saúde em nível de Estado. Sabemos que as práticas profissionais têm a tendência a se desenvolverem dentro de um sistema socioeconômico vigente num país. Segundo KOHLRAUSCH (1999:82) “como a enfermagem é uma força de trabalho com inserção social, é natural que se engaje nos modelos de assistência vigentes em cada época”. Acredito que uma profissão se legitima se tiver capacidade de se desenvolver de acordo com as contingências sociais e que sua utilidade seja reconhecida e valorizada por aqueles a quem o profissional se propõe a beneficiar em determinados aspectos.

Porém, KOHLRAUSCH (1999:82) crê que seja necessário aparecer a interdisciplinaridade e a hierarquização do serviço de saúde deve se dar de forma mais horizontal ampliando o espaço e autonomia da equipe de trabalho e de cada profissional dessa equipe. Enfatiza que

“nesse processo, a enfermagem tem um papel social relevante, pois, ao mesmo tempo que é subordinada ao trabalho médico, no modelo assistencial clínico, também o pode reproduzir dentro da equipe de enfermagem, assim como pode modificá-lo. A enfermagem pode tentar mudanças nos modelos de organização do cuidado, tornando-o mais humanizado e mais voltado para os problemas e necessidades do cliente ao invés de preocupar-se tanto com a realização da tarefa e o cumprimento da rotina”.

O papel social da enfermagem de um modo geral, é a sua capacidade de proporcionar humanização na assistência prestada realizando suas atividades de modo singular, centrando sua atenção nas necessidades do indivíduo, procurando fazer de modo diferente essa interlocução entre o ser em cuidado e os profissionais.

Acredito que, desta forma, os papéis do profissional enfermeiro e equipe de enfermagem, tanto na assistência direta, no ambulatório ou outra unidade de saúde estarão sendo definidos e conseqüentemente reconhecidos e valorizados, pois, a enfermagem dentro de uma equipe de saúde tem características próprias, e é a única que permanece ininterruptamente as vinte e quatro horas do dia com o ser em cuidado, e mesmo como referência, na maioria dos serviços de saúde, no que diz respeito, principalmente, ao acolhimento e vínculo, características marcantes de um modelo de organização de serviços de saúde centrado na defesa da vida.

No que diz respeito ao ensino de enfermagem, na década de 70, as escolas seguem o modelo dominante para a prestação de serviços em saúde, baseado num esquema tecnicista. Nesta década as escolas abrangiam a formação de enfermagem nos níveis médio, superior e de pós-graduação. ROCHA *et al* (1996:212) esclarecem sobre as primeiras produções de pesquisas realizadas por enfermeiros. Estas eram mais direcionadas ao aspecto do cuidar na área biológica. Posteriormente, os enfermeiros começaram a desenvolver também pesquisas na área social do cuidado, ultrapassando, assim, a visão mais biologicista.

A enfermagem brasileira, no desenvolvimento de suas ações, constituiu-se mais evidentemente pelo modelo clínico assistencial, ainda dominante nos tempos atuais. Devido à adoção desse modelo, a enfermagem é considerada basicamente como um instrumento do trabalho médico, ou seja, através de uma determinada conduta médica. Assim, o trabalho da enfermagem se dá, de modo rotineiro, mecanizado seguindo um esquema pré-estabelecido e, mesmo adotando um plano de cuidados, na maioria das vezes, suas ações não se ampliam para outras necessidades do indivíduo em cuidado. Além disso, seguindo este modelo, a enfermagem presta importante serviço em nível gerencial, visando corresponder às exigências da instituição.

LEOPARDI (1991:13) sintetiza muito bem a questão do trabalho da enfermagem, no cuidado à saúde:

“a enfermagem nasce várias vezes, de modos diferentes, e caminha na história junto com ela {medicina}, aparecendo como pode, subsistindo através de transformações da sociedade, correspondendo às necessidades que dela assomam, assimilando mudanças que não a tornaram somente um ato de cuidar moral, mas a transformaram numa atividade profissional e seus exercentes em trabalhadores, que vendendo sua força de trabalho, submetem-se às condições gerais do mercado de trabalho”.

As atividades educativas que integram ou deveriam integrar as atividades do profissional enfermeiro, por se constituírem uma atividade importante, no modelo clínico assistencial parecem não ser consideradas, inclusive por boa parte dos próprios profissionais, como afirmam KOHLRAUSCH; ROSA (1999:118),

“ a função educativa da enfermeira parece não ser prioritária e as atividades que poderia desenvolver com a clientela passam a ser secundárias. É como se a função educativa ficasse delegada às enfermeiras que trabalham no modelo de saúde coletiva, desempenhada quase sempre fora do ambiente hospitalar”.

Sobre essa questão é importante salientar o papel das instituições formadoras dos profissionais enfermeiros. Como indaga BAGNATO (1999:13) em relação aos educadores: “que conhecimentos estamos produzindo e socializando e para quê, com quê objetivos”. Enfatiza, utilizando os conhecimentos de Demo que para o conhecimento tornar-se educativo, é imprescindível que o educador se oriente pela ética dos fins e dos valores. Considero importante o ponto de vista da autora quando afirma que

“o modo de compreender e fazer educação, seus objetivos e finalidades irão influenciar se uma formação profissional se dá num sentido progressista, crítico-reflexivo ou conservador, tecnicista, que reduz os profissionais em executores de tarefas, de técnicas, contribuindo ou não para produzir, de certa forma, as divisões existentes em nossa sociedade”.

Considera-se que seria importante a compreensão ou a percepção não só do profissional enfermeiro, mas dos profissionais do setor saúde em geral, no sentido de visualizar a importância do aspecto educativo de suas ações, resgatando essas funções que, infelizmente, ainda são encaradas num olhar periférico por ele próprio e automaticamente busque, também através da pesquisa, sua legitimação enquanto profissional; que exista o desejo de possibilitar ou intermediar uma articulação entre os modelos clínico e da saúde coletiva para que, tanto haja o benefício deste, profissionalmente, como também propicie a inserção do cliente como sujeito das ações que são realizadas pelos profissionais da saúde.

De acordo com ROCHA *et al* (1996) atualmente o setor saúde procura gradativamente englobar as práticas de prevenção, promoção, recuperação e reabilitação da saúde. Tal tendência, acredita-se, tem o objetivo de descaracterizar o hospital como sendo o único esquema dinâmico e efetivo de cuidado à saúde, mesmo porque não o é, pois sua preocupação maior gira em torno da doença.

Existem, hoje, propostas alternativas de cuidado à saúde, no nível ambulatorial. A desospitalização, termo atualmente muito utilizado, busca redefinir o papel do hospital, objetivando e, ao mesmo tempo, ampliando e integrando sua função com os demais níveis de assistência. Segundo afirmam ROCHA *et al* (1996:213) as propostas da desospitalização não descartam a existência do hospital no sistema de saúde, porém pretende redefinir seu papel propondo “suprimir a subordinação de todos os serviços e produção de conhecimentos sobre saúde à sua dinâmica”. Um dos objetivos dessa reformulação citado pelos autores em questão, seria ampliar a eficácia de seus serviços integrando-o com serviços de saúde menos complexos “dentro de uma proposta de integralidade da assistência articulando os diferentes níveis de atenção” (ROCHA *et al* 1996:213).

Transformações continuam e continuarão ocorrendo no setor saúde: terceirização, controle de qualidade dos serviços prestados, grandes avanços tecnológicos e nas pesquisas. Porém, de acordo com ROCHA *et al* (1996) o importante é que os profissionais se conscientizem das reais necessidades e benefícios das transformações e utilizem de sua capacidade e potencial para agir no sentido que os modelos assistenciais contemplem a ética, a solidariedade e a cidadania. Portanto, é fundamental que o profissional enfermeiro reconheça o seu modo de ação ou, o que significa adotar um

modelo para que seu fazer promova sua visibilidade social e proporcione transformações importantes no modo de produzir enfermagem, ampliando o paradigma vigente que é centrado apenas na biologia e na doença.

2.3. A SAÚDE NO CONTEXTO HOSPITALAR: O PAPEL DO ENFERMEIRO

O hospital, hoje, é uma organização complexa e representa o poder da corporação médica, pois, nele, ocorreu a institucionalização de seu saber científico. Antes disso, até o século XVIII, o domínio do espaço hospitalar era das irmãs de caridade. PADILHA, SOBRAL, SILVEIRA (2001:72) esclarecem que foi Florence Nightingale quem institucionalizou a Enfermagem enquanto profissão em ambiente hospitalar. Segundo Foucault, as mudanças no ambiente hospitalar, foram no sentido de se tornar mais um local obrigatório de aprendizagem do saber médico, uma exigência de caráter científico que trouxe a disciplinarização do conhecimento médico. CARAPINHEIRO (1993:68) conceitua disciplina, utilizando-se dos estudos de FOUCAULT (1988) como sendo “uma técnica, um tipo de poder, uma modalidade para o exercer, comportando um conjunto de instrumentos, de técnicas de procedimentos, de níveis de aplicação de alvos”.

Atualmente, a gestão hospitalar passa por reformulações tendo a necessidade de reconhecer que o espaço é multidisciplinar e a clientela mais exigente. É um lugar de segregação social tanto em relação ao tipo de sujeitos doentes como também aos diversos grupos de profissionais; o poder e a autonomia do profissional médico é ainda dominante, mesmo existindo a autoridade de uma estrutura administrativa.

GOSS *apud* CARAPINHEIRO, G. (1993:49) considera o exposto acima relacionado à organização hospitalar, como sendo semiburocrática⁸. FRIEDSON *apud* CARAPINHEIRO, G. (1993:52), considera que a profissão médica é quem mais utiliza uma dimensão de poder. Corresponde ao poder de “gate keeper” ou seja, “o monopólio que detém os profissionais credenciados no acesso, no fornecimento aos clientes de certos bens,

⁸ A organização semiburocrática é uma combinação do modelo *representative bureaucracy* de GOULDNER (1954) e da *advisory bureaucracy* de GOSS (1963), no qual a *representative bureaucracy* tem como características, as ordens e supervisão baseadas na autoridade, através das regras, enquanto que a *advisory bureaucracy* tem como traço principal, os conhecimentos técnicos específicos e os princípios orientadores para a aplicação dos conhecimentos (CARAPINHEIRO, 1993:49).

serviços e benefícios desejados” CARAPINHEIRO (1993:52). Este poder pode variar de profissão para profissão, organização e no envolvimento dos profissionais. A mesma autora ressalta que, dentre as categorias profissionais da área da saúde, a profissão médica é a única considerada verdadeiramente autônoma, caracterizada pela dominação do saber, competência técnica na organização de seu trabalho e sustentada pelos “arranjos especiais de liberdade, autonomia e responsabilidade”. Esses arranjos são proporcionados pelo modo de produção vigente instituído principalmente em contexto hospitalar. Explica CARAPINHEIRO (1993) que as profissões, em relação ao seu trabalho, que se articulam com a profissão médica no ambiente hospitalar, vivenciam uma alienação social.

Acredito que, desta forma, o hospital, ‘monopolizado’ pela profissão médica, através da tecnicidade de suas ações e métodos, limitou a identidade de outros profissionais e do próprio indivíduo que dele necessita. Porém, avalio que o hospital é constituído de vários grupos de profissionais, que atuando no seu núcleo de competência, com seu conhecimento específico, compartilham com os demais profissionais constituindo então o campo de competência dos profissionais da área de saúde (CAMPOS, 1997).

CARAPINHEIRO (1993:59), utilizando os estudos de Perrow, considera que esses grupos controlam a organização hospitalar e que se caracterizam por desempenharem tarefas difíceis e críticas. Considerou como *tarefas difíceis* aquelas que não podem ser consideradas de rotina e nem delegadas a pessoas não qualificadas, e como *tarefas críticas* aquelas sem as quais uma organização não funciona, como também as tarefas que “representam o problema mais importante a ser enfrentado em determinada fase de seu desenvolvimento”.

Operacionalizando o que foi referido e focando na assistência prestada ao ser em cuidado, as tarefas difíceis e críticas cabem também ao médico, enfermeiro e parte destas à uma equipe de enfermagem. Então, é possível questionar: por quê o espaço hospitalar legitima o saber-poder médico e disciplinariza os também importantes e imprescindíveis saberes-poderes de outros profissionais? Estaria ligada a uma racionalidade médica? Às questões político-econômicas, ou à falta de estratégias do profissional enfermeiro?

LARSON *apud* CARAPINHEIRO, G. (1993:72) considera que o poder dos profissionais depende da aptidão em desenvolver uma estratégia de mercado através de sua formação universitária. Nesse sentido, a profissionalização é um monopólio de saberes e competências com o objetivo de obter um público alvo para a aplicação destes saberes e competências respaldados constitucionalmente.

O poder que é produtivo requer interações com o saber e os grupos de profissionais organizados que, através de suas estratégias, negociam o espaço institucional para se estabelecerem enquanto sujeitos de suas ações. FOUCAULT (1988) esclarece que se exerce o poder, mais do que se possui o poder, e o hospital pode ser encarado como uma ilustração do conceito de “*panoptico*”, a partir do projeto “*Panopticon de Bentham*”, que é um modelo de poder disciplinar. Trata-se de um sistema de vigilância, cujo

“mecanismo fundamental está no fato de ver sem ser visto; uma forma de controle que induz no indivíduo a percepção de estar continuamente exposto, sob a ação de um olhar constante, incansável, desconhecido, que o mantém num perpétuo estado de sujeição e impotência”. (NUNES, 1999:46).

O hospital não é, portanto, a própria essência do poder, mas um espaço que permite o exercício do poder, de forma a adestrar ou formatar o poder daqueles que o exercem ou que almejam exercer. Reforça a autora sobre a arquitetura desse sistema que tem um aspecto característico para gerar poder convenientemente, ou seja,

“ao constituir uma relação fictícia entre seus participantes – vigilante e vigiado – ela também declina da participação de força; porque ao agir sobre o comportamento humano, ela vai se implantando através das relações, utilizando uma estratégia eficaz e econômica, no sentido de que reduz o número dos que a exercem e amplia o número daqueles sobre os quais é exercida” (NUNES, 1999:46).

A Enfermagem é uma profissão que integra ou articula a ciência, a arte, o ideal de ser ou a ética, como base para desenvolver suas ações e atividades práticas na assistência à saúde, no ensino e na pesquisa. O profissional enfermeiro, além de sua atuação específica no cuidado, é também coordenador da equipe de enfermagem; precisa para tanto desenvolver a competência, maior conhecimento e habilidade de liderança.

O enfermeiro é um profissional com formação universitária técnico-científica, conforme legislação federal, preparado para ter uma visão integral do paciente e deve compreender a importância de seu trabalho no âmbito coletivo, de seu compromisso social e político com a profissão e com os pacientes sob seus cuidados. Seu trabalho em saúde, no contexto hospitalar é reconhecido, porém, de modo muitas vezes indefinido e conflitante.

No cotidiano de muitos profissionais, existem algumas dificuldades nas relações de trabalho, na produção de cuidados que envolvem questões de autonomia, liderança e tomada de decisões, pois a atuação destes se desenvolve num espaço coletivo. Tal situação ocorre principalmente porque os hospitais adotam o modelo assistencial⁹ centrado em procedimentos médicos; o médico, portanto, é colocado em posição nuclear e as atitudes profissionais da enfermagem, de uma maneira geral, permitem e propiciam essa prevalência.

Em relação ao trabalho do profissional enfermeiro na área hospitalar, LIMA & ALMEIDA (1999:87) fazem a seguinte observação:

“analisando a organização tecnológica do trabalho no hospital e as relações sociais que ali ocorrem é possível compreender porque o trabalho de enfermagem tem determinadas características em função da articulação com os outros trabalhos e qual o espaço social que a enfermagem ocupa na produção de cuidados da saúde”.

O trabalho em saúde no hospital tem uma organização tecnológica e social, ou seja, o processo de produção e serviços depende de um conjunto de saberes e instrumentos, de relações sociais, nas quais os agentes executam as suas práticas de maneira interdependente e complementar. Esses agentes têm sua autonomia, porém, tensionada pela própria característica do processo de trabalho em saúde. Os cuidados são produzidos com o intuito de atender o paciente no aspecto curativo, em que agentes atuam de modo parcelar, contribuindo para a recuperação do doente, porém de forma fragmentada. É importante salientar que neste modelo, o trabalho coletivo desses agentes é direcionado pela racionalidade médica à qual os profissionais da equipe de saúde se submetem.

⁹ CAMPOS (1989) define modelo assistencial como sendo uma maneira sistemática de produzir ações de saúde bem como de organização para que o Estado e os serviços de saúde tenham funções específicas analítica e operacional sobre o modo de produção, podendo definir diretrizes gerais.

Com os avanços tecnológicos, os equipamentos hospitalares estão cada vez mais sofisticados e boa parte dos profissionais de saúde mecanizaram o seu trabalho. Explorações terapêuticas surgem a cada dia pelos serviços médicos e, como de costume, a administração dos hospitais envolve a gerência de enfermagem que, na maioria das vezes, se encarrega de assessorar na organização de técnicas, rotinas sem nenhum questionamento sobre sua necessidade e benefícios ao doente. Como concluem LIMA & ALMEIDA (1999:93) “o ato médico é considerado como ato decisório nos sistemas de tratamento, pois é a partir dele que se estabelecem os princípios da divisão de tarefas entre as diferentes categorias profissionais”.

Reforço portanto que o profissional enfermeiro, envolvendo-se no processo terapêutico, conhecendo e dominando sua atuação específica, assume a tomada de decisão no plano de cuidados; quando sugere ações que afetam o diagnóstico e o tratamento médico, contribui para a transformação de qualidade na assistência prestada, favorecendo a relação entre equipes e principalmente o ser em cuidado.

Como reforçam ELLIS & HARTLEY (1998:14)

“vemos a medicina envolvida com a cura do paciente e a enfermagem com o cuidado do mesmo paciente. Este cuidado inclui papéis significativos na educação para a saúde e a prevenção das doenças, bem como o cuidado individual do paciente”.

ROGERS *apud* WALDOW, V. R. (1998:74) afirma ser a enfermagem

“um sistema organizado e abstrato que usa seu conhecimento na prática. A prática para ela não é a enfermagem, mas o modo pelo qual usamos conhecimento de enfermagem. Ora, se o cuidar é nossa prática (uma prática que se caracteriza por ações e comportamentos de cuidar), esse é o nosso conhecimento”.

Essas ações e comportamentos de cuidar exigem o conhecimento técnico-científico bem como as questões valorais e atitudinais. WALDOW (1998:74) utiliza os padrões de Carper para reforçar o conceito do processo de cuidar no sentido autêntico: “o cuidar é ético, estético, pessoal e empírico”. Quando esses padrões estão inter-relacionados

com o cuidar/cuidado, é ético, porque o cuidar sem ética não existiria; é estético, pois desenvolve a criatividade na interação com o outro, é pessoal, pois envolve intenções, relações, compromisso, responsabilidade e é empírico por se manifestar na realidade concreta.

Assim, o profissional enfermeiro, pode atuar adequada e efetivamente no processo assistencial, propiciando ações integradas, abrangendo os aspectos biológicos e sociais no processo saúde-doença. Como confirmam LIMA & ALMEIDA (1999:98)

“nesse sentido, advogamos a transformação do processo de trabalho no hospital, guiado por uma outra lógica para conduzir o modelo clínico de assistência, numa tentativa de sair da compartimentalização do conhecimento, que tem sido uma das características marcantes do trabalho em saúde na atualidade”.

O processo de trabalho em enfermagem atual, mesmo com a divisão técnica e social, poderá atuar de forma diferente, ou seja, criando oportunidades entre a equipe para qualificar sua atuação. Poderá organizar o espaço coletivo de forma adequada para realizar o cuidado, inserir a função educativa do profissional enfermeiro em seus diversos aspectos na prática de enfermagem.

Utilizando os conhecimentos de MORIN (2001:20) na área de educação e ensino, que elucida a missão da reforma desse ensino, de uma maneira geral, converge com meu propósito nesta fase deste estudo: “é transmitir não o mero saber, mas uma cultura que permita compreender nossa condição e nos ajude a viver, e que favoreça, ao mesmo tempo, um modo de pensar aberto e livre”. Enfatiza ainda que

“a reforma do pensamento é que permitiria o pleno emprego da inteligência para responder a esses desafios e permitiria a ligação de duas culturas dissociadas. Trata-se de uma reforma não programática, mas paradigmática, concernente a nossa aptidão para organizar o conhecimento” (MORIN, 2001).

Morin (2001) reforça a convicção de que o paradigma vigente não dimensiona o ser em cuidado, mas sua doença e, portanto a Enfermagem perde a dimensão cuidadora, o enfermeiro, de certa forma, vê-se impedido de exercer plenamente seu papel no ato de cuidar. A Enfermagem, com isso, recusa sua história, e sua possibilidade evolutiva, ou seja, fica sem a perspectiva de humanização do cuidado, fragmentando o ser humano, desconsiderando-o como um ser complexo. Portanto, é desejável a reforma do pensamento para reorganizar o conhecimento, compreendendo nossa condição enquanto profissionais e favorecendo uma nova forma de pensar, a partir de um paradigma ampliado de saúde e medicina.

2.4. O ENFERMEIRO E A CONSTRUÇÃO DE SUA AUTONOMIA NO PROCESSO DE CUIDAR

O propósito deste estudo é falar sobre a autonomia do profissional enfermeiro e, por meio de uma construção de valores no ato de cuidar, buscar a essência de sua atividade. Para construir esta autonomia foi necessário percorrer a história da enfermagem, do cuidado à saúde e contextualizar a ação do enfermeiro no espaço hospitalar.

Determinantes históricos caracterizam o perfil do profissional enfermeiro em relação ao seu papel, principalmente se exercido na área hospitalar. Portanto, faz-se necessário tecer algumas considerações sobre o desenvolvimento da autonomia em geral, para uma adequada compreensão sobre o tema relacionado à área da saúde, mais especificamente à Enfermagem.

As atividades humanas demonstram a capacidade inerente ao ser humano. A arte, a ciência, a religião e a filosofia desenvolvem a capacidade da razão desse ser humano de forma consciente. Deste modo, o ser humano – o particular – é considerado indivíduo, a “personalidade, que tem uma relação consciente do ‘nós’ que também se configura com sua própria consciência do ‘eu’ ” (BIANCO, 1999:28).

A partir daí, esse desenvolvimento do indivíduo faz com que este esteja possibilitado a fazer escolhas, ou seja, adquire a liberdade humana – a autonomia. (BIANCO, 1999:28). O indivíduo, diante da vida cotidiana, precisa da ética como necessidade para viver socialmente, porém não um viver estático, mas enquanto sujeitos (eu e o outro) que têm necessidades e são portadores de saberes. Partindo do pressuposto que, ao nascer já encontra um mundo constituído, o indivíduo adapta-se a ele, porém, adquirindo atitudes objetivas, dinâmicas perante este mundo que não o alienam (BIANCO, 1999:29),

Neste contexto, analisando a enfermagem em seus aspectos históricos, de formação educacional e processo de trabalho, ainda se percebe em geral, uma alienação no seu fazer cotidiano. Como reforça BIANCO (1999:30).

“ a literatura crítica traz a enfermagem enquanto classe – ou mesmo os enfermeiros como profissionais alienados no seu fazer cotidiano – de uma maneira estática, sem movimento, tratando-os como não sujeitos(...) subordinados a um processo sempre previsível e estruturado. Configurando dessa forma a personalidade num peculiar processo de socialização da heteronomia que garante permanente fracasso frente ao sistema estabelecido”.

Nesse sentido, o profissional enfermeiro poderá fazer de seu dia-a-dia, algo dinâmico e inovador, que é resgatar seu papel no processo de cuidar e com isso, recuperar ou reconstruir sua autonomia, partindo do princípio que é sujeito desta ação por dominar esse tipo de saber.

A palavra autonomia, embora muitas vezes confundida com autoridade¹⁰, apesar de estarem relacionadas, vem sendo muito utilizada em diversos meios: na Bioética, na Lei do Exercício Profissional, na Lei dos Direitos dos Pacientes, nos Códigos de Ética. Nos vários contextos, a palavra autonomia, possui significados complexos que discorreremos a seguir.

¹⁰ De acordo com ETIZIONI (1989) autoridade é a combinação do poder que designa a capacidade de provocar a aceitação de ordens e da legitimidade que designa a aceitação do exercício do poder, pois, corresponde aos valores dos subordinados.

A autonomia para o indivíduo, como sinônimo de liberdade, não é absoluta e sim relativa, pois o envolve como um ser constituído socialmente; é dinâmica pois é constituída pelo indivíduo com seu saber, seu fazer, embasado no querer do eu e do outro (BIANCO, 1999:33). A autora explica que esse querer significa ter vontade para a ação, porém depende do querer/poder da sociedade em que se vive. A autonomia, portanto, depende do poder externo e o querer depende do poder interno do indivíduo.

De acordo com HELLER *apud* BIANCO, M. H. B. C.(1999:34) a autonomia passou por um processo de construção no decurso da história com uma objetividade social, resultante de relações e situações concretas. A mesma autora explica que na ética moderna, a autonomia era uma categoria central, porém na ética antiga, na Grécia, em momentos distintos, a autonomia significava felicidade (Epicuro) como também possuía uma conotação política, ou seja, ser livre na *polis*, significava eleger o Estado como o bem. Os homens públicos eram livres e as mulheres, estrangeiros e escravos eram impedidos de serem cidadãos (BIANCO, 1999:34).

No cristianismo, a liberdade se desloca para o interior do ser humano, articulando-se com a vontade entre o bem e o mal, tornando-se ‘livre-arbítrio’, devendo obedecer aos mandamentos divinos, “apagando a idéia de liberdade como esfera humana” (BIANCO,1999: 36:37).

Na Idade Média, a religião se tornou o “fator desindividualizante, (...) as pessoas achavam-se agrilhoadas aos respectivos papéis na ordem social”. No final da Idade Média, o capital começa a ser valorizado, o indivíduo se valoriza pelo trabalho e pelos bens que possui. O cartesianismo, no qual o homem, através de seu conhecimento, era considerado como livre. A liberdade, nesse sentido, passa a ser interpretada como autonomia (BIANCO, 1999:38).

A mesma autora esclarece que na Idade Moderna, o pensamento filosófico volta a estar centrado no indivíduo, liberado da questão religiosa. O pensamento filosófico moderno baseia-se em fundamentos ontológicos e antropológicos para conceituar autonomia e Spinoza, de acordo com BIANCO (1999:38), classifica autonomia como autodeterminação, quando a ação ou atividade é determinada pelo indivíduo, ou seja, por

sua própria natureza possui uma força interna, denominada por CHAUI (2000) de “livre necessidade e passividade”, quando o indivíduo não é livre para pensar e agir se colocando na condição de servidão.

O termo autonomia foi usado por KANT *apud* BIANCO, M. H. B. C. (1999:32) para “designar a capacidade de determinar-se em conformidade com uma lei própria”. KANT *apud* SEGRE, SILVA, SCHRAMM (1998), esclarece que o homem pensa e propõe a lei; parte do princípio que a realidade é o pensar e o sentir humanos. O homem faz de suas leis instrumentos para a convivência entre pessoas. Kant, estabeleceu, assim uma correlação entre liberdade e responsabilidade, introduzindo a idéia de que essas necessidades podem ser consideradas como empírica (utilizada para causas particulares) e transcendental (utilizada em benefício da humanidade), consideradas não como um meio e sim um fim, não coisificando-as (BIANCO, 1999:38).

Para ABBAGNAMO *apud* BIANCO, M. H. B. C. (1999:32) “a lei moral não exprime nada mais do que a autonomia prática, isto é, da liberdade”. Por outro lado, HEGELL *apud* BIANCO, M. H. B. C. (1999:39) considera o critério de liberdade, reconhecendo a necessidade humana, porém efetivada pelo Estado como alternativa social, desconsiderando a capacidade da sociedade civil nesse aspecto. Marx *apud* BIANCO, M. H. B. C. (1999:40) trabalha exatamente sobre o conceito de sociedade civil de Hegel, na qual predominam a carência, a falta, a necessidade, não possuindo a capacidade de autodeterminação, a não ser através do Estado. Marx considera a concretização da liberdade quando

“o homem puder participar conscientemente na realização da essência humana e puder realizar os valores genéricos em sua própria vida, onde o capital deixa de ser sujeito e o comunismo seja a formação social que supera carências, faltas, necessidades e exploração” (BIANCO, 1999:40).

O propósito deste conteúdo foi demonstrar o quanto histórica, filosófica, onto e antropologicamente estão estruturados os conceitos de autonomia e como esses aspectos influenciaram e influenciam os seres humanos, na condição de profissionais ou não. Portanto, como sinônimos de autonomia temos as palavras autodeterminação, liberdade, independência, lei moral. As palavras que poderiam conotar sentido contrário são

submissão ou anomia, heteronomia, ou seja, condição de receber algo de alguém que não seja o próprio.

Deslocando-nos para o campo do saber de uma profissão, observamos que este é constituído pela sua autonomia e por suas especificidades, sendo esta um requisito importante, pois envolve o poder de decisão e “*status*”. CRUZ (1997:51), baseada nos estudos de Dempster (1994), Bathey & Lewis (1982), explica que os fundamentos da autonomia envolvem autodirecionamento (“*self- rule*”) e liberdade da vontade (“*free-will*”), representando basicamente a “liberdade para fazer escolhas, tomar decisões ou selecionar um curso de ação sem controle externos”.

Para SILVA (1979:72) autonomia é “a faculdade que tem o enfermeiro de autodeterminar-se dentro da equipe de saúde, no exercício legal de suas atribuições profissionais de acordo com o sistema de saúde vigente de um país, numa região ou comunidade”.

BIANCO (1999:46) que fundamentou seu estudo sobre autonomia no referencial teórico de Agnes Heller, refere que

“a autonomia é um valor a ser assumido pelo profissional enfermeiro consciente – que age na sua cotidianidade com a maior autonomização possível – e sentida como capacidade de escolha entre alternativas. Isso vai além do saber e do fazer do enfermeiro, enquanto noções mecânicas(...). Ser-saber-fazer embasam a autonomia do profissional”.

A autora explica o *ser*, como um sujeito, cujos valores relacionados à vida, democracia e ao altruísmo, façam parte de seu cotidiano e que se sinta no direito de agir com autonomia relativa em relação ao outro, que é o ser em cuidado ou o ser com quem se compartilha o trabalho do cuidado à saúde. O *saber* é aquele que se fundamenta num conhecimento que direcione para o ideal de uma profissão e o *fazer*, constituído pela habilidade adequada, para a ação cuidadora fundamental do profissional.

MORIN (2001:118) considera que,

“enquanto seres culturais e sociais, só podemos ser autônomos a partir de uma dependência original em relação à cultura, em relação a alguma língua, em relação a um saber. A autonomia não é possível em termos absolutos, mas em termos relacionais e relativos”.

O autor reforça que a idéia de autonomia é inseparável da idéia de auto-organização. Portanto, o profissional enfermeiro exerce sua autonomia a partir de sua relação com o ser em cuidado, sistematizando com fundamento a assistência a ser prestada.

CARAPINHEIRO (1993:50) utilizando o referencial de Bucher e Stelling, traz uma importante contribuição para o conceito de autonomia, quando analisa o tipo de organização característica que é a hospitalar¹¹. Define como autonomia elástica, partindo da definição de autonomia como sendo

“a aptidão que os indivíduos dispõem numa situação de trabalho para determinar a natureza dos problemas com que se confrontam e para saberem resolvê-los. É elástica no sentido de que não existe um domínio fixo de autonomia, nem se liga de forma inerente a nenhuma posição hierárquica”.

Explica ainda que, como um elástico, autonomia se estende ou se limita em tamanho variável de acordo com a competência do profissional e que este só dispõe de autonomia “quando possui o poder de controlar o seu próprio trabalho, e decorrente deste controle é que pode ser responsável pelas ações que desencadeia”(CARAPINHEIRO 1993:50).

O complexo tema da autonomia principalmente no que diz respeito ao trabalho em saúde, denota alguma dificuldade, considerando-o inserido no contexto global do próprio desenrolar histórico, sociocultural e da maneira secundária imposta à mulher na sociedade. A enfermagem reproduz tais dificuldades tendo em vista o grande contingente

¹¹ Buscher e Stelling *apud* CARAPINHEIRO, G. (1993:50), propõem um modelo que designam “organização profissional” e sugerem conceitos de “autonomia elástica”, “responsabilidade” e “monitoring” para analisarem a estrutura hierárquica e a organização de trabalho dos serviços hospitalares ao invés de conceitos burocráticos como autoridade e supervisão. Explicam que tais termos não são significativos para controlar comportamentos. Maximizam o termo “orientações” ao de “ordem” de acordo com a autonomia revelada do profissional.

de mulheres nesta profissão. Muitos autores tais como FRAGA (1993), FIGUEIREDO (1994), SOBRAL (1994), MEYER (1995), estudiosos em relação à questão de gênero, colocam as dificuldades do posicionamento do enfermeiro, relacionadas a intervenções inovadoras, estratégias para implantar ações ou tomar decisões.

HUGHES (1990) *apud* CARAPINHEIRO, G. (1993:50) destaca duas visões ideológicas da prática de enfermagem: a visão da domesticidade, que “permeou a prescrição dos papéis da mulher”, principalmente no século XIX; a visão de profissionalização, que “sustenta a promessa de prestígio social e autonomia”, os quais ainda hoje são persistentemente buscados por uma parte significativa de profissionais, imbuídos de um ideal, pois, atualmente grande parte dos profissionais enfermeiros têm dificuldades de discernirem entre essas visões, bem como a sociedade necessita de esclarecimentos adequados, para, então, as reconhecerem.

Conhecer e reconhecer a real competência do profissional, bem como valorizar o cuidar como método importante, é essencial na recuperação da saúde. A autonomia profissional, sendo conceituada, segundo CRUZ (1997:53) como *autodeterminação e independência de constrangimentos externos*, não pode ser desvinculada da responsabilidade e da autoridade. Partindo desse pressuposto, autoridade, segundo a mesma autora, *é o direito ao poder para atender a uma responsabilidade e a autonomia se torna a liberdade para exercitar esse direito*.

Os estudos de STYLES (1985), VAUGHAN (1989), SNOWDON (1993) e JOLEY (1987) *apud* CRUZ, D. A. L. M. (1997:53) explicam que a liberdade de autonomia, tem uma dependência entre a estrutura organizacional e o profissional, sendo que a organização permitirá o exercício da autonomia, estabelecendo limites; em relação ao profissional, dependerá exclusivamente deste, querer tomar decisões desde que sejam apropriadas. Para que a autonomia do profissional seja legitimada, é necessário que esta garanta uma prestação de contas àquele para quem uma determinada ação foi realizada.

Sabemos que no espaço hospitalar a hegemonia do trabalho médico faz-se ainda presente. Porém, devemos assumir o processo de cuidar e do cuidado com autonomia, pois, apesar do fato de que em alguns aspectos mantém-se uma relação de interdependência

com o trabalho médico, em muitos outros aspectos as ações são independentes. Do contrário, estaremos na condição de subordinação ou de atividade considerada secundária, não só em relação ao trabalho médico como aos demais profissionais da equipe de saúde.

O cuidar envolve vários aspectos, o de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde. É importante que o profissional enfermeiro perceba que esse núcleo de competência é dele por direito. É necessário que este aproprie-se efetivamente do cuidar, pois, sabe-se hoje do grande interesse de outros profissionais que foram recentemente inseridos na equipe de saúde, em ocuparem, como alguns já ocupam mesclando-se em atividades comuns uma parcela do espaço cuidar, dentro da especificidade que é própria do profissional enfermeiro, restando-lhe, assim, atividades com características ocupacionais.

Muitas atividades específicas do enfermeiro estão contempladas nas teorias de enfermagem que propiciam ao profissional sistematizar a assistência de enfermagem cientificamente, tais como: consulta, prescrição e diagnóstico de enfermagem, plano de cuidados diretos, inserindo as práticas educativas em todas as etapas do cuidado à saúde (prevenção, promoção, recuperação, reabilitação e assistência domiciliar). As possibilidades de atuação são muitas. Basta querer realizar, com estratégia e com fundamentação científica, de forma integral, realizando intervenções, que garantam o prestar contas, legitimando assim sua autonomia.

Sabemos que uma profissão, para ser considerada com tal, pressupõe atividades contínuas, de caráter social, com a finalidade de obter algum ganho (satisfação, pessoal, financeira entre outros) em favor da necessidade de algo ou alguém. No caso do enfermeiro, como já enfatizamos, sua profissão está fundamentada nas Teorias de Enfermagem. De acordo com LEOPARDI (1988:02) a Teoria de Enfermagem “é um instrumento e como tal, se articula com a estrutura geral e tendência do processo de trabalho num determinado modo de estrutura social”.

A necessidade de proporcionar uma metodologia científica nas atividades desenvolvidas pelo profissional enfermeiro, fez com que algumas escolas, adotassem o estudo das Teorias de Enfermagem. Vale ressaltar que as Teorias de Enfermagem surgiram

há mais de cinquenta anos nos Estados Unidos, à medida em que os profissionais iniciaram a reflexão crítica sobre sua prática, necessitando reorganizar mais seus conhecimentos. No Brasil, as Teorias de Enfermagem foram adotadas há mais ou menos vinte e cinco anos, reproduzindo o conhecimento americano. Muito se avançou por intermédio de competentes profissionais nacionais, adaptando esses conhecimentos, tornando-os mais próximos de nossa realidade.

Baseando-se no exposto, defendo que a Enfermagem deva preocupar-se com a pessoa, a saúde, o ambiente e a própria profissão enfermagem, que são os quatro conceitos principais por onde se direcionam as Teorias de Enfermagem. GEORGE et al. (2000:11) explica os quatro conceitos da seguinte forma:

“a pessoa pode ser um indivíduo, família, uma comunidade, que recebe cuidados de enfermagem; a saúde significa um estado de bem-estar decidido entre a enfermeira e o cliente; o ambiente representa o espaço onde a relação de cuidado pode se dar; a enfermagem é a ciência e a arte da disciplina”.

Cabe aqui uma reflexão em relação ao que a autora menciona como a arte da disciplina. O filósofo e historiador Michael Foucault, em vários estudos, destacou o poder disciplinar, presente no século XIX e também no século XX, quando novas instituições se desenvolveram HALL (2001:41).

A enfermagem, presente também neste processo, foi sujeitada a esse tipo de controle de vigilância, no qual as atividades, o trabalho, estava sob controle do poder das normas administrativas e do conhecimento especializado.

Utilizando os conhecimentos de Stuart Hall (2001), admite-se que a enfermagem, como sujeito, como identidade, está sendo descentrada e contestada, apesar de que timidamente, pelos próprios profissionais, por meio das necessárias rupturas com o pensamento e o conhecimento do sujeito cartesiano, fazendo parte portanto, do processo de legitimação e dimensão de um saber (HALL, 2001).

Assim, a enfermagem interage com outros conhecimentos, com outras práticas e, conseqüentemente, com outras relações sociais, como reforçam (MEYER, WALDOW, LOPES, 1998). Estas consideram que

“o conhecimento na enfermagem passa primeiro por uma fase que é a de definirmos e sintetizarmos o que estamos fazendo (identificar) e, mais importante, conhecermos de verdade – com profundidade – o que fazemos (análise)”...MEYER *et al.* (1998:79).

As teorias de enfermagem procuram configurar um espaço profissional autônomo entre as profissões que atuam na área de saúde, construindo ações de assistência, cuidado e educação, deslocando-se do eixo biológico no qual opera a medicina, para o eixo das ciências humanas.

Defendendo tal mudança, utilizei a análise de CAPRA (1999), em sua abordagem holística na área da saúde, na qual a visão de um todo dinâmico, não fragmentado, gradativamente está prevalecendo, a partir de uma perspectiva na qual o todo é maior do que a interrelação de suas partes.

A enfermagem atual, mais precisamente o profissional enfermeiro, está rompendo com a imagem do profissional devoto e obediente, atrelado a uma concepção religiosa do cuidado, porém a ruptura com essa identificação deve ser segura e ao mesmo tempo definitiva.

Os profissionais de enfermagem e, em especial o profissional enfermeiro, está começando a reconhecer a necessidade de se reorganizar para assumir uma dimensão maior no trabalho em saúde, através de implementação de estratégias para intervir de forma fundamentada no processo de cuidar. Um pequeno número, porém, significativo de profissionais enfermeiros atualmente, está inserido em cursos de pós-graduação, procurando valorizar ainda mais a sua prática.

MEYER *et al.* (1998) esclarecem que é necessário priorizar as mudanças nas relações de trabalho da enfermagem, principalmente no espaço hospitalar, (re)definindo o profissional enfermeiro, enfatizando o seu papel na relação enfermeiro/enfermagem-ser em

cuidado, valorizando o aspecto humano, ético, qualificando suas ações técnicas e relacionais simultaneamente. Concordo com as autoras, pois a questão relacional é o verdadeiro espaço para criar, libertar, complementar pelo cuidar na relação com o tratar. Tal espaço diferencia o cuidar de simplesmente realizar uma técnica. Cuidar é a maneira de demonstrar o saber-fazer, pois requer conhecimento que qualifica o trabalho do enfermeiro. Portanto, o cuidar é a nossa prática e nosso modo de ser na equipe de saúde; é a base de nosso conhecimento, do conhecimento da enfermagem.



CAPÍTULO 3
A ENFERMAGEM E O PROFISSIONAL
ENFERMEIRO: SUAS INTERFACES COM
OS MODOS DE PRODUZIR SAÚDE

O profissional enfermeiro, em seu processo de formação, tem uma dimensão técnico-científica, cuja finalidade, segundo DUARTE (2001: 115) é:

“graduar enfermeiros generalistas comprometidos com a prática social, críticos, com ampla visão da realidade de saúde na perspectiva de uma atuação diversificada, capaz de intervir no processo saúde-doença, em todas as fases do ciclo evolutivo do ser humano e nos vários níveis de complexidade”.

Partindo desse pressuposto, a educação crítica no processo de formação, proporcionando adequado conhecimento e competência, contribui, e muito, para atuar ativamente nas mudanças necessárias no sistema de saúde e automaticamente no processo de trabalho em saúde. DUARTE (2001:120) entende que a educação é um fator mediador do processo social. Segundo esta, poderá ser denominada crítica

“na medida em que não cede ao ilusório e em que interpreta a educação dimensionada dentro dos determinantes sociais, com possibilidades de agir estrategicamente para a sua transformação. Propõe-se desvendar e utilizar-se das próprias contradições da sociedade para trabalhar de forma realista (crítica) pela sua transformação”.

Cabe ao enfermeiro em sua prática profissional, comprometer-se não só com o cuidar e o cuidado, como também com o educar e o cuidar, pois, segundo DUARTE (2001:116) “adotando uma educação crítica para mediar o processo de formação do enfermeiro, favorecerá a visão integral do cliente, da família e da comunidade, com o comprometimento social e político”.

Acredito que a formação dos profissionais de nível técnico, dentro da categoria de enfermagem, deverá obedecer a mesma linha de pensamento, pois, desta forma, o profissional enfermeiro e equipe, adotarão comportamentos adequados, principalmente o ético, o qual deverá permear todas as suas ações.

É de fundamental importância, que o profissional enfermeiro e equipe de enfermagem, entendam que o ser em cuidado é antes de tudo, um cidadão, e razão do ser, do fazer e do saber da profissão enfermagem.

É importante refletir também que auto-estima¹² do profissional esteja adequada, a fim de que, constantemente, busque seu desenvolvimento profissional, pois, permite harmonizar positivamente as relações com a equipe de enfermagem, com a equipe multiprofissional, no processo de formação dos futuros profissionais e com o ser em cuidado. Desta forma, consegue realizar ou contribuir para mudanças que são necessárias no atual sistema de saúde.

O enfermeiro deve ocupar seu espaço profissional, entendendo que o cuidar vai além de uma técnica; é um ato transformador, no qual se insere o educar, o cuidar propriamente dito e o pensar, entre outras ações. Para refletir, menciono o pensamento de GAUTHIER & HIRATA (2001:123):

“quando se trata do cuidar em enfermagem, a relação educativa está sempre presente: cuidando de ti, tenho a obrigação moral de te ensinar a te cuidar a ti mesmo, a não ser que eu queira te manter na dependência do meu saber, do meu poder, o que seria contrário à própria definição do cuidar”.

3.1. RESGATANDO A ENFERMAGEM NA HISTÓRIA: O SER

Através de inúmeros estudos, sabemos que a prática da enfermagem têm suas características próprias, historicamente evidenciadas. Na Idade Antiga, o trabalho manual cabia aos escravos e o trabalho intelectual aos senhores, evidenciando a relação de domínio pelo poder de posse.

O cuidado ao doente era tarefa das mulheres, dentro do lar e era considerado como uma atividade doméstica. Portanto, o trabalho da enfermagem era associado a um trabalho feminino e subalterno e conseqüentemente pouco valorizado pela sociedade. Nesse período, as pessoas associavam a doença a questões espirituais e sobrenaturais. A terapêutica cabia aos homens magos, feiticeiros e médicos dentro dos templos. Porém, cabia às mulheres, como atividade doméstica, a realização do cuidado.

¹² Para GAUTHIER & HIRATA (2001:131) “a auto-estima tem sua morada na consciência, que, por sua vez, é um fenômeno espiritual, isto é, transcendente, portanto, característica única do ser humano e que funciona interagindo com outras forças da personalidade”.

Na Idade Média, o cuidado à saúde e sua organização social estava ligado à práticas religiosas cristãs, em que se realizavam cuidados aos enfermos tanto no aspecto físico como espiritual, em hospitais que eram considerados de modo semelhante aos asilos. As atividades ligadas à saúde e à doença eram responsabilidade da igreja, sendo exercidas pelas ordens religiosas, até então desvinculadas da assistência médica, pois associavam esse cuidado com a salvação da alma, e o cuidado do médico era realizar atividades técnicas para buscar a cura dos enfermos. A relação do cuidado em enfermagem com as questões religiosas se dá pelo caráter da preocupação com o outro, a solidariedade, o amor ao próximo, como confirmam PADILHA et al.(2001:55):

“o cuidado aos enfermos foi uma das muitas formas de caridade adotadas pela igreja e que se conjuga à história da enfermagem, principalmente após o advento do cristianismo. Os ensinamentos de amor e fraternidade transformaram não somente a sociedade, mas também o desenvolvimento da enfermagem, marcando ideologicamente, a prática de cuidar do outro e modelando comportamentos que atendessem a esses ensinamentos”.

Na época do Brasil-Colônia, as Misericórdias, como assim falavam os portugueses, faziam parte desse processo. As Irmandades incumbiam-se de construir capela para missas e para fins funerais, como também construíam um local para cuidar de enfermos; quando recebiam recursos para ampliar as obras, construíam hospitais os quais denominavam Santas Casas de Misericórdia. Segundo PADILHA, SOBRAL, VIEIRA (2001:58) “os jesuítas trabalhavam com os irmãos da Misericórdia em muitos hospitais, exercendo o papel de médicos, farmacêuticos, enfermeiros e obtinham para isso a ajuda de escravos e escravos emprestados ou doados por seus senhores”. Vale ressaltar que há registros de que antes das Irmandades religiosas chegarem ao Brasil, havia a figura do enfermeiro-mor que controlava o pessoal, material, a limpeza, as prescrições médicas, nos locais destinados aos cuidados.

Na Idade Média surgem as cátedras, constituindo socialmente a diferença entre o trabalho intelectual e o manual. No período da Inquisição o cuidado, realizado por religiosas, deixa de ocorrer nesses espaços e a enfermagem ficou, durante séculos, desvinculada do progresso da ciência. Nesse período (século XVI) ocorreu a Reforma, um movimento religioso que dividiu o cristianismo. Foi comandado por Lutero que liderou um

grupo de católicos insatisfeitos com o papa e com a igreja, que separaram-se e foram chamados de protestantes. Nessa época, os hospitais que eram dirigidos por religiosas católicas se fecham e o cuidado aos pobres e doentes ficou nas mãos de pessoas desqualificadas moral e intelectualmente e estes locais foram considerados de horror. (PADILHA *et al.*, 2001:70).

O período de 1550 a 1850 foi considerado um período obscuro para a Enfermagem. Em vários momentos deste período ocorreram movimentos com a finalidade de elevar profissional e moralmente a prática da enfermagem nos hospitais. (PADILHA *et al.*, 2001:70). Anteriormente, a arte do cuidar era um saber indiferenciado; com o nascimento da clínica, no século XVIII, essa arte diferenciou-se em arte do curar e em outra arte do cuidar.

Vale ressaltar nos estudos de MEYER, WALDOW, LOPES (1998:92) que a participação masculina no serviço de enfermagem do século XVIII era real, apesar do grande contingente de mulheres.

No século XIX com a instauração do paradigma cientificista, a enfermagem, a partir de 1859 com Florence Nightingale, se institui como a nova arte e a nova ciência – nasce a enfermagem moderna, constituindo-se com um saber próprio.

Na Idade Moderna, a enfermagem se torna socialmente mais reconhecida em virtude das transformações ocorridas desde a sociedade feudal. Com a revolução industrial, novas transformações ocorreram na prática de enfermagem com a nova ordem social. O hospital se torna um lugar de saber, pois se instaura a intervenção médica sobre os indivíduos e as doenças e, assim, a arte do curar se faz, dominando a arte do cuidar.

O médico, que até então era externo ao hospital, subordina o papel das religiosas para disciplinar o novo ambiente terapêutico. Com isso surge o enfermeiro, porém de maneira diferente ao que preconizou Florence Nightingale, ou seja, um representante da arte do cuidar, porém de forma dominada. NIGHTINGALE (1989:14), manifesta através de suas publicações seu repúdio:

“utilizo a palavra enfermagem por falta de outra melhor. Seu sentido foi limitado e passou a significar pouco mais que ministração de medicamentos e aplicação de cataplasmas. Deveria significar o uso apropriado de ar puro, iluminação, aquecimento, limpeza, silêncio e a seleção adequada tanto da dieta quanto da maneira de servi-la – tudo com um mínimo de dispêndio da capacidade vital do paciente” NIGHTINGALE (1989:14).

Cabe neste momento tecer alguns comentários sobre a origem dos termos enfermeiro e enfermagem, os quais ainda, nos tempos atuais, acredito ser difícil defini-las distintamente. De acordo com NUNES (1999:23), a palavra enfermeiro na língua inglesa está interligada às palavras “*nurse*” e “*nourish*” que podem significar assistir, proteger, cuidar, como também nutrir, manter. No sentido de proteger e nutrir, o termo enfermeiro, segundo ELLIS; HARTLEY (1998:15) é utilizado como substantivo e deriva do latim “*nutrix*” que significa mãe enfermeira. Pode também ser utilizada como verbo, quando indica tomar cuidado e deriva do latim “*nutrire*”, significando criar, nutrir. ANGERAMI (1989:337) aponta a origem latina “*infirmus*”, que significa doente, débil. De acordo com PADILHA *et al.* (2001:71),

“o termo “*infirmieri*” é usado desde 1398, como sinônimo de pessoa que cuida dos doentes numa enfermaria clínica do hospital. É possível que tenha originado o significado de enfermaria adquirido em 1606 (...). Na língua portuguesa, o termo enfermeira é registrado no século XIII, como enfermar, igual a ficar doente do latim “*infirmare*” e que depois retomaria o significado de cuidar dos doentes” (...).

Harmer & Henderson *apud* DÂMASO, R. (1995:106) conceituam enfermagem de uma forma genérica, porém evidenciando a função do enfermeiro, como sendo

“a função peculiar da enfermeira é dar assistência ao indivíduo doente ou sadio no desempenho de atividades que contribuem para manter a saúde ou para recupera-la(ou ter uma morte serena) – atividades que ela desempenharia só, se tivesse a força, vontade ou conhecimento necessário. E fazê-la de modo que o ajude a ganhar a sua independência o mais rápido possível”.

HORTA (1979:29) conceitua enfermagem como sendo

“a ciência e a arte de assistir o ser humano no atendimento de suas necessidades básicas; de torna-lo independente desta assistência através da educação; e recuperar, manter e promover sua saúde pela colaboração com outros grupos profissionais”.

O conceito de enfermeiro para HORTA (1979:22) representa

“um agente de mudanças: através das atividades da enfermagem ele visa encontrar relações entre o homem e o ambiente, no processo vital. Visa incorporar novos conhecimentos e processo instrucional para encontrar uma maneira de ação. O enfermeiro de amanhã será diferente do de hoje, e o de hoje é diferente do de anos passados”.

Se analisarmos as definições aqui apresentadas é nítido o caráter cuidar/cuidado ao ser humano, bem como o de uma atuação autônoma e com conhecimento específico do profissional enfermeiro. A Enfermagem foi reconhecida como profissão mundialmente e no Brasil a partir da fundamentação científica de Florence Nightingale. Naquela época, a base para seu conhecimento se deu pelas suas características humanísticas, seu interesse pelo cuidado. Foi influenciada também por valores religiosos, pela sua humildade e sua intenção em valorizar o ambiente adequado para as pessoas que precisavam de cuidados, como também de sua convicção e perseverança sobre o tipo de cuidado a ser prestado.

De acordo com PADILHA *et al.* (2001:72)

“as idéias de Florence Nightingale acerca da enfermagem como profissão, chocavam-se com a ideologia da era vitoriana, correspondente à prática da enfermagem, ou seja, uma forma de ocupação manual desempenhada por empregadas domésticas”.

Florence revolucionou para a época, o conceito de Enfermagem, pois a escola por ela coordenada tinha por base, selecionar mulheres que deveriam ter qualidades morais e a disciplina da escola era rigorosa. O modelo existente era completamente oposto. Sob a liderança de Florence Nightingale, a Enfermagem se institucionaliza sistematizando e normatizando seu trabalho. A prática passa a ser exercida por pessoas com preparo formal,

mais especificamente para a assistência hospitalar, para atender a população pobre, a domicílio, como também para administrar, supervisionar e ensinar. (PADILHA *et al.* 2001:72).

Florence Nightingale foi considerada, segundo CARBONI (1999:292), a primeira enfermeira pesquisadora, tendo em vista que seus estudos e livros publicados foram baseados em detalhadas observações. Com base em seus estudos e relatórios, o Sistema de Saúde na Inglaterra iniciou um processo de mudança. Com isso, a enfermagem evoluiu, buscando sua autonomia. No final do século XIX e início do século XX, as atividades de enfermagem expandiram-se na área de 'educar para a saúde'. (MEYER, WALDOW, LOPES 1998:90).

De acordo com SILVA (1979:73) "Florence Nightingale, antepondo a assistência às necessidades do indivíduo a ser planejada e executada pela enfermeira, ao rígido sistema de regras, deu o primeiro passo em direção a autonomia profissional". De fato, as qualidades de Florence constituíram-se numa imagem de enfermeira ideal, pois, através de suas atitudes, impôs uma nova mentalidade nos conceitos da enfermagem, inclusive permeando o ideal de autonomia do profissional enfermeiro.

SILVA (1979:73) ainda em relação a Florence Nightingale, reforça que

"os seus passos em direção à sua percepção da necessidade de uma dicotomia da assistência, nos aspectos fundamentais de prevenção e de cura, a importância que conferiu aos cuidados integrais ao paciente, a formulação de um embasamento científico para as ações de enfermagem, tudo isto tão aplicável até hoje, foi sem dúvida, decisivo para a elaboração das atribuições que tem hoje o enfermeiro. Por sua inteligência, por seu zelo, pelo seu desprendimento, pela conduta, pelo anseio de saber, pela qualidade de líder, Florence conseguiu dar-nos uma lição inigualável de como transpor a barreira do subsidiarismo para a autonomia profissional".

A enfermagem moderna já nasceu com a divisão técnica e social do trabalho, sendo que uma parte das profissionais dominavam o saber e outra parte o fazer, sendo o cuidado direto delegado a subalternas. Elucidando melhor, as "*lady nurses*" que dominavam o saber eram de classe social alta, executavam atividades de ensino e supervisão e as "*nurses*", a que era delegado o fazer, eram de classe socioeconômica mais baixa. O ensino para estas era gratuito.

Como afirmam LUNARDI FILHO & LEOPARDI (1999: 74),

“a enfermagem moderna, desde sua concepção e institucionalização, já adotara a divisão técnica do trabalho, com base na divisão social do trabalho, apresentando, desde sua origem, um caráter fragmentário, fundamentado na diferenciação de origem social, saberes e práticas. Tais fatos deram um caráter hierárquico à profissão, além do coletivo”.

Em decorrência desses fatos, a enfermagem é constituída por uma prática diferenciada entre suas agentes, pois é realizada por categorias entre nível médio e superior, distribuídas por complexidade nas ações.

No final dos anos sessenta, inicia-se a etapa atual da Enfermagem Contemporânea marcada pela construção das Teorias de Enfermagem. Apesar dessas resgatarem a potência do conhecimento de enfermagem, operam nos moldes do paradigma cientificista (MEYER *et al.*, 1998:92). SILVA (1995:58) constata que já decorridos mais de oitenta anos da morte de Florence Nightingale e a enfermagem,

“principalmente no Brasil, convive com problemas vividos por ela como por exemplo, a desnutrição, a crise no sistema de saúde de uma maneira geral, a discriminação do trabalho feminino. Analisando a história ressalta que a enfermagem pós nightingaleana ao optar pelo modelo biomédico, se distanciou de suas bases fundamentais”.

Em suas colocações, a autora demonstra estar otimista quando afirma que a partir da metade do século XX, a Enfermagem vem procurando resgatar suas bases nightingaleanas (SILVA, 1995). Concordo com a autora e enfatizo, utilizando os conhecimentos de HALL (2001), que o profissional enfermeiro está procurando re(organizar) o processo de construção de seu próprio corpo de conhecimentos, tentando romper com a linear e histórica cultura hospitalar a partir da Idade Moderna, de submissão e, conseqüentemente com sua identidade profissional estabilizada.

O conceito de identidade em termos sociais, pessoais e culturais é muito complexo e, atualmente, está sendo mais explorado, procurando ser melhor compreendido. A questão identidade, com as transformações ocorridas na sociedade, mais especificamente

no final do século XX, segundo HALL (2001:9), “está fragmentando as paisagens culturais de classe, gênero, sexualidade, etnia, raça e nacionalidade, que, no passado, nos tinha fornecido sólidas localizações como indivíduos sociais”.

Menciona ainda o autor, utilizando os conhecimentos de Mercer (1990), que a identidade se torna ‘*questão*’ quando se apresenta em crise, ou seja, quando algo, supostamente estabilizado e certo, se desloca ou descentra do próprio sujeito ou de seu mundo social e cultural, devido ao surgimento de dúvidas ou algo incerto para si, constituindo, desta forma, a crise de identidade (HALL, 2001:9).

Na concepção sociológica, baseando-me nos conhecimentos de Stuart Hall, a identidade constitui-se por meio da interação entre o sujeito e a sociedade, na qual se inserem valores culturais entre outros. Além disso, o sujeito, segundo o autor, possui um núcleo interior, o seu “real, que é formado e modificado num diálogo contínuo com os mundos culturais ‘exteriores’ e as identidades que esses mundos oferecem, estabilizando o sujeito à estrutura social e cultural no mundo” (HALL, 2001:11).

Portanto, essa fragmentação da identidade do sujeito que está ocorrendo no mundo pós-moderno, citada pelo autor, desestabiliza esse sujeito, podendo este assumir identidades diferentes, em diversos momentos (HALL, 2001:13). Desta forma, a criação de novas identidades, produzindo novos sujeitos, desarticula as identidades estabilizadas do passado, fazendo com que se abram oportunidades de descontinuidades, de rupturas, de deslocamentos, de globalização (HALL, 2001).

Considero importante correlacionar o conteúdo referido com a enfermagem e o profissional enfermeiro. Faz-se necessário descontinuarmos, rompermos ou descentrarmos-nos do sujeito cartesiano, ou seja, aquele sujeito apenas individual, caracterizado por sua capacidade de raciocinar e pensar: substância espacial (matéria) e substância pensante (mente) (HALL, 2001).

Seria importante também, reconhecer a importância do poder disciplinar destacado pelo historiador e filósofo Michael Foucault. Esse poder disciplinar se instituiu com o surgimento das prisões, quartéis, hospitais, regimes administrativos, conhecimento especializado dos profissionais, do impacto do feminismo como um movimento social e da cultura nacional como fonte da identidade cultural (HALL, 2001).

Tais implicações do pensamento moderno produziram efeitos marcantes na sociedade, que se repercutem até os dias atuais. Portanto, convergindo tais aspectos com as ações dos profissionais de enfermagem, vale ressaltar a possibilidade e a necessidade de, não só uma identificação com as questões de nossa área de atuação, mas também buscar nossa identidade que estará sempre sendo formada, como um processo de desenvolvimento. Como reforça HALL (2001: 39), “a identidade surge não tanto da plenitude da identidade que já está dentro de nós como indivíduo, mas de uma falta de inteireza que é preenchida a partir de nosso exterior, pelas formas, através das quais nós imaginamos sermos vistos por outros”.

Acrescento nessa fala do autor, quando relaciono à profissão enfermagem, que sua identidade surge reconhecidamente quando expõe o seu modo de ser, de existir, baseados cientificamente no cuidar/cuidado, atendendo as necessidades humanas básicas do ser em cuidado.

3.2. RESGATANDO O CUIDADO NA ENFERMAGEM – O FAZER

A Enfermagem surge, como profissão, trazendo algumas características: nasce institucionalizada, hierarquizada e dependente de modelos. Como explica BIANCO (1999:14),

“a instituição, representada pelo hospital e pela escola, ditou regras e normas de rigorosa disciplina e controle de seus agentes; a hierarquização, representada pela divisão técnica do trabalho interno(...) e dependente do médico, ao qual se integra para implementar, através de ações de apoio e auxílio, o modelo assistencial”.

Tal modelo foi assimilado pela sociedade e pelas instituições afeitas à ortodoxia do sistema capitalista e, do mesmo modo, o enfermeiro continuou e, em parte, ainda continua, exercendo atividades de orientação, supervisão e controle da equipe de enfermagem que se constituiu. O hospital, como local de cura, passa a ser assim considerado a partir do século XVIII, pois antes era o espaço de trabalho assistencial das irmãs de caridade. O momento no qual Florence buscava profissionalizar a Enfermagem coincidiu com o interesse da Medicina pelo hospital como fonte do saber. Como explicam PADILHA *et al.* (2001:72)

“quando o médico percebe que o hospital é um campo de saber e consequentemente de poder, ele assume este espaço e as irmãs de caridade cedem passivamente, porém continuam assegurando-o através do poder silencioso do cuidar e do domínio do ambiente e das chaves”.

Florence Nigthingale, com sua convicção, perseverança e conhecimento, procura retomar o espaço hospital, segura de que a profissão enfermagem seria exercida adequadamente.

No Brasil, a Enfermagem Moderna iniciou-se em 1923 com a criação da Escola de Enfermeiros do Departamento Nacional de Saúde Pública, hoje, Escola de Enfermagem Anna Nery, contando com recursos externos. As fundadoras desta escola foram enfermeiras norte-americanas. Esta escola seguia o modelo Nighthingaleano, também com o objetivo de atender as necessidades do mercado de trabalho, segundo as políticas econômicas vigentes.

Segundo dados bibliográficos, o mercado de trabalho para o profissional enfermeiro, até final da década de 1930 no Brasil, estava mais relacionado ao serviço de saúde pública. A enfermeira era a única profissional reconhecida para controlar as epidemias com ações de saúde pública. Nessa época, os hospitais (Santas Casas), serviam ao público marginalizado no país, caracterizado como um modelo capitalista de industrialização tardia. Posteriormente é que se começou a atender o público pagante.

Na década de 40, o Brasil caracterizou-se por um processo de industrialização acelerada, no qual ocorreram também alterações no setor saúde, em parte para atender às exigências das políticas econômicas, em que se considerava prioritariamente a produtividade de um sistema agrário de exportação. A assistência curativa nos hospitais torna-se dominante, constituindo-se no maior mercado de trabalho para o profissional enfermeiro, reduzindo suas ações em termos de saúde pública, na forma como é entendida tradicionalmente, a um plano secundário.

Com o decorrer dos anos, no contexto descrito, as ações do profissional enfermeiro na área de saúde pública, cederam lugar a uma assistência individualizada, tecnicizada e o critério era tratar a doença e não o cuidado ao doente. Ao profissional enfermeiro, cabia a gerência da unidade o ‘treinamento’ do pessoal auxiliar, o controle do

ambiente e do material hospitalar restando-lhe pouco tempo para o cuidado direto ao doente. Com isso, a capacidade de decisão nas suas ações era limitada para interferir na política da organização das instituições hospitalares.

O profissional enfermeiro, concentrando sua atividade na área hospitalar, como ainda hoje é uma realidade, deteve-se mais a auxiliar a prática médica nessa forma de assistência curativa. Com isso, o enfermeiro se envolveu com a tecnologia da cura marginalizando, de certo modo, as necessidades básicas da população, ou seja, deixando de preocupar-se com o cuidado.

Não se pode negar que grandes avanços ocorreram na enfermagem até os dias atuais, graças ao esforço da Associação Brasileira de Enfermagem - ABEn o trabalho árduo e constante do sistema Conselho Federal de Enfermagem-Conselho Regional de Enfermagem – COFEN/CORENS para reduzir o número de categorias na profissão enfermagem, bem como qualificar as existentes e seu efetivo trabalho de fiscalização. Uma outra fonte importante para os avanços da enfermagem foram os cursos de Pós-Graduação e constantes estudos e planos para qualificar ainda mais os cursos de graduação.

Recentemente o Conselho Internacional de Enfermeiros - CIE, criou o programa Liderança Para Mudança - LPM. O COFEN, como representante da enfermagem brasileira no CIE, assume esse programa que será operacionalizado pelo COREN-SP, cujo principal objetivo é “a busca do aperfeiçoamento contínuo dos enfermeiros em todos os aspectos da profissão, principalmente em liderança”. (COREN-SP,2001:02)

O COREN-SP, com o objetivo de valorizar o papel do profissional enfermeiro no ato de cuidar, numa relação direta com o ser em cuidado, determinou pela Decisão DIR/SP-008/99, a obrigatoriedade da Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE em todo o Estado de São Paulo. Com essa estratégia, inclusive em instituições de formação, tem como objetivo modificar o

“distorcido papel do profissional e conferir ao enfermeiro sua verdadeira identidade profissional, fazendo-se respeitar, valer seus direitos, assumindo seus deveres, usando todos os instrumentos de que dispõe e, principalmente associar ciência, técnica e política em seus objetivos enquanto profissional”. (COREN-SP, 2002:18:20).

Como afirmam LUNARDI FILHO & LEOPARDI (1999:74):

“a enfermagem é constitutiva das práticas sociais em geral e das práticas em saúde em particular, caracterizando-se como um trabalho em saúde, portanto como parte de um processo coletivo, composto de áreas técnicas específicas como a medicina, a odontologia, a farmácia, o serviço social ,etc. Como trabalho, portanto, a enfermagem é parte desse coletivo, constituindo um conjunto complementar e interdependente referido ao todo”.

Grande parte dos profissionais de enfermagem ainda se concentra na área hospitalar e, como vimos, a maioria dos hospitais se organiza de forma a seguir uma rotina de procedimentos e protocolos, predominando o modelo assistencial clínico, isto é, em função da patologia do doente. Como afirmam LIMA & ALMEIDA (1999:87) “no modelo clínico de atenção à saúde, o médico está em posição nuclear, pelo saber que detém para elaborar o diagnóstico e conduzir a terapêutica das doenças”.

Com esse modelo, valoriza-se a doença mais que o doente, ou seja, o objeto de trabalho do médico é o corpo doente. Neste contexto, o médico coloca-se em posição de destaque, como profissão dominante. Porém, segundo LIMA & ALMEIDA (1999:95) verifica-se a interdependência com outros profissionais que prestam o cuidado terapêutico que possibilita a cura do doente. No entanto, os profissionais de enfermagem, que organizam seu trabalho em decorrência do ato médico, executam inúmeras atividades inclusive de cuidado do corpo biológico, sem as quais o trabalho multiprofissional não poderia ser desenvolvido.

Analisando todas as colocações em relação a inserção do profissional enfermeiro no trabalho em saúde, é necessário um grande empenho, tanto no processo de formação do profissional, quanto das gerências de enfermagem nas instituições e administradores na área de saúde para (re)conhecer a enfermagem como um trabalho em saúde, com suas especificidades. Como afirmam LUNARDI FILHO & LEOPARDI (1999:78):

“as idealizações sobre o processo de trabalho da enfermagem exigem ser desmitificadas, na própria prática. Se o que se pretende é conhecer o saber que possibilita dar uma certa organização técnica ao processo de trabalho da enfermagem, será preciso apreendê-lo nos dois níveis da realidade em que ele se objetiva empiricamente: nas suas próprias características e na sua representação ou seja, direcionar o olhar não só à sua estrutura organizativa, à fragmentação do seu fazer, à fundamentação teórica das ações empreendidas, às relações que se estabelecem, mas, principalmente, à ideologia que subordina sua prática, bem como o discurso elaborado sobre ela”.

Reforça ainda MACHADO (1995:196)

“que o saber em enfermagem será ampliado através do exercício crítico da assistência sistematizada ao cliente. Através da discussão da prática na prática para maior domínio do conhecimento que fundamenta o seu fazer, rompendo com a idéia de simples grupo de execução de tarefas e partindo para o exercício político de uma atividade social de importância singular na preservação da qualidade de vida e saúde da sociedade”.

Essa ideologia gira em torno do cuidado, porém o cuidado aqui referido, além de ser essencial na lógica assistencial, deve ser visto como competência da enfermagem e pressupõe uma especificidade inerente às ações do profissional enfermeiro, constituindo, de acordo com IDE (1996:217), “o núcleo norteador, o elo de ligação e de ressonância das demais atividades de sua efetiva competência e das interações dela decorrentes”.

Tais conteúdos reafirmam minha certeza de que o profissional enfermeiro, destacando o cuidado como seu modo de ser, saber e fazer, pode ampliar o modelo assistencial clínico. Pode, também, constituir-se como autônomo no ato cuidador, através de sua valorização pelos saberes específicos e na inter-relação com o trabalho dos demais membros da equipe de saúde, incluindo o médico. Existem vários estudos sobre a Ciência da Enfermagem – o processo cuidar/cuidado, porém ainda requer seu aprofundamento. Foram utilizados os conceitos de WALDOW (1995:31) sobre o significado de cuidar/cuidado. Cuidar, significando comportamentos e ações que envolvem conhecimentos, valores entre outras virtudes. Cuidado significando o fenômeno resultante do processo de cuidar. WALDOW (1995:10:11) enfatiza ainda a necessidade e a

“importância do estudo do processo e fenômeno cuidar/cuidado na cultura brasileira, pois considera que suas particularidades e a realidade da prática profissional no Brasil merecem ser explorados para o avanço da profissão, de forma independente e original”.

Morse *et al*, citados por WALDOW, V. R.; LOPES, M. J. M.; MEYER, D. E. (1995:10) sintetizaram os vários enfoques sobre o tema cuidar/cuidado e agrupou-os como “uma característica humana um imperativo moral, como afeto, como interação pessoal e como uma intervenção”. Cabe salientar que estudos sobre o processo cuidar/cuidado tiveram origem nos Estados Unidos entre as décadas de oitenta e noventa e propagaram-se para outros países da Europa, Canadá e, no Brasil, a partir de 1992, várias autoras se dedicam ao assunto tais como: WALDOW (1992, 1993, 1994, 1998); PATRÍCIO (1992, 1993); NEVES-ARRUDA (1992, 1993) e SILVA (1993), WALDOW *et al* (1995), GAUTHIER (1998), MEYER (1998).

ALMEIDA *apud* CARBONI, R. M. (1999:293) enfatiza que

“ é ressaltada a necessidade dos enfermeiros considerarem a pesquisa como um elemento essencial à sua prática, pois do contrário estarão abdicando de uma participação ativa no acelerado processo histórico de construção do saber e das transformações socioeconômicas que trazem avanços nos conhecimentos e técnicas, além de estarem contentando-se com uma posição subalterna de simples consumidores destes conhecimentos”.

A pesquisa, portanto, é muito importante no trabalho da enfermagem, pois desencadeia ou proporciona o desenvolvimento científico da prática. Considero, com isso, que, através da ampliação das possibilidades de maior conhecimento por meio das teorizações e práticas fundamentadas que constituem o cotidiano do profissional enfermeiro, este se compromete ou se envolve mais, no sentido de dar mais qualidade à assistência prestada, como também contribui para uma visibilidade social e evolução da profissão.

3.3. RESGATANDO O ENFERMEIRO PARA CUIDAR: O SABER

Vários fatores e influências marcaram a história da enfermagem, principalmente no aspecto social. SILVA (1979:73) menciona que “a profissão reúne em sua história o trabalho leigo realizado por escravos, pessoas de precárias condições socioeconômicas e outras de reputação moral muitas vezes pouco recomendadas para a época”.

O trabalho da enfermagem, no decorrer da história condicionou-se a ser realizado, na maior parte das vezes, de maneira empírica e seus agentes, através de seu saber prático, realizavam as atividades de maneira artesanal, desprovido de poder e valorização. No decorrer do tempo, este trabalho foi sendo fundamentado, objetivado, constituindo-se como uma prática autônoma, independente da medicina, como também, dependendo da condição de saúde do ser em cuidado, a relação é de interdependência e não subsidiária. Tal afirmação baseia-se no cotidiano do desenvolvimento do trabalho em saúde, pois, antes mesmo da ação terapêutica, ocorre a ação cuidadora de enfermagem.

No Brasil, pela legislação do exercício profissional da enfermagem, considera-se hoje, o profissional enfermeiro como coordenador e líder da equipe de enfermagem e membro ativo da equipe de saúde, pois a Lei do Exercício Profissional 7498/86, caracteriza quem é o enfermeiro e dá-lhe autonomia para exercer a profissão. É importante entender liderança na interação, criação de valores que podem transformar algo, em necessário e apropriado no cotidiano das ações profissionais.

Seus conhecimentos são adequados para planejar de forma independente, a assistência de enfermagem dentro de um modelo assistencial, seja ele qual for, com a responsabilidade de dirigir e organizar esta conexão para as pessoas que dela necessite. Sua intenção é de proporcionar cuidados que interessam à saúde, em todos os seus aspectos e, por isso, suas ações são de natureza interdisciplinar.

Além disso, em relação à administração da assistência de enfermagem, bem como à administração de serviços de saúde, o profissional enfermeiro é considerado como o coordenador de um serviço que interliga os demais serviços oferecidos ao ser em cuidado (medicina, nutrição, laboratório, etc), pois é o elemento mais preparado e qualificado para manter informações sobre as necessidades do paciente bem como do espaço em que se realiza o cuidado à saúde nas 24 horas do dia.

Acredito que, com esse distanciamento e atitudes não diretas com a assistência o enfermeiro perdeu sua autonomia no ato cuidador, ou seja, não era reconhecido diretamente pela clientela e consequentemente perdeu sua autonomia na equipe de saúde e sua liderança junto à equipe de enfermagem, ou seja, deixou de ser referência para o paciente e para os outros profissionais de saúde. Minha opinião a esse respeito é que a enfermagem sempre se caracterizou como um grupo mais numeroso em qualquer instituição de saúde. Porém, esse número, pelo menos sua maioria, foi e relativamente ainda é acrítico e apolítico, ou seja, comporta-se sem autonomia, como um meio de produção controlado por interesses alheios à sua atividade.

ELLIS & HARTLEY (1998: 331) concluem que a autonomia do enfermeiro é mais evidente fora do ambiente hospitalar do que dentro dele; enfermeiros da área de saúde coletiva atuam mais independentemente que os intra-hospitalares. O espaço hospital é, de fato, um espaço 'medicalizado' que disciplina as ações dos diversos grupos de profissionais, inclusive da corporação de enfermagem, que se deixa dominar, principalmente quando não fundamenta cientificamente sua prática ou quando não reconhece no seu trabalho possibilidades de intervenção com ações emancipadoras que o qualificam.

As Teorias de Enfermagem desenvolvidas por Jean Watson e Imógene M. King podem elucidar ainda mais a questão da autonomia do profissional enfermeiro na prática do cuidar. O eixo principal da Teoria de J. Watson está no cuidado, englobando seus aspectos científicos e sua perspectiva humanística. A teorista enfatiza que o profissional enfermeiro deve ter referências humanísticas em seu saber para que expanda sua visão de mundo e desenvolva habilidades de pensamento crítico que são necessários à ciência do cuidado. Nesse sentido, WATSON *apud* GEORGE, J. B. *et al.* (2000:254) afirma que:

“o cuidado é a essência da enfermagem e denota a reciprocidade entre a enfermeira e a pessoa; a enfermeira participa com a pessoa(...) existe uma alta consideração pela autonomia e pela liberdade de escolha, que leva à ênfase ao autoconhecimento e ao autocontrole do cliente e ao cliente como pessoa encarregada”.

WATSON *apud* GEORGE, J. B. *et al.* (2000:254) reconhece ainda a necessidade do método científico na ciência do cuidado, que visa ser objetiva e neutra, valoriza igualmente, a necessidade do desenvolvimento de outros métodos de conhecimento para proporcionar uma perspectiva holística. Através da troca de conhecimento interpessoal na relação enfermeiro/paciente, o profissional fornece informações sobre alternativas no cuidado e, assim, é proporcionado à pessoa que recebe o cuidado, um maior controle sobre sua própria saúde. O profissional enfermeiro, ao compreender as percepções da pessoa sobre a situação problema, desenvolve um plano cognitivo de cuidado.

IMÒGENE KING *apud* GEORGE, J. B. *et al.* (2000:171) propõe por outro lado, uma nova estrutura conceitual para a enfermagem, que representa o conhecimento essencial para o profissional enfermeiro, a partir dos seguintes elementos: meta, estrutura, função, recursos e tomada de decisão. Para King, a meta é a saúde; a função é constituída pelas relações recíprocas entre os indivíduos em interação; os recursos referem-se ao profissional de saúde, à pessoa em cuidado, assim como aos itens necessários para o desenvolvimento das atividades; a tomada de decisão refere-se às escolhas feitas para atingir, através da adaptação dos recursos, a meta do sistema.

A autora Júlia George menciona também que, na estrutura conceitual, constituem-se três sistemas dinâmicos que se interagem: o pessoal, o interpessoal e o social. Acredito que, nesta estrutura, se houver interação entre os indivíduos ou os recursos (o profissional e a pessoa em cuidado), haverá a participação ativa no processo do cuidado e suas identidades serão realçadas e legitimadas, ou seja, *este processo de interação humana com o ambiente influencia o comportamento, proporciona significado à experiência e representa a imagem da realidade do indivíduo* (GEORGE, 2000:171).

O profissional enfermeiro, portanto, deve reconhecer que seu envolvimento com a pesquisa e com o conhecimento científico, faz com que esteja inserido no processo da construção do saber. Este saber lhe concederá o exercício de um poder na constituição das transformações, dos avanços técnico-científicos de seu campo de atuação. Isso permite que o profissional enfermeiro não seja um mero reproduzidor de conhecimentos de outros profissionais.

Como reforçam DOMINGUES & ATTADAMO (1999:295)

“o momento é de pensar na carreira e no papel profissional, com implicações sobre a gestão pessoal e o perfil dos profissionais. A valorização e reconhecimento do indivíduo como pessoa está em pauta no momento. É necessário exigir-lhe empenho, comprometimento e responsabilidade. A satisfação, competência profissional e auto-realização implicarão no enfermeiro melhor qualificado na prestação de assistência ao paciente”.

Paralelamente à questão do conhecimento, o profissional enfermeiro não deve recusar a essencialidade de sua função: o cuidar e o cuidado. É função exclusiva do enfermeiro o planejamento da assistência de enfermagem e parte deste planejamento é fundamentado nas informações fornecidas pelos demais membros da equipe multiprofissional e que atenda às necessidades do indivíduo. O enfermeiro, portanto, poderá efetivamente atuar no modelo assistencial hegemônico, porém de forma a ampliá-lo, ou seja, introduzir no modelo centrado em procedimentos, um cuidado de enfermagem humanizado, individualizado ao ser em cuidado. Esse modelo ampliado, no que diz respeito à atuação do profissional enfermeiro, permitirá que exerça sua autonomia, responsabilidade e autoridade para tomada de decisão em relação ao cuidado a ser prestado.

3.4. A NECESSIDADE DE UM NOVO OLHAR PARA O MODELO ASSISTENCIAL

Sabemos que muitos valores éticos, morais, conhecimentos, lendas, crenças, refletem a maneira pela qual os indivíduos agem, pensam ou sentem, constituindo, assim, seus valores – aspectos culturais de uma sociedade. Cultura, portanto, é uma forma adquirida de idéias, instrumentos, serviços para um determinado grupo em um determinado local.

Como afirma BOHN (2002:101) “um dos fatos mais significativos da construção cultural e da vivência social é de os valores culturais levarem o meio social a fazer exigências sobre o comportamento dos indivíduos inseridos neste meio”.

A cultura é portanto, estratégica, mutável, direcionada e transformadora.. A linearidade histórica da cultura hospitalar, quando considerado um ambiente de cura, se rompe a partir do momento que os profissionais da equipe multidisciplinar, em destaque o profissional enfermeiro, expressam seu significado na equipe, afastando-se de ações submissas e pouco expressivas, historicamente estabelecidas no contexto hospitalar (BOHN, 2002:102, 103).

A autonomia do enfermeiro no ato de cuidar/cuidado está diretamente relacionada ao grau de envolvimento deste com o ser carente de cuidados, ou seja, sua ação centrada nas necessidades deste indivíduo.

O Primary Nursing (PN) ou Enfermagem Básica é um exemplo de um instrumento, de um modelo assistencial que caminha nessa direção. Criado há mais de vinte anos por Marie Manthey, visa resgatar o cuidado individualizado ao paciente nas vinte e quatro horas, inclusive avalia qual profissional da equipe de enfermagem realizará o cuidado que foi planejado pelo enfermeiro básico “*primary nursing*”, envolvendo também a família e o preparo do paciente para a alta (DIAS; JUICE; 1999:245). As referidas autoras enfatizam que “o paciente é visto de forma holística e o método pode ser aplicado em hospitais, em saúde pública e no cuidado domiciliar”. Independentemente do modelo assistencial existente na instituição, o serviço de enfermagem deve ser a referência da qualidade do cuidado profissional.

De acordo com as autoras americanas ELLIS & HARTLEY (1999:379) nos Estados Unidos existem diversos padrões ou métodos de prestação de cuidados. Tais padrões ou parte destes reproduzem-se na realidade brasileira com variações, adaptações feitas de acordo com as características das instituições.

Os métodos de cuidados de enfermagem são assim denominados, segundo Ellis e Hartley:

- método do caso - foi o primeiro sistema utilizado nos Estados Unidos para prestação de cuidados em que o enfermeiro se responsabilizava somente com um paciente com a perspectiva que este suprisse todas as necessidades de enfermagem do mesmo. ELLIS & HARTLEY (1999:379).

- método funcional - surgiu por volta de 1930 nos Estados Unidos. Permitia que o atendimento fosse dado a um número elevado de pacientes de forma fragmentada. Ninguém era responsável pelo planejamento do cuidado ao paciente; apenas o enfermeiro chefe designa tarefas a vários profissionais. Esse método equipara procedimentos e tarefas como serviço de enfermagem e o paciente não tinha idéia de quem estava encarregado pelo seu cuidado. A comunicação entre os profissionais não era eficiente. ELLIS & HARTLEY (1999:379).
- método equipe de enfermagem - introduzido em 1950, cuja característica principal é que se tem um grupo de profissionais de diferentes níveis de habilidade, responsável por um grupo de pacientes no qual o líder do grupo delega responsabilidades. O cuidado também é fragmentado e o líder tem várias atribuições. O paciente não consegue identificar os profissionais responsáveis pelo sua assistência. ELLIS & HARTLEY (1999:380).
- método do cuidado integral - surgiu no final dos anos setenta e início dos anos oitenta também nos Estados Unidos, no qual o enfermeiro é designado para atender às necessidades do paciente. O enfermeiro cuida de um grupo de pacientes, numa média de quatro a seis, dependendo de sua complexidade. Concentra-se na pessoa como um todo proporcionando-lhe segurança e estimulando o autocuidado e conseqüente participação no cuidado. ELLIS & HARTLEY (1999:381).
- método enfermagem básica – popularizou-se por volta de 1980, no qual um enfermeiro é designado pelo enfermeiro chefe para responsabilizar-se pelo cuidado de cada paciente, desde o momento de sua admissão até o planejamento de alta. Realiza plano de cuidados e, na sua ausência, um enfermeiro ‘adjunto’ cumpre seu plano. O paciente reconhece o responsável por seu atendimento e o enfermeiro “tem maior satisfação profissional porque tem mais autonomia e controle do atendimento oferecido” ELLIS & HARTLEY (1999:381).

Analisando os diferentes métodos, é evidente que no padrão brasileiro de assistência de enfermagem, a maioria destes métodos são identificados. Acredito que no padrão de assistência de enfermagem é possível se integrar vários métodos em diferentes áreas de atuação. Porém, o importante é resgatar sua história e se convencer de seu comprometimento com o bem-estar dos seres humanos.

Enfatizamos em diversas etapas deste estudo, algumas características do paradigma positivista mecanicista na área da saúde, na qual é importante salientar que este paradigma tem uma forte tendência a não considerar a importância do papel da sociedade, da cultura sobre a base de seu conhecimento.

Esse paradigma descrito, que se opõe a visualizar um ser humano complexo, está sendo questionado em várias instâncias, por não contemplá-lo, pois este não é estático e sim dinâmico, parte de uma diversidade (BOHN, 2002).

Segundo BOHN (2002: 110,112), esse questionamento está propiciando a inovação, a re(construção), a re(organização). Desta forma, a reprodução de saberes, da história, das estruturas prontas estão sendo abandonadas com o objetivo de ampliar as perspectivas dos profissionais, principalmente no trabalho interdisciplinar, no qual se disponibiliza os agires comunicativos e consequentemente o exercício da liberdade e, ao mesmo tempo de uma dependência mútua, em favor de uma assistência adequada e ética ao ser em cuidado. Acredito que os enfermeiros desenvolvem sua autonomia a partir de seu compromisso com o ser em cuidado, ou seja, nas relações de trabalho, embora os problemas institucionais interfiram significativamente no desenvolvimento da prática, é possível proceder de forma equilibrada e estratégica. A opinião do enfermeiro sobre uma determinada situação tem que ser conhecida e reconhecida. Seu direito de tomada de decisão, sua autonomia na escolha de alguma ação a ser realizada é determinada por si mesmo. Para isso é necessário atingir um auto-entendimento sobre valores pessoais¹³ e do outro.

¹³ Os valores, segundo ELLIS & HARTLEY (1999:176) “representam conceitos, ideais, comportamentos, princípios sociais e temas principais que dão significados à nossa vida pessoal e nos torna únicos. É necessário portanto que nossa tomada de decisão em relação ao cuidado do outro deve estar contida a compreensão das questões envolvidas”.

A Teoria da Ação Comunicativa de Habermas¹⁴ traz contribuições interessantes para a análise do campo das ciências da saúde, por exemplo tomando-se como objeto de análise o paradigma mecanicista adotado pela área da saúde, que é centrado na medicina. Neste modelo, como já vimos anteriormente, admite-se um grande poder de intervenção nas doenças, porém se perde a visão do todo, ou seja, o contexto saúde/doença, que tem dimensões ambientais, sociais, econômicas, espirituais e culturais mesmo dentro de uma ordem capitalista no seu modo de produção de bens ou serviços.

Como explica QUEIROZ (1988:30):

“ao privilegiar esse papel, ocorre uma distorção comunicativa sistemática entre o discurso teórico – que dimensiona uma medicina independente para influenciar e promover uma prática e um pensamento verdadeiramente científicos, em favor do ser humano – e uma postura influenciada por interesses que estão longe de elevar o ser humano em geral e sua saúde em particular”. QUEIROZ (1988:30)

A realidade do positivismo é histórica, pois se tornou fator importante para a modernidade, contribuindo para implantar o processo de racionalidade e controle da natureza. Então, se é histórica, HABERMAS *apud* QUEIROZ, M. S. (1988:31) é passível de superação e, devido à crise do paradigma positivista, é necessário uma reordenação deste processo, ou seja, o sistema (político, econômico e científico) deve, necessariamente, se comprometer com o mundo da vida (nível normativo e moral da vida social – cultura, sociedade e indivíduo) e alterar essa influência de ordem.

Dessa forma, o mundo da vida deveria ter um controle maior sobre o sistema, para não perdurar a distorção no sistema comunicativo que, segundo Habermas “resulta em anomia, alienação e doença mental” QUEIROZ (1988:27). Enfatiza ainda o mesmo autor que o indivíduo sendo um elemento fundamental ao mundo da vida, é muito importante neste processo, pois os profissionais do setor saúde, bem como as políticas de saúde de uma maneira geral, devem considerá-lo como sujeito ativo no processo saúde/doença. Segundo CAPRA (1999) o indivíduo deve reconhecer sua participação consciente e inconsciente da

¹⁴ A Teoria da Ação Comunicativa de Habermas é explicada por QUEIROZ (1988:15) ao enfatizar “que o eixo fundamental da teoria da ação comunicativa é o processo comunicativo, que prevê uma interação simultaneamente individual e coletiva, subjetiva e objetiva, ideal e empírica. A universalidade das estruturas comunicativas não é transcendental, empírica ou lógica, mas consiste em um sentido compartilhado que regula a ação, permanecendo dependente das interpretações variadas e flutuantes dos agentes históricos”.

origem e desenvolvimento de sua doença. Assim, poderá participar na recuperação de sua saúde.

CAPRA (1999:322) explica esse fato, correlacionando a negação desta responsabilidade, pois, “estão condicionados pela estrutura cartesiana, e se recusam a considerar a possibilidade de que tenham participação em sua doença, associando essa idéia com julgamento moral e culpa”.

Em relação ao enfermeiro e à enfermagem, é importante que estes se proponham a olhar o modo de produzir seu trabalho, sob uma nova ótica, com certeza serão valorizados e reconhecidos. Essa nova ótica é proceder ou atuar de forma autônoma, reavaliando seus objetivos enquanto profissional e (re)criando a sua prática, (re)conhecendo na dimensão do cuidar, sua essência enquanto profissional.

Utilizando os conhecimentos de BOHN (2002:114) sobre a inovação do papel do professor e aluno, para com a construção do pensamento, traço um paralelo com o conteúdo deste estudo e a enfermagem. A inovação nas ações do profissional enfermeiro, no sentido de valorizar e re(construir) seu saber próprio e sua relação com o ser em cuidado, fundamentados nos princípios científicos, porém, ampliando a dimensão deste saber:

“inovar significa construir um saber novo, não concluído, em movimento, humano e ético. É o saber do sujeito em construção, primeiro em sua inserção histórica, arqueológica; segundo, é o saber discursivo, atual, que busca no diálogo lingüístico, a força inspiradora da mudança, da reestruturação, mas é também o saber da aprendizagem contínua que encontra na teleologia da futuridade, a humildade de quem está a fazer o caminho e que encontra na transgressão, na ruptura de conceitos construídos, a motivação inspiradora de sua ação pedagógica” (BOHN, 2002:114).

Utilizando as reflexões de SÁ (2001:12) sobre o aspecto relacional no processo de cuidar e no cuidado, é enfatizada a necessidade de perceber o ser em cuidado como um todo e não de forma fragmentada; afirma a importância de inserir no processo de cuidar e de cuidado, as necessidades emocionais a qual define como “perceber o imperceptível - o cuidado emocional”. Esclarece que o cuidado emocional envolve “o olhar também para suas necessidades não ditas e muitas vezes expressadas por gestos, pequenas palavras, olhares...”

Para que seu trabalho se desenvolva adequadamente, faz-se necessário que o profissional, além de seus conhecimentos técnicos, adquira também um conhecimento voltado para as ciências humanas, pois, o foco central de nossas ações é voltado para o ser humano. Além disso, os profissionais, sendo seres humanos, necessitam estar emocionalmente equilibrados para que desenvolva seu trabalho harmoniosamente, porém, tendo como base o ser, o saber e o fazer que o legitimam para exercerem sua profissão. Assim, terá condições de realizar as inter-relações profissionais (com o ser em cuidado, com a equipe de enfermagem, com outros profissionais), pessoais e familiares de forma empática adequada. Partindo do pressuposto de que empatia é colocar-se no lugar do outro para vivenciar ou avaliar suas experiências, penso que é de extrema importância essa capacidade para atuarmos adequadamente no aspecto relacional de nossas ações.

SÁ (2001: 69) ilustra essa questão, enfatizando a importância do toque, não no sentido de um simples contato físico, mas com intenções que este toque promova um bem estar à pessoa que está necessitando de ajuda: “Tocar é trocar. E afirmo que tocar pode não ser um ato físico: toca-se alguém muitas vezes por um olhar. Tocar é, acima de tudo, dizer: eu estou aqui e eu estou te ouvindo...” SÁ (2001:73).



CAPÍTULO 4
APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Ao longo de minha vida profissional, tive e tenho tido inúmeras oportunidades de vivenciar o fazer enfermagem no âmbito hospitalar, tanto na área ambulatorial, como em unidades de internação.

Como vimos no referencial teórico, em grande parte do tempo, o trabalho do profissional enfermeiro ocorre sob uma visão mais predominantemente no aspecto da doença, não levando muito em consideração a cultura, situação da doença, ou seja, vários referenciais da pessoa em cuidado.

Em alguns casos, sob esse contexto, percebe-se na instituição, uma modesta, porém significativa mudança, ou seja, existe um comportamento diferenciado de alguns profissionais enfermeiros, que atuam de forma a contemplar a pessoa em cuidado como um todo e realmente o coloca como o centro das atenções.

Dos cinquenta e nove questionários distribuídos, obtive o retorno total destes. Apesar de ser longo (37 questões fechadas) o grupo foi receptivo e interessado.

4.1. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS OBTIDOS ATRAVÉS DE QUESTIONÁRIOS

4.4.1. Dados Gerais

Tabela 1: Distribuição dos enfermeiros de acordo com a faixa etária HC/UNICAMP agosto/2001

FAIXA ETÁRIA	FREQUENCIA	PERCENTAGEM
26 a 30 anos	11	18,6
31 a 34 anos	13	22,0
35 a 39 anos	12	20,3
40 a 44 anos	14	23,7
45 a 49 anos	5	8,4
50 a 54 anos	4	7,0
Total	59	100,0

Fonte: Questionário

A tabela 1 demonstra que, na população de estudo, a média de idade é de 37,3 anos, com desvio padrão de 7,1 existindo uma distribuição quase uniforme nas diversas faixas etárias entre 26 a 44 anos. É importante salientar que, analisando outras informações obtidas pelo questionário, porém não padronizadas, estão incluídos nesta população, profissionais com menos de cinco anos de formação, pois anteriormente eram técnicos e/ou auxiliares de enfermagem.

Tabela 2: Distribuição dos enfermeiros de acordo com o sexo –HC/UNICAMP - agosto/2001

SEXO	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM
Masculino	7	12,0
Feminino	52	88,0
Total	59	100,0

Fonte: Questionário

Tabela 3: Distribuição dos enfermeiros de acordo com o estado civil HC/UNICAMP - agosto/2001

ESTADO CIVIL	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM
Casado (a)	21	36,0
Solteiro (a)	37	64,0
Total	58	100,0

Fonte: Questionário

Tabela 4: Distribuição dos enfermeiros de acordo com o número de filhos HC/UNICAMP – agosto/2001

NÚMERO DE FILHOS	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM
Com filhos	32	56,0
Sem filhos	25	44,0
Total	57	100,0

Fonte: Questionário

Tabela 5: Distribuição dos enfermeiros de acordo com o local de residência HC/UNICAMP – agosto/2001

LOCAL DE RESIDÊNCIA	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM
Em Campinas	39	67,0
Fora de Campinas	19	33,0
Total	58	100,0

Fonte: Questionário

As tabelas 2, 3, 4 e 5 mostram, como já demonstrado em estudos semelhantes, que a população feminina é preponderante (88,0 %), a maioria é solteira (64,0 %) e mora em Campinas (67,0 %); um número menor dos enfermeiros da pesquisa (44,0%) não tem filhos.

Tabela 6: Distribuição dos enfermeiros de acordo com a renda pessoal HC/UNICAMP agosto/2001

FAIXA DE RENDA PESSOAL		frequência	percentagem	percentagem acumulada
1200	2000	27	46,5	46,5
2000	2800	10	17,2	63,7
2800	3600	13	22,5	86,2
3600	4400	6	10,3	96,5
4400	5200	2	3,5	100,0
Total		58	100,0	100,0

Fonte: Questionário

Obs: o piso salarial do enfermeiro na UNICAMP é R\$1.800,00

(fonte: Diretoria de Recursos Humanos/HC/UNICAMP- fevereiro/2002)

Tabela 7: Distribuição dos enfermeiros de acordo com a renda familiar HC/UNICAMP - agosto/2001

FAIXA DE RENDA FAMILIAR		frequência	Percentagem	percentagem acumulada
2500	4000	34	68,0	68,0
4000	5500	7	14,0	82,0
5500	7000	4	8,0	90,0
7000	8500	4	8,0	98,0
8500	10000	1	2,0	100,0
Total		56	100,0	100,0

Fonte: Questionário

As tabelas 6 e 7 mostram que, na população em estudo, 46,5% dos entrevistados ganham até R\$2.000,00 como renda pessoal e 68,0% ganham até R\$4.000,00 como renda familiar. Esses dados demonstram que a frequência de respostas nesta questão foi menor, pois, parte dos sujeitos não responderam, talvez por considerarem que, por não constituírem família, levaram em conta apenas a renda pessoal.

Tabela 8: Distribuição dos enfermeiros de acordo com o número de empregos HC/UNICAMP – agosto/2001

NÚMERO	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM
1	39	66,1
2	18	30,5
3	2	3,4
Total	59	100,0

Fonte: Questionário

Como podemos observar na tabela 8, 66,1% dos profissionais tem apenas um emprego o que nos leva a considerar o que foi reforçado ou validado pela faixa de renda pessoal exposta na tabela 6.

Tabela 9: Distribuição dos enfermeiros de acordo com a jornada de trabalho HC/UNICAMP – agosto/2001

JORNADA	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM
12 POR 60 (HORAS)	23	44,0
31,15 HORAS SEMANAIS	36	56,0
Total	59	100,0

Fonte: Questionário

Na tabela 9, nota-se que nos três turnos há um equilíbrio no número de profissionais, porém no noturno há uma necessidade evidente de uma proporção maior de profissionais, tendo em vista a jornada oficial (turnos de 12 horas trabalhadas com 60 horas de descanso).

Tabela 10: Distribuição dos enfermeiros de acordo com a jornada de trabalho fora do HC/UNICAMP agosto/2001

JORNADA FORA (horas semanais)	FREQUENCIA	PERCENTAGEM	PERCENTAGEM ACUMULADA
0	26	63,4	63,4
8	1	2,4	65,8
12	1	2,4	68,2
18	1	2,4	70,6
20	1	2,4	73,0
24	1	2,4	75,4
28	1	2,4	77,8
30	2	5,0	83,0
32	1	2,4	85,2
36	2	5,0	90,2
40	4	9,8	100,0
Total	41	100,0	100,0

Fonte: Questionário

Nesta tabela 6, relacionando-a com a tabela 8, o que podemos observar é que dos 59 sujeitos, 13 dos 39 sujeitos, não responderam confirmando ter apenas um emprego, o que não está correspondendo com as informações obtidas nas duas últimas tabelas, como também 5 dos 20 sujeitos que responderam ter outro emprego, não aparecem nesta tabela. É provável que estes sujeitos não consideram algum tipo de atividade extra que realizam, como emprego ou fizeram uma interpretação equivocada da questão. De qualquer forma, o número de horas trabalhadas, além da jornada no HC/UNICAMP, é elevado, sendo uma parcela significativa dos profissionais. Portanto, questiono qual o tempo e interesse que esses profissionais teriam para sua atualização, qualificação ou reflexão sobre seu papel no mundo do trabalho.

Tabela 11: Distribuição dos enfermeiros de acordo com a instituição formadora
HC/UNICAMP – agosto/2001

INSTITUIÇÃO	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM
UNIRARARAS	18	31,1
PUCC	13	22,5
UNICAMP	6	10,4
UFSCAR	2	3,5
USP/RIB.PRETO	2	3,5
EFOALFENAS	2	3,5
OUTRAS privadas fora de SP	8	14,0
OUTRAS privadas em SP	6	10,4
Total	57	100.00

Fonte: Questionário

A tabela 11 demonstra que 54,9% tiveram sua formação educacional em universidades privadas na cidade de Campinas e região, contra 21,0% em universidades públicas e 24,5% em outras escolas particulares dentro e fora do Estado de São Paulo. Consideramos, portanto, que a maioria dos profissionais 78,5% tiveram sua formação em instituições particulares de ensino superior; no estudo em questão, a instituição formadora que se destaca, não está ligada a um hospital escola e/ou universidade.

Tabela 12: Distribuição dos enfermeiros de acordo com o tipo e o nível de pós-graduação
HC/UNICAMP – agosto/2001

TIPO/NÍVEL	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM
Habilitação	31	57,4%
Aprimoramento	02	3,7%
Pós-graduação (“lato sensu”)	17	31,5%
Pós-graduação (“strictu sensu”)	04	7,4%
Total	54	100 %

Fonte: Questionário

Na tabela 12, não obtivemos o total de respostas, porém, evidenciou-se que 21 profissionais (38,9%) têm pós-graduação, sendo 04 profissionais no nível “*strictu sensu*” (31,5%) e 17 profissionais no nível “*lato sensu*” (7,4%)

Tabela 13: Distribuição dos enfermeiros participantes da pesquisa de acordo com a unidade de trabalho no HC/UNICAMP em agosto/2001

UNIDADE	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM
Unidade de Terapia Intensiva – Adulto	11	18,6
Pronto Socorro	6	10,2
Enferm. de Emergência e Cir. do Trauma	6	10,2
Ambulatórios	6	10,2
Gastro- Clínica e Gastro- Cirurgia	4	6,8
Hematologia e Cirurgia Vascular	4	6,8
Moléstias Infecciosas	4	6,8
Ortopedia e Traumatologia	4	6,8
Urologia e Nefrologia	4	6,8
Cardiologia e Pneumologia	4	6,8
Neurologia e Neurocirurgia	3	5,0
Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica	3	5,0
Total	59	100,0

Fonte: Termo de consentimento livre e esclarecido/questionário

Tabela 14: Distribuição dos enfermeiros do HC/UNICAMP de acordo com o turno de trabalho – agosto/2001

TURNO	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM
Noite	23	39,0
Manhã	19	32,2
Tarde	16	27,1
Intermediário	1	1,7
Total	59	100,0

Fonte: Questionário

A distribuição da população de estudo em cada unidade abrangeu os três turnos e a maior proporção foi destinada para o turno da noite e em proporções semelhantes entre os turnos tarde e manhã (vide tabela 14). Essa tabela mostra ainda que a percentagem dos enfermeiros da amostra, de acordo com o turno de trabalho e dos critérios estabelecidos na pesquisa. Esclarecemos que o horário intermediário, corresponde à mesma jornada de 31,15 horas semanais. Nota-se que o turno da manhã, comparado aos demais teve um percentual de 32,2%. Este percentual maior está relacionado à necessidade de se refazer a escolha em alguns casos devido a problemas internos da escala surgidos no transcorrer da pesquisa, como por exemplo, transferência de unidade.

4.1.2. Visão de Mundo

(alguns aspectos)¹⁵

Tabela 15: Distribuição das respostas dos enfermeiros do HC/UNICAMP à questão: você se considera bem sucedida(o) na profissão? – agosto/2001

Resposta	Frequência	Porcentagem
• Sim, porque realizo atividades inerentes à profissão e que gosto, enquanto profissional	33	72,9
• Tem dúvidas, pois considera o profissional enfermeiro sub-aproveitado	11	18,6
• Não, porque não existe valorização do profissional	2	3,4
• Outra resposta	3	5,1
Total	59	100,0

Fonte: Questionário

Tabela 16: Distribuição das respostas dos enfermeiros do HC/UNICAMP à questão: Você está satisfeita (o) com sua renda? - agosto/2001

Resposta	Frequência	Porcentagem
Sim	15	25,4
Não	44	74,6
Total	59	100,0

Fonte: Questionário

Nas tabelas 15 e 16 é demonstrado que 72,9% dos enfermeiros da pesquisa, consideram-se bem sucedidos na profissão mas de 74,6% não estarem satisfeitos com sua renda; 18,6 têm dúvidas e 3,4% não se consideram bem sucedidos.

¹⁵ Observação: para a maioria das questões foi permitido escolher apenas uma resposta; nas questões em que se permitiu mais que uma resposta, isto está devidamente explicitado nas tabelas.

Tabela 17: Distribuição das respostas dos enfermeiros à questão: você está satisfeita (o) com a sua situação de trabalho? HC/UNICAMP – agosto/2001

Resposta	Frequência	Porcentagem
• Sim, mas acredito que poderia ser melhor se os enfermeiros adotassem um novo paradigma de atuação	39	66,1
• Sim, porque realizo atividades que gosto	11	18,6
• Não, porque não existe respeito e Valorização do trabalho do enfermeiro	6	10,2
• Não, porque atualmente exerce atividades que não condizem com a profissão	2	3,4
• Outra resposta	1	1,7

Fonte: Questionário

Tabela 18: Distribuição das respostas dos enfermeiros à questão: Existe ascensão profissional em seu trabalho? HC/UNICAMP - agosto/2001

RESPOSTA	FREQÜÊNCIA	PERCENTAGEM
Sim	22	38,7
Não	26	45,4
Não sei	8	15,8
Total	56	100,0

Fonte: Questionário

Nas tabelas 17 e 18 evidencia-se que a maioria dos enfermeiros está satisfeita com a sua situação de trabalho (84,7%). Um percentual significativo (45,4%) consideram não existir ascensão profissional no trabalho.

Tabela 19: Distribuição das respostas dos enfermeiros à questão: Como é sua relação com os médicos docentes? - HC/UNICAMP – agosto/2001

Resposta	Frequência	Porcentagem
Boa	45	76,3
Conflitante	1	1,7
Nula	13	22,0
Total	59	100,0

Fonte: Questionário

Tabela 20: Distribuição das respostas dos enfermeiros à questão: Como é sua relação com os médicos residentes? - HC/UNICAMP – agosto/2001

Resposta	Frequência	Porcentagem
Boa	56	94,9
Conflitante	3	5,1
Total	59	100,0

Fonte: Questionário

Tabela 21: Distribuição das respostas dos enfermeiros à questão: Como é sua relação com a equipe de enfermagem? - HC/UNICAMP – agosto/2001

Resposta	Frequência	Porcentagem
Boa	55	93,2
Conflitante	4	6,8
Total	59	100,0

Fonte: Questionário

As tabelas 19, 20 e 21 demonstram que a maioria dos profissionais enfermeiros têm bom relacionamento com médicos docentes (76,3%), residentes (94,9%) e equipe de enfermagem (93,2%), apesar de que, em relação à equipe de enfermagem, a resposta ‘conflitante’ ficou um pouco mais evidente em relação às respostas das tabelas 19 e 20.

Tabela 22: Distribuição das respostas dos enfermeiros à questão: Como você se coloca em relação aos demais enfermeiros do serviço público? HC/UNICAMP – agosto/2001

Resposta	Frequência	Porcentagem
• Em vantagem, por ser este um hospital universitário, onde se está sempre próximo às inovações tecnológicas	32	54,2
• Em vantagem, pelo nível de renda, jornada de trabalho e perspectiva profissional	13	22,0
• Em desvantagem	5	8,5
• No mesmo nível, pois os serviços públicos não diferem muito dos demais	5	8,5
• Não sei	2	3,4
• Outra resposta	2	3,4
Total	59	100,0
Fonte: Questionário		

Tabela 23: Distribuição das respostas dos enfermeiros à questão: Como você se coloca em relação aos enfermeiros do serviço privado? HC/UNICAMP – agosto/2001

Resposta	Frequência	Porcentagem
• Em vantagem, porque dependendo do hospital privado, as oportunidades são poucas	26	44,0
• Em desvantagem, porque dependendo do hospital privado as oportunidades são melhores	14	23,8
• No mesmo nível	8	13,5
• Não sei	6	10,2
• Outra resposta	5	8,5
Total	59	100,0

Fonte: Questionário

Nas tabelas 22 e 23 os enfermeiros sujeitos da pesquisa, em sua maioria (76,2%) consideram-se em vantagem por trabalhar no HC/UNICAMP em relação aos demais enfermeiros do serviço público, como também em relação aos enfermeiros do serviço privado (44,0%).

Em relação às atividades que os enfermeiros consideram como mais específicas da profissão a tabela 24 mostra que a alternativa coordenação de equipe foi a mais freqüente tanto como primeira (27,1%) como segunda resposta (20,3%). Nota-se que as resposta cuidados diretos e prescrição de enfermagem, que seriam atividades inerentes e prioritárias, aparecem mais freqüentemente como terceiras respostas (17,8% cada uma delas). Salienta-se que não foi colocada a freqüência total, nem a porcentagem, pois a questão permitiu serem dadas três respostas.

Tabela 24: Distribuição das respostas dos enfermeiros à questão: Assinale, por ordem de importância, três atividades que você realiza e que considera inerente à profissão- HC/UNICAMP – agosto/2001

1ª atividade		
	Frequência	Porcentagem
Coordenação de equipe	16	27,1
Cuidados diretos	12	20,3
Prescrição de enfermagem	11	18,6
Consulta de enfermagem	7	11,9
Pesquisa, assistência e ensino	6	10,2
Ações educativas a pacientes	3	5,1
Atividades burocráticas	2	3,4
Educação em serviço	2	3,4
2ª atividade		
Coordenação de equipe	12	20,3
Prescrição de enfermagem	11	18,6
Cuidados diretos	9	15,2
Ações educativas a pacientes	8	13,6
Consulta de enfermagem	6	10,2
Orientação(paciente/cliente/família)	5	8,5
Educação em serviço	4	6,8
Atividades burocráticas	3	5,1
Pesquisa, assistência e ensino	1	1,7
3ª atividade		
Prescrição de enfermagem	10	17,9
Cuidados diretos	10	17,9
Orientação(paciente/cliente/família)	10	17,9
Coordenação de equipe	9	16,0
Atividades burocráticas	6	10,7
Consulta de enfermagem	4	7,1
Ações educativas a paciente	2	3,6
Pesquisa, assistência e ensino	2	3,6
Educação em serviço	2	3,6
Outro	1	1,8

Fonte: Questionário

No entanto, quando somamos as atividades ‘prescrição de enfermagem’ e consulta de enfermagem que fazem parte da sistematização da assistência de enfermagem, estas se tornam as mais frequentes. Porém, na realidade desta instituição, tais atividades são realizadas, porém não de forma integrada, ou seja, são atividades características dependendo do serviço, por exemplo, unidade de internação, ambulatório entre outros. Acredito que tais resultados estejam demonstrando a necessidade de considerar a SAE como um processo.

Tabela 25: Distribuição das respostas dos enfermeiros à questão: Assinale por ordem de importância, duas de suas atividades que considera serem valorizadas pela equipe médica - HC/UNICAMP – agosto/2001

1ª resposta	Frequência	Porcentagem
Gerenciamento da assistência	24	40,7
Cuidado direto	16	27,1
Gerenciamento da unidade	15	25,4
Promover o inter-relacionamento entre as equipes	2	3,4
Orientação a paciente/cliente	1	1,7
Consulta de enfermagem	1	1,7
2ª resposta		
Cuidado direto	18	31,0
Gerenciamento da assistência	17	29,3
Gerenciamento da unidade	9	15,5
Ensino, pesquisa e assistência	4	7,0
Promover o inter-relacionamento entre as equipes	4	7,0
Orientação a paciente/cliente	3	5,1
Ações educativas	2	3,4
Atividades burocráticas	1	1,7

Fonte: Questionário

Tabela 26: Distribuição das respostas dos enfermeiros à questão: Assinale, por ordem de importância, três atividades que você realiza e que considera serem valorizadas pela equipe de enfermagem - HC/UNICAMP – agosto/2001

1ª resposta	Frequência	Porcentagem
Assistência direta	22	37,3
Gerenciamento da assistência	16	27,1
Gerenciamento da unidade	8	13,6
Orientação a paciente/cliente	6	10,2
Administração de conflitos	4	6,8
Treinamento em serviço	1	1,7
Consulta de enfermagem	1	1,7
Outro	1	1,7
2ª resposta		
Gerenciamento da assistência	19	32,8
Assistência direta	11	19,0
Administração de conflitos	7	12,0
Prescrição de enfermagem	6	10,3
Gerenciamento da unidade	5	8,6
Ações educativas	4	7,0
Orientação a paciente/cliente	3	5,1
Treinamento em serviço	3	5,1
3ª resposta		
Gerenciamento da unidade	20	35,1
Treinamento em serviço	9	15,8
Administração de conflitos	8	14,0
Assistência direta	6	10,5
Orientação a paciente/cliente	4	7,0
Gerenciamento da assistência	4	7,0
Ações educativas	4	7,0
Prescrição de enfermagem	2	3,5

Fonte: Questionário

Nota-se na tabela 25 que as atividades de gerenciamento da assistência pelo profissional enfermeiro são aquelas que, no entender dos entrevistados, são as mais valorizadas pela equipe médica (40,7% como primeira resposta e 29,3% como segunda resposta). A resposta cuidado direto, que deveria se fazer mais valorizada pelo profissional enfermeiro, está entre as três mais escolhidas, porém não foi a primeira escolhida por ordem de importância (27,1% como primeira resposta e 31,0% como segunda resposta).

Salienta-se que não foi colocada a frequência total, nem a percentagem, pois a questão permitiu que fossem dadas duas respostas. No que se refere às atividades do profissional enfermeiro mais valorizada pela equipe de enfermagem (tabela 26), por ordem de prioridade as respostas foram: assistência direta (37,3%), gerenciamento da assistência (32,8%) e gerenciamento da unidade (35,1%). Salienta-se que não foi colocada a frequência total, nem a percentagem pois a questão permitiu três respostas.

Tabela 27: Distribuição das respostas dos enfermeiros à questão: Você considera o hospital o melhor ambiente para o tratamento da maioria dos problemas de saúde?
HC/UNICAMP – agosto/2001

Resposta	Frequência	Percentagem
Não, porque muitos problemas de saúde poderiam ser resolvidos em outros níveis de assistência a saúde	35	59,3
Não, porque é importante pensar nas alternativas existentes no cuidado à saúde	14	23,7
Sim, porque é onde se concentra a tecnologia	4	6,8
Em parte, se pensarmos em tratamento especializado	3	5,1
Outras respostas	3	5,0
Total	59	100,0

Fonte: Questionário

Tabela 28: Distribuição das respostas dos enfermeiros à questão: Você acha que a promoção da saúde no contexto técnico do hospital, necessitaria de uma visão mais abrangente do paciente como totalidade? HC/UNICAMP – agosto/2001

Resposta	Frequência	Percentagem
Sim	57	96,6
Não	2	3,4
Total	59	100,0

Fonte: Questionário

Tabela 29: Distribuição das respostas dos enfermeiros à questão: Se você respondeu “SIM”, você acha que o enfermeiro seria o profissional mais apto a promover este tipo de cuidado? HC/UNICAMP– agosto/2001

Resposta	Frequência	Porcentagem
• Sim, pois é o profissional melhor preparado para tal	31	55,3
• Não, pois todos os profissionais de saúde estão preparados para tal	12	21,4
• Não sei	8	14,3
• Outras respostas	5	9,0
Total	56	100,0

Fonte: Questionário

Tabela 30: Distribuição das respostas dos enfermeiros à questão: Para você, qual o papel da medicina alternativa no cuidado à saúde? HC/UNICAMP– agosto/2001

Resposta	Frequência	Porcentagem
Considera importante como outra forma de cuidado à saúde	28	47,5
É uma opção terapêutica	14	23,7
Tem caráter preventivo e algumas vezes curativo	12	20,3
Não sei	3	5,1
Outras respostas	2	3,4
Total	59	100,0

Fonte: Questionário

As tabelas 27, 28, 29 e 30 demonstram que 83,0% dos enfermeiros sujeitos da pesquisa não consideram o hospital como o melhor ambiente para o tratamento da maioria dos problemas de saúde, enquanto que 96,6% consideram que a promoção da saúde, no contexto técnico do hospital, necessitaria de uma visão mais abrangente em relação ao ser em cuidado. Relacionado a esta questão, 55,3% consideram o enfermeiro como o profissional mais apto a promover esse tipo de cuidado. Além disso, 47,5% dos enfermeiros consideram importante a medicina alternativa no cuidado à saúde, como outra forma de cuidado.

Tabela 31: Distribuição das respostas dos enfermeiros à questão: O que você acha da política de desospitalização? HC/UNICAMP– agosto/2001

Resposta	Frequência	Porcentagem
• Considera importante se for com o objetivo de proporcionar a real e devida assistência a domicílio visando atender as necessidades afetadas	36	61,0
• Considero que é muito importante para o paciente, pois corre menos risco e está no convívio de familiares	13	22,0
• Seria o ideal para alguns casos e melhoria a demanda do hospital	5	8,5
• É uma necessidade tanto do ponto de vista do cuidado à saúde e por motivos econômicos	2	3,4
• Outras respostas	3	5,1
Total	59	100,0

Fonte: Questionário

Tabela 32: Distribuição das respostas dos enfermeiros à questão: Enquanto enfermeiro, qual o produto final de seu trabalho? HC/UNICAMP– agosto/2001

Resposta	Frequência	Porcentagem
• Satisfação e entendimento do paciente/cliente em relação a assistência prestada e seu problema de saúde resolvido	24	40,7
• Melhor qualidade no atendimento ao paciente/cliente	13	22,0
• Paciente/cliente estar plenamente assistido em suas necessidades básicas	8	13,5
• Satisfação profissional pela assistência prestada adequadamente	7	11,9
• Proporcionar condições para o paciente/cliente para seu auto cuidado	5	8,5
• Cuidado com a saúde	1	1,7
• Outra resposta	1	1,7
Total	59	100,0

Fonte: Questionário

As tabelas 31 e 32 mostram que grande parte dos enfermeiros, (94,9%) consideram a política de desospitalização importante e necessária e que a maioria das respostas em relação ao produto final do trabalho do profissional enfermeiro, (98,3%) gira em torno de atividades assistenciais.

Tabela 33: Distribuição das respostas dos enfermeiros à questão: Já houve alguma intervenção de sua parte, de caráter inovador, que tenha provocado algum tipo de mudança na instituição? HC/UNICAMP– agosto/2001

Resposta	Frequência	Porcentagem
Não	47	79,7
Sim	12	20,3
Total	59	100,0

Fonte: Questionário

Tabela 34: Distribuição das respostas dos enfermeiros à questão: Você tem interesse em acompanhar o desenvolvimento das políticas de saúde mais voltadas para o SUS? HC/UNICAMP– agosto/2001

Resposta	Frequência	Porcentagem
Médio	20	33,9
Pouco	19	32,2
Bastante	19	32,2
Nenhum	1	1,6
Total	59	100,0

Fonte: Questionário

Tabela 35: Distribuição das respostas dos enfermeiros à questão: Você acha que o SUS tem contribuído para a valorização do papel do enfermeiro? HC/UNICAMP– agosto/2001

Resposta	Frequência	Porcentagem
• Não, na atual realidade, não percebe tal contribuição para valorizar o papel do enfermeiro	32	54,2
• Não sei	11	18,6
• Sim, porque amplia os horizontes de trabalho para o enfermeiro	8	13,5
• Sim, porém deve haver um compromisso maior do enfermeiro para reconhecer essa valorização	5	8,5
• Não porque as consultas são mal pagas e pouco valorizadas	1	1,7
• Outras respostas	2	3,4
Total	59	100,0

Fonte: Questionário

As tabelas 33, 34 e 35 demonstram que a maioria (79,7%) dos enfermeiros, não realizou nenhum tipo de intervenção inovadora que provocasse alguma mudança na instituição, embora seja importante enfatizar que 20,3%, têm atitudes desse tipo; 66,2% têm médio e bastante interesse em acompanhar as questões das políticas de saúde relacionadas ao SUS e 55,9% destes não consideram que o SUS contribui para a valorização do papel do enfermeiro, apesar de trabalharem numa instituição que é responsável pela maior parte do atendimento de alta complexidade do SUS na região de Campinas.

Tabela 36: Distribuição das respostas dos enfermeiros à questão: Você participa de algum tipo de representação de classe? HC/UNICAMP– agosto/2001

Resposta	Frequência	Porcentagem
Não	56	94,5
Sim	3	5,0
Total	59	100,0

Fonte: Questionário

Tabela 37: Distribuição das respostas dos enfermeiros à questão: Você conhece a concepção teórica e as diretrizes básicas voltadas à saúde e preconizada pela OMS? HC/UNICAMP– agosto/2001

Resposta	Frequência	Porcentagem
Não	40	70,2
Sim	16	28,1
Total	56	100,0

Fonte: Questionário

Tabela 38: Distribuição das respostas dos enfermeiros à questão: A instituição promove a atualização de seu conhecimento através do serviço de educação continuada? HC/UNICAMP– agosto/2001

Resposta	Frequência	Porcentagem
Não	33	57,9
Sim	24	42,1
Total	57	100,0

Fonte: Questionário

Tabela 39: Distribuição das respostas dos enfermeiros à questão: Como você conceitua o reconhecimento de sua profissão dado pela administração da instituição? - HC/UNICAMP- agosto/2001

Resposta	Frequência	Porcentagem
Bom	28	47,5
Regular	24	40,7
Ruim	7	11,9
Total	59	100,0

Fonte: Questionário

As tabelas 36, 37, 38 e 39 demonstram que a maioria (95,0%) dos enfermeiros sujeitos da pesquisa não participam de nenhuma representatividade de classe e 70,2% não conhecem as recomendações da OMS em relação ao cuidado à saúde. Em contrapartida, 57,9% dos sujeitos consideram que a instituição não promove atualização de conhecimentos através do serviço de educação continuada, apesar de 88,14% dos enfermeiros considerarem bom ou regular o reconhecimento dado pela instituição em relação à sua profissão. Creio que a tabela 38, representa um dado muito importante no sentido de demonstrar o número elevado de profissionais que sinalizam para a necessidade da instituição investir na atualização destes; acredito que esse dado, provavelmente reflete sobre as respostas obtidas até então.

Tabela 40: Distribuição das respostas dos enfermeiros à questão: Existe uma política de atuação condizente com os preceitos ético-legais da enfermagem na instituição?
HC/UNICAMP– agosto/2001

Resposta	Frequência	Porcentagem
• Parcialmente, porque é exercida apenas por representantes de sua corporação	19	32,2
• Sim, porque a enfermagem é mais organizada e tem um autocontrole para cumprir tais preceitos	14	23,7
• Não, ainda não houve 'o despertar' para esse aspecto, tanto por parte da enfermagem, como por parte da instituição	8	13,6
• Não, porque ainda se considera a atuação de enfermagem apenas como atividade ocupacional ou técnica	6	10,2
• Sim, porque a enfermagem tem total apoio da instituição	5	8,5
• Não sei	5	8,5
• Outras respostas	2	3,4
Total	59	100,0

Fonte: Questionário

Tabela 41: Distribuição das respostas dos enfermeiros à questão: Como você avalia o reconhecimento de sua profissão dados pelos usuários e familiares?
HC/UNICAMP– agosto/2001

Resposta	Frequência	Porcentagem
Bom	40	67,8
Regular	18	30,5
Ruim	1	1,7
Total	59	100,0

Fonte: Questionário

Nas tabelas 40 e 41 não existe diferença significativa entre as três respostas: sim (32,2%), parcialmente (32,1%) e não (23,8%) em relação à existência ou não de uma política de atuação condizente com os preceitos ético-legais da enfermagem na instituição em questão. Talvez tenha havido uma visão equivocada sobre o que a questão estava se reportando. A maioria (67,8%) dos enfermeiros consideram bom o reconhecimento dado pelos usuários e familiares em relação a sua profissão.

Tabela 42: Distribuição das respostas dos enfermeiros à questão: Assinale até três atitudes por ordem de importância, que você caracteriza como autônomas em suas atividades profissionais. HC/UNICAMP– agosto/2001

1ª resposta	Frequência	Porcentagem
Gerenciamento da assistência	21	36,2
Responsabilização pelo cuidado	10	17,2
Gerenciamento da unidade	7	12,1
Desenvolver atividades educativas, assistenciais e administrativas	4	6,9
Poder decisório na avaliação paciente internado	4	6,9
Autorizar presença de acompanhante para o paciente	4	6,9
Consulta de enfermagem	4	6,9
Prescrição de enfermagem	3	5,2
Implantação de programas de assistência de enfermagem	1	1,7
2ª resposta		
Prescrição de enfermagem	13	22,4
Gerenciamento da unidade	8	13,8
Responsabilização pelo cuidado	8	13,8
Gerenciamento da assistência	7	12,1
Desenvolver atividades educativas assistenciais e administrativas	5	8,6
Autorizar presença de acompanhante para o paciente	4	7,0
Implantação de programas de assistência de enfermagem	3	5,2
Consulta de enfermagem	3	5,2
Poder decisório na avaliação paciente internado	2	3,4
Não permitir interferência nos cuidados de enf. por outro profissional	2	3,4
Durante um procedimento pode avaliar, sugerir e criar alternativas	2	3,4
Poder decisório na consulta de enfermagem	1	1,7
3ª resposta		
Responsabilização pelo cuidado	10	17,5
Durante um procedimento pode avaliar, sugerir e criar alternativas	9	15,8
Autorizar presença de acompanhamento	8	14,0
Gerenciamento da unidade	6	10,5
Não permitir interferência nos cuidados de enf. por outros profissionais	5	8,8
Prescrição de enfermagem	5	8,8
Gerenciamento da assistência	5	8,8
Desenvolver atividades educativas, assistenciais e administrativas	4	7,0
Poder decisório na avaliação do paciente	3	5,2
Implantação de programas de assistência de enfermagem	1	1,7
Poder decisório na consulta de enfermagem	1	1,7
Fonte: Questionário		

Tabela 43: Frequência com que as alternativas abaixo apareceram como primeira, segunda ou terceira resposta à questão anterior HC/UNICAMP– agosto/2001

Alternativa	Frequência	Porcentagem
• Gerenciamento da assistência	33	56,9
• Responsabilização pelo cuidado	28	48,3
• Gerenciamento da unidade	21	36,2
• Prescrição de enfermagem	21	36,2
• Autorizar presença de acompanhamento para o paciente internado	16	27,1
• Desenvolver atividades educativas, assistenciais e administrativas	13	22,4
• Durante um procedimento pode avaliar, sugerir e criar alternativas	11	19,0
• Poder decisório na avaliação paciente internado	9	15,5
• Consulta de enfermagem	7	12,1
• Não permitir interferência nos cuidados de enfermagem por outros profissionais	7	12,1
• Implantação de programas de assistência de enfermagem	5	8,6
• Poder decisório na consulta de enfermagem	2	3,4

Fonte: Questionário

Já nas questões que abordam a autonomia (tabelas 42 e 43) perguntado o que o profissional enfermeiro considera como atividade autônoma, por ordem de prioridade; as respostas foram o gerenciamento da assistência (36,2%), a prescrição de enfermagem (22,4%) e responsabilização pelo cuidado (17,5%).

O gerenciamento da assistência não representou a sistematização da assistência propriamente dita, pois a prescrição de enfermagem surgiu isoladamente em uma das respostas; as respostas indicam que as atividades administrativas têm um significado muito importante no cotidiano do enfermeiro. A responsabilização pelo cuidado está presente como atividade autônoma, porém, não é considerada como prioridade. Creio que, pelas respostas obtidas, de um modo geral, o conceito de autonomia não está bem claro para a população em estudo.

Salienta-se que não foi colocada a frequência total, nem a porcentagem, pois a referida questão permitiu três respostas.

Tabela 44: Distribuição das respostas dos enfermeiros à questão: Em relação a autonomia, você considera: HC/UNICAMP– agosto/2001

Alternativa	Frequência	Porcentagem
• Ser exercida por você	37	63,8
• Lhe ser outorgada	17	29,3
• Ser exercida apenas pelos gerentes de enfermagem	9	15,5
• Não ter autonomia	8	13,8
• Ser exercida apenas pelos médicos	5	8,6

Fonte: Questionário

Observação: foram aceitas mais de uma resposta

A tabela 44 demonstra que a maioria (63,8%) considera que exerce autonomia, enquanto que 13,8% dos enfermeiros do estudo não consideram ter autonomia; para o item ‘lhe ser outorgada’, avalio que esta resposta confirma que este não se considera autônomo, portanto, se juntarmos as demais respostas, 67,2% dos enfermeiros assistenciais, não se consideram autônomos. O importante desses dados, relacionando-os às tabelas 42 e 43, observa-se que, para aqueles que consideram exercer a autonomia, evidencia-se uma visão equivocada sobre o conceito e a prática da autonomia.

Tabela 45: Distribuição das respostas dos enfermeiros à questão: Qual o grau de autonomia que você julga ter no exercício de sua profissão? HC/UNICAMP– agosto/2001

Resposta	Frequência	Porcentagem
Alguma	32	54,2
Suficiente	23	39,0
Muita	3	5,1
Nenhuma	1	1,7
Total	59	100,0

Fonte: Questionário

A tabela 45 mostra que 54,2% consideram ter alguma, contra 44,1% que consideram ter muita ou suficiente autonomia. Saliento que o termo ‘alguma’ foi utilizado para configurar ‘pouca’ autonomia.

Esta tabela reforça o que foi comentado nas tabelas anteriores: se os profissionais considerassem o cuidado como essência de suas ações, é provável que, nos dados desta tabela, teria uma inversão de valores, levando em conta o conteúdo das tabelas 42 e 43.

Tabela 46: Distribuição das respostas dos enfermeiros à questão: Numa equipe de saúde, qual profissional deveria exercer o papel de liderança? HC/UNICAMP–agosto/2001

Alternativa	Frequência	Porcentagem
• Cada um tem seu papel de liderança, porém o enfermeiro é o profissional que visa o indivíduo como um todo	27	45,8
• Aquele profissional que estiver habilitado e com perfil para exercer esse papel	18	30,5
• Médico e enfermeiro em momentos distintos	11	18,6
• Enfermeiro	2	3,4
• Todos da equipe deveriam ter liderança	1	1,7
Total	59	100,0

Fonte: Questionário

Tabela 47: Distribuição das respostas dos enfermeiros à questão: Como você se auto-reconhece como profissional na instituição? HC/UNICAMP–agosto/2001

Alternativa	Frequência	Porcentagem
• Bom, apesar de que tem que ampliar mais meu nível de conhecimento	22	37,3
• Bom, porque procuro atuar de acordo com os preceitos ético-legais da profissão e sou compromissada (o) com a instituição	19	32,2
• Ótimo, dentro da responsabilidade que tenho e do engajamento com a instituição	9	15,2
• Bom, porque acho que ninguém é totalmente ótimo	4	6,8
• Regular, pois preciso me esforçar mais para crescer profissionalmente	3	5,1
• Ótimo, exerço atividades que elevam o nome da profissão	2	3,4
Total	59	100,0

Fonte: Questionário

Tabela 48: Distribuição das respostas dos enfermeiros à questão: Você tem outras ambições profissionais? Se você respondeu SIM, quais seriam?
HC/UNICAMP– agosto/2001

Alternativa	Frequência	Porcentagem
• Melhorar seu nível de atuação, ampliar seus horizontes profissionais na enfermagem	29	52,8
• Pós graduação na área de enfermagem	29	52,8
• Atuar na própria enfermagem, porém num outro modelo de assistência que não o atual	12	21,8
• Cursar outra faculdade	6	11,0
• Atuar em outra área	3	5,4

Fonte: Questionário

Observação: Foi aceito que se assinalasse mais de uma alternativa

As tabelas 46 e 47 mostram que os enfermeiros deste estudo se colocam como profissionais que devem exercer naturalmente o papel de liderança e 76,27% se reconhecem como bons profissionais na instituição.

A tabela 48 evidencia que a maioria dos enfermeiros tem ambições profissionais dentro da própria profissão, enquanto que 16,36% teriam outras ambições fora da área de enfermagem. O preocupante é que 11% da população ambiciona cursar outra faculdade, ou seja, provavelmente está atuando na profissão, por falta de oportunidade de cursar outra faculdade e, conseqüentemente, existirá a tendência a não atuar de forma motivada na profissão.

4.2. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS OBTIDOS ATRAVÉS DAS ENTREVISTAS

O conteúdo dos dados coletados nas entrevistas foram agrupados em treze categorias e como já foi exposto anteriormente, estão assim denominadas: satisfação no trabalho, atuação do profissional enfermeiro na promoção da saúde, liderança na equipe de saúde, qualificação do saber na enfermagem, competência profissional, atividades inespecíficas à profissão: incumbências e tempo gasto, visão atual do trabalho do profissional enfermeiro, atitudes para mudanças, autonomia: conceituação, autonomia: essencialidade e autonomia: grau.

4.2.1. Satisfação no trabalho

Baseando-me nos dados quantitativos, em relação à satisfação do profissional na situação de trabalho da tabela 17, observei que, somando as respostas sim, obtive que 84,7% dos entrevistados consideram estar satisfeitos no seu trabalho, apesar que boa parte acredita que poderia ser melhor se atuassem em outro modelo de assistência. Na tabela 15, 72,9% dos profissionais consideram ser bem sucedidos na profissão por realizarem atividades que gostam.

A enfermagem profissional, como explica LUNARDI FILHO & LEOPARDI (1999), adotou a divisão técnica do trabalho com base na divisão social do trabalho, desde sua concepção e institucionalização. O processo de trabalho na Enfermagem é coordenado pelo profissional enfermeiro, através da administração da assistência e também assiste de forma que também possa administrar. A sistematização da assistência hoje é uma realidade em nível institucional. Como aparece na fala do Sujeito1 (S1): “realizo a consulta de enfermagem, procuro fazer as atividades que são definidas como tarefas do enfermeiro e procuro delegar aquilo que ainda na instituição é cobrado do enfermeiro...”

Nesta fala, observa-se que o enfermeiro procura adaptar-se nesse esquema, sem uma perspectiva crítica. Nesse sentido, um bom profissional é aquele que executa bem o papel a ele atribuído.

Na fala do Sujeito 3 (S3), observamos a importância da sistematização de enfermagem: “o que a gente tenta fazer de uma melhor forma possível é se adaptar à situação e sempre estar em relação aos outros colegas, enfermeiros e a equipe de enfermagem, sempre estar trocando idéias, tentando melhorar, fazendo reuniões sobre sistematização...”

Na fala de S2, quando indagado se sistematiza sua assistência, este responde: “mais ou menos, depende da patologia, da especialidade que dá mais espaço.(...) talvez em outras doenças crônicas onde pudéssemos estar fazendo isso, eu acho que seria o caminho...”

PEREIRA; GALPERIM (1995:193) explicam que a SAE

“é uma das metodologias utilizadas pelo enfermeiro no atendimento ao cliente, tendo sido considerada função independente do profissional. Foi regulamentada pelo Decreto número 94496 de 08/06/1987, da Lei do Exercício Profissional número 7498 de 25/06/1986”.

Percebo na fala de S1, sua satisfação ao realizar atividades próximas do paciente como: “reservando meu horário para fazer aquelas atividades de maior responsabilidade, próximas do paciente, onde sinto que posso modificar o andamento, o desenvolvimento desse doente, através da parte educativa, orientando”.

Na fala de S2, fica evidenciado que sua satisfação profissional está relacionada à necessidade de um direcionamento nas condutas de enfermagem em sua área de ação, como transcrevemos a seguir: “Eu sinto muita falta de ter alguém que direcionasse, não eu, mas o grupo e que todo mundo falasse a mesma língua...”

As idéias dos entrevistados que expusemos é trabalhada por LUNARDI FILHO & LEOPARDI (1999:74) de que a ação de enfermagem é “constitutiva das práticas sociais em geral, das práticas em saúde em particular, caracterizando-se como um trabalho em saúde”.

Nestas falas, a enfermagem caracteriza-se, além de trabalho, como parte de um processo coletivo de ações, com suas especificidades próprias como os demais componentes da equipe de saúde. Dessa forma, o enfermeiro, reconhecendo-se como parte integrante desse processo de trabalho, estruturando o seu esquema específico, considera-se

satisfeito e valorizado. Tais colocações são confirmadas quando questionado sobre de que forma sua satisfação poderia ser maior, sua resposta foi: (S1), “valorização do enfermeiro em suas ações educativas e da sua prática”.

Contudo, não se cobra do enfermeiro a iniciativa de ampliar a qualidade do cuidado prestado. No esquema do hospital, cuidar é traduzido numa relação quantificável, ~~tecnificada, na qual o componente emocional humano é dispensável.~~

Ao procurar a eficiência funcional, a racionalidade da prática da enfermagem torna-se rasa, instrumental, sem profundidade crítica e sem espaço institucional para desenvolver mudanças.

Na fala de S3 é enfatizada a questão da valorização profissional no seguinte aspecto: “eu acredito que se a gente (o Departamento de Enfermagem) tivesse uma política de valorização profissional mesmo de igualdade em relação aos docentes, o mesmo peso, eu acho que seria diferente. O enfermeiro teria outra valorização, teria uma outra visão. Eu acho que o enfermeiro, infelizmente ainda não se ligou que, pra gente ter alguma coisa, a gente tem que ter alguém lá no Congresso...”

É importante ressaltar que o processo de trabalho de enfermagem tem em suas características, segundo DORNELLES (1995:107) três “frentes de atuação: a preocupação com o ambiente terapêutico”, no qual o ser em cuidado deve ser objetivado como prioridade, ou seja proporcionar condições para esclarecimento de diagnóstico precoce e terapêutica adequada, não no sentido de suprir parcelas do ato médico, mas ações voltadas para o bem estar do ser em cuidado: ambiente adequado, limpo, organizado, acolhimento adequado entre outras coisas. “A administração de parcelas do ato médico, incluindo a administração da assistência de enfermagem”, em que o enfermeiro destina parte de suas atividades para direcionar as tarefas de cunho administrativo aos profissionais de enfermagem de nível médio para a efetivação da assistência de enfermagem, propiciando também a atuação de outros profissionais da equipe de saúde. “ A assistência de enfermagem” que é categorizada nos seguintes elementos:

“ações de natureza propedêutica e terapêutica complementares aos atos dos demais integrantes da equipe de saúde e especificamente de enfermagem
ações de natureza complementar de controle de risco; ações de natureza administrativa e ações de natureza pedagógica”. (DORNELLES, 1995:107)

Respalhando-me nesse conteúdo, está claro que o trabalho de enfermagem está inserido na maioria das atividades no trabalho em saúde. Talvez, por isso, encontra-se dificuldade em delimitar seu espaço de ação. Porém, o núcleo de competência do profissional enfermeiro é centrado no cuidar/cuidado, pois envolve conhecimento específico que promove essas interfaces.

4.2.2. Atuação do profissional enfermeiro na promoção da saúde

Na análise quantitativa, tabela 28, 96,6% dos entrevistados, consideram que a promoção da saúde, no contexto técnico do hospital, necessitaria de uma visão mais abrangente do paciente como uma totalidade e na tabela 29, 55,3% destes, consideram ser o enfermeiro, o profissional mais apto a promover esse tipo de mudança.

A questão da promoção da saúde inclui atividades e ações que visam influenciar ou promover transformações positivas na pessoa e/ou comunidade. A importância dessa questão aparece na seguinte fala de S1: “a atuação do enfermeiro na promoção da saúde, na parte educativa, é gratificante, pois, através da orientação se consegue transformações nos hábitos do paciente, pois faz com que ele se comprometa com o tratamento...”

Nesta fala, ficam claros os princípios da educação libertadora de Paulo Freire (1980) que enfatiza a educação como um ato reflexivo. A intervenção do indivíduo na realidade, se dá no momento que esse, refletindo sobre suas ações, conscientiza-se de sua responsabilidade e desenvolve atitudes, analisando-as de maneira crítica dentro de seu cotidiano. Neste momento ele se torna o sujeito dessas ações. Para o profissional enfermeiro atuar de forma adequada na promoção da saúde, deve interar-se com o ser em cuidado, além de utilizar ou aplicar seu conhecimento. A instituição hospitalar, no entanto, não enfatiza nem valoriza tais necessidades, devido ao processo de trabalho vigente, que é mais centrado em procedimentos.

Na fala de S2 nota-se sua preocupação no conhecimento do profissional para a promoção da saúde: “Não vai melhorar, não só pela experiência dos anos trabalhados ou pela parte técnica, mas pelo interesse científico. Então...haveria mudança”

Esse ponto de vista é reforçado em SANTIAGO; CARVALHO E SILVA; TONINI (2001:241) que

“no nosso cotidiano de cuidar, muitos são os procedimentos e as técnicas que executamos, mas não podemos deixar que se percam na rotina de trabalho e que se mecanize este ato. Precisamos teorizar nossa prática, pensar, refletir nossas ações do/no cuidado e fundamenta-las. Por isso, a importância e a necessidade de envolver e sensibilizar cada vez mais as enfermeiras para a pesquisa como um modo de estar em permanente renovação”.

Na colocação de S3 essa questão também foi valorizada:

infelizmente, por falta de estrutura e por falta muitas vezes da vontade do próprio enfermeiro em estudar, em ter uma outra visão, em sair do mundinho(...) Eu acho que o enfermeiro deveria ter um maior contato com o paciente, mas não o contato só do exame físico...ir lá e fazer um curativo...Mas sim, ter um tempo para ir lá e realmente avaliar as questões...mesmo sentar, bater um papo, isso infelizmente a gente não vê. Porque se você sentar ou conversar com o paciente é porque você está ‘quebrando a mão’, ‘você está enrolando’.... Então essa visão, acho que é geral, que não é só da equipe multiprofissional, é também da enfermagem. Você faz uma orientação para o paciente, quando ele está de alta e essa orientação é mais voltada para a patologia. Durante a internação, raramente o enfermeiro vai sentar ao lado do paciente e ressaltar o lado da saúde...não vai...Ele vai fazer uma orientação...algum cuidado específico em casa, de forma rápida e...tchau...pode internar outro...infelizmente é assim.

4.2.3. Liderança na equipe de saúde.

Na análise quantitativa, observou-se na tabela 46 que 49,1% dos entrevistados consideram que o profissional enfermeiro é quem deveria exercer o papel de liderança. Tais dados foram reforçados na fala de um dos entrevistados.

Liderança é a maneira como um ser humano pode expressar um potencial próprio ao se relacionar com as pessoas ou um grupo. Envolve interação, comunicação, criar e recriar valores que podem influenciar as pessoas para transformar realidades sociais como explicam SANTOS *et al.*(2001).

Nessa categoria S1 destaca: “acredito na liderança do enfermeiro, pois este tem, além da formação, seu conhecimento científico o enfermeiro está acostumado a trabalhar em equipe. Outra coisa é que o enfermeiro fica mais tempo com o paciente e o conhece como um todo”. Nesta fala o entrevistado relacionou liderança como sendo legitimada, através de uma ação relacional, de interação com a pessoa em cuidado, a tal ponto que pode dominar as questões referentes a ele e compartilhar de forma segura e fundamentada para a equipe de enfermagem e multiprofissional.

O enfermeiro deve pensar criticamente na questão liderança, pois é um exercício compreender, identificar, reconhecer fatores que determinam as ações de enfermagem, evitando portanto, riscos desnecessários para a clientela, bem como situações conflitantes e desestimulantes para a enfermagem (ERDMANN, 2001).

Além disso, o profissional enfermeiro, fazendo parte de um trabalho coletivo, se interrelaciona e, em situações de conflito ou de necessidade, reconhece seu espaço e compreende a melhor forma de tomar decisões adequadas quando necessário. Contudo, sendo tal relacionamento condicionado pelo modo de produção de saúde hospitalar e pela hegemonia do saber médico, este permanece tecnizado, rígido e com pouca flexibilidade em relação a mudanças.

Da mesma forma que a categoria anterior, o processo educativo também se mostrou padronizado, tecnizado, sem espaço para ampliar uma ingerência a partir do conhecimento proveniente das Ciências Humanas em geral ou da Psicologia, a Antropologia em particular. Pode ser aplicada a tecnologia leve, que valoriza o interrelacionamento, a troca, o vínculo, que não é dimensionada em espaço hospitalar, que só admite tecnologias duras. Segundo MERHY (1997) tecnologias duras refere-se ao atendimento centrado em procedimentos altamente medicalizado e dependente do uso intensivo de equipamentos.

4.2.4. Qualificação do saber na enfermagem.

Nesta categoria, como também na seguinte, os dados quantitativos das tabelas 24, 33, 34, 36, 37, 38 e 47 evidenciaram que o profissional enfermeiro percebe, em parte, a necessidade de conhecimento específico, porém atua de forma acrítica e passiva, correspondendo, na maioria das vezes, aos objetivos controladores da instituição. Por exemplo, alguns profissionais enfermeiros consideram como atividade inerente à profissão, em ordem de prioridade, a coordenação de equipe, como primeira e segunda respostas mais escolhidas. No entanto, a prescrição de enfermagem, configurou-se a terceira opção de resposta do profissional.

A produção de pesquisadores enfermeiros se intensifica a cada dia e os enfermeiros buscam se especializar. As Teorias de Enfermagem direcionam para que a Ciência do Cuidado na Enfermagem se configure como um modo de ocupar o espaço que lhe cabe entre as profissões que atuam na área da saúde. Porém, esse espaço não necessariamente deve ser apenas no eixo biológico em que opera a medicina, mas também para o eixo das Ciências Humanas como explicam (MEYER; WALDOW; LOPES, 1998).

Parte dessas colocações são reforçadas pelo entrevistado, quando considera (S1) “a enfermagem como ciência, enfatizando que a formação atual, está diferente, está mais voltada para o cuidado, tem mais pesquisa, é mais voltada para a busca e valorização do conhecimento.”

Tais afirmações são coerentes com a fala do S3:

Hoje eu me considero bem mais competente do que há cinco, do que há três, do que há dois anos atrás...e estou crescendo...É claro que meu desenvolvimento vai ser muito maior; não acredito na parte de habilidade técnica...aquela coisa que você tem como experiência...não isso não...A minha competência vai aumentar para um outro lado...na parte da pesquisa que ainda está em desenvolvimento.

Enquanto a maior parte dos enfermeiros desta pesquisa têm um objetivo de ampliar seus conhecimentos, como confirma a tabela 48, a rigidez da organização da prática torna, muitas vezes, tais objetivos um pouco distantes, em contexto hospitalar, uma vez que seus conhecimentos voltados ao cuidado, nem sempre se mostram coerentes com a prática desenvolvida na estrutura hospitalar dominante.

4.2.5. Competência do profissional enfermeiro no momento atual

MEYER; WALDOW; LOPES, (1998) apontam para os esforços de construção de uma legitimidade em torno da prática de enfermagem, na qual se direciona o cuidar como forma específica de um saber. Tal atividade gera autonomia de ação do enfermeiro, legitimando o cuidado como campo de conhecimento *complementar e não auxiliar em relação à prática médica*.

Na fala de S1 percebe-se a importância dessa competência: “eu vejo que consigo dar conta de forma mais tranquila de certas tarefas (...) procuro ser coerente e desenvolver as atividades que são designadas e esperadas pela instituição, como também as determinadas pelo próprio Conselho... Eu acho que poderia fazer mais coisas”.

Na fala de S2 essa questão é assim interpretada: “Eu acho que somos mal aproveitados em nosso dia-a-dia”.

Nestes casos, a responsabilidade do profissional é percebida como ampla. Contudo, em decorrência das injunções institucionais estabelecidas no hospital, esta responsabilidade torna-se restrita e o saber do enfermeiro é subutilizado. Como acreditam WALDOW, LOPES, MEYER, (1995) a Enfermagem criativa requer presença de espírito, ‘olho clínico’ e habilidade técnica, que envolvem o conhecimento que constitui a competência profissional. Para que tal competência possa ser exercida em ambiente hospitalar, no entanto, é necessária uma abertura institucional ou um espaço no processo de comunicação dos enfermeiros, que permita projetar suas experiências e institucionalizar seus anseios. É possível dizer, a partir do Hospital das Clínicas da UNICAMP, que tal espaço não existe. Por outro lado, os nossos dados revelam que ainda não há por parte dos profissionais enfermeiros, tanto assistenciais, como nas evidências, também os gerenciais, consciência política para implementar sua institucionalização.

4.2.6. Atividades inespecíficas à profissão: incumbências

É importante destacar nesta categoria, como também na seguinte, que os resultados da tabela 33 dos dados quantitativos, que indagam se já houve algum tipo de intervenção, por parte do entrevistado, de caráter inovador, que tenha provocado algum tipo de mudança na instituição. Os dados quantitativos revelam que 79,7% responderam negativamente, cabendo correlacionar à categoria em questão, quando os entrevistados foram indagados sobre a realização ou não de atividades inespecíficas à sua função primordial.

S1 destaca, nesta categoria, a realidade cotidiana dos serviços de saúde de um modo geral ao afirmar:

acho que o enfermeiro, acaba por fazer uma porção de coisas que a instituição lhe delega (...) tudo aquilo que ninguém sabe a quem cabe, acaba 'sobrando' para o enfermeiro (...) são tarefas simples que não exige formação especial como a do enfermeiro, e que poderiam estar sendo delegadas, são, ainda, cobradas do enfermeiro(...) o enfermeiro poderia ficar liberado de tudo isso, para que ele pudesse ocupar-se do cuidado.

A fala de S3 confirma o exposto acima: “a gente realiza muitas vezes o papel do serviço social, da nutrição, psicólogo, terapeuta...e fazemos o papel muitas vezes do médico...do oficial de administração. Fora de nossas atividades, a gente tem que ser este apoio...é uma perda de tempo do profissional...Eu acho que o enfermeiro não pode ser um auxiliar melhorado. Ele não é isso...a visão é outra e muitas vezes, infelizmente a gente passa por isso”.

Esse desvio da ação cuidadora, conforme relatam S1 e S3, além de traduzir a perda da autonomia no plano do saber em relação à pessoa em cuidado e à equipe de enfermagem, é conveniente sob o ponto de vista institucional, tendo em vista o modo de produção vigente que prevê a subutilização dos profissionais enfermeiros ao não reconhecer a importância do cuidado direto ao ser em cuidado e, ao utilizar seu trabalho, em atividades administrativas, burocráticas, transparecendo um falso “*status*” para manter a eficiência do controle, como já foi explicado em categoria anterior.

Em contrapartida, apesar de reconhecerem que realizam atividades inespecíficas, ao seu papel profissional, percebe-se a passividade e uma discreta acomodação em acatá-las. Porém, o que lhes caberia, ou seja, as ações de seu núcleo de competência¹, deixam de realizá-las ou não as priorizam. As atividades inespecíficas, delegadas e que são realizadas, não se ‘publicizam’ não se transformam e não são emancipadoras, além de que não induzem a instituição a refletir sobre a necessidade de revisão de processo de trabalho.

Na história da reorganização hospitalar, o médico foi colocado como o principal responsável por este fato e o enfermeiro passa a exercer funções controladoras para preservar essa centralização do poder institucional. Dessa forma, a instituição hospital tornou-se um importante mantenedor da força de trabalho, como empresa produtora de serviço, ao mesmo tempo que afasta progressivamente a enfermagem do cuidado direto, ‘delegando’ a estas atividades em benefício da manutenção da ordem e da disciplina. O profissional enfermeiro atuando tanto em atividades assistenciais ou gerenciais, imbuídos da falsa convicção de participar da esfera dominante, acatam tais atividades de forma acrítica (GEOVANINI *et al*, 1995).

A enfermagem inserida no modelo assistencial hegemônico, cujo contexto gira em torno de regras de funcionamento, se sujeita ao atendimento dessas regras e planeja suas ações mais em função de atender aos padrões estipulados ao invés de atender plenamente ao indivíduo que necessita de cuidados.

4.2.7. Atividades inespecíficas: tempo gasto

Acredito que, somente o registro da fala de S1 é o suficiente para confirmar o já exposto na categoria anterior:

eu acho que me consome bastante tempo, um tempo precioso que poderia estar voltado para o cuidado ou para a organização do cuidado, no planejamento do cuidado e, muitas vezes, eu sou interrompida durante o atendimento, durante a consulta de enfermagem (...) porque no hospital tenho que ficar fazendo atividade burocrática, administrativa que qualquer oficial de administração poderia estar resolvendo.

Esta representação expressa, a meu ver, a ingerência institucional no sentido de desviar do enfermeiro o que constitui o aspecto essencial de suas atividades, ou seja, o processo de cuidar e o cuidado.

4.2.8. Visão atual do trabalho do profissional enfermeiro

Esta categoria está correlacionada à tabela 47 dos dados quantitativos, que se refere ao autoreconhecimento do profissional na instituição. Esses dados revelam que 76,3% dos entrevistados consideram-se como ‘bons’, embora reconheçam que têm que ampliar ainda mais seu nível de conhecimento.

Na fala de S1 fica claro que vislumbrou o trabalho do enfermeiro propriamente dito, o específico, o privativo, quando refere: “atualmente vejo que consigo resolver as coisas com mais segurança, me sinto mais à vontade com as atividades que desenvolvo”.

Analiso esta fala como a percepção que este tem de seu trabalho, ou seja, o valor, ou os valores que são por este reconhecidos como essenciais e seu conhecimento e compromisso se fundem, desenvolvendo um paradigma fundamentado para as suas ações. Como explica LUNARDI FILHO & LEOPARDI (1999:74)

“a enfermagem, concebida como prática social, historicamente estruturada e socialmente articulada, não deve ser vista, apenas, como prática técnico-científica produtora de um conhecimento linear sobre o cuidar, no sentido de como realizá-lo cada vez melhor e de como organizá-lo e administrá-lo mais lógica e racionalmente”.

Na prática hospitalar, principalmente serão necessárias mudanças no processo de trabalho, como confirma S2: “o trabalho está uma coisa totalmente burocrática..”. S3 aborda a questão sobre outro aspecto, a instituição enfermagem: “Eu acho que o papel mudou e muitas coisas melhoraram...Eu acho que o COREN fez muitas coisas...Agora, o que eu vejo dentro da instituição, depende do departamento, pois dependendo deste, você tem uma característica ou terá outra...” .

4.2.9. Atitude(s) para a(s) mudança(s)

Para esta categoria, correlacionamos os dados quantitativos das tabelas 34, 37 e 48, explicitando mais especificamente na tabela 48 em que 52,73% dos entrevistados consideram que precisam melhorar seu nível de atuação, ampliar seus horizontes profissionais na enfermagem e que manifestaram a intenção de cursar pós graduação na própria área. As demais tabelas que contém dados sobre o conhecimento e interesse voltados para as políticas de saúde voltadas para o SUS e as diretrizes básicas sobre o conceito de saúde, preconizadas pela OMS, revelam dados importantes. Na tabela 34, 33,9% dos entrevistados revelam ter médio e pouco interesse pelas políticas de saúde voltadas para o SUS. Na tabela 37, 70,2%) não conhecem as diretrizes básicas voltadas para a saúde, preconizadas pela OMS. Em contrapartida, na tabela 38, 57,9% responderam que a instituição não promove, através da educação continuada, a atualização de seus conhecimentos profissionais.

As atividades de educação continuada nas instituições de saúde têm um papel importante, desde que atendam aos interesses específicos do profissional, como o sujeito de seus saberes. No entanto, o que acontece em muitas instituições é limitar as atividades da educação continuada, para interesses mais próprios da instituição, principalmente os tecnológicos e regimentais.

Sobre educação continuada, no contexto de instituições de saúde, BAGNATO (1999a: 78) entende como sendo atividades que proporcionam aos profissionais, uma análise crítico-reflexiva de sua atuação, do meio em que atua como sujeito de suas ações, buscando, implementando e participando efetivamente de alternativas para mudanças significativas nas políticas de saúde, com o propósito de contribuir para a melhoria da qualidade de assistência à saúde em benefício da população. As novas tendências tecnológicas no setor saúde, de cuidado, a multidisciplinaridade e a interdisciplinaridade são importantes para o modo de produção em um hospital moderno. Porém, as teorias organizacionais e os métodos gerenciais necessitam ser revistos. Principalmente os serviços de saúde precisam envolver-se com o compromisso, responsabilidade, solidariedade e ética para que as pessoas que atuam e necessitam destes, sejam adequadamente acolhidas. Já afirmamos anteriormente que as atitudes para as mudanças que os profissionais desejam

não são conduzidas por estas estruturas. Essa visão permeia a fala de S1: “Eu posso mudar dentro de minha prática, no meu setor de trabalho, implantando novas medidas, mas não depende só de mim, mas eu também dependo da administração do hospital e não só dessa administração, mas muito e principalmente da administração de enfermagem, de como essa administração vê o papel do enfermeiro... a partir daí fica muito mais fácil a mudança”.

Na fala de S2, seu enfoque é o seguinte: “eu acho que deveria mudar a maneira de ser feita as coisas mesmo dentro da enfermagem (...) eu acho que teria que ter um direcionamento que enfim, desse ênfase a uma coisa mais científica junto com a prática...”.

A fala de S3 reforça alguns pontos dos demais sujeitos:

... no meu caso, vou te falar pessoalmente o que eu faço: tento me especializar, me envolver, me aprofundar nas questões...Acredito também que a gerência, o departamento tem que mudar de visão...infelizmente ainda os enfermeiros não têm consciência do quanto é importante esse lado científico.. porque, se não, você fica um tocador de serviço...o enfermeiro que hoje quer crescer, que quer estudar ou que quer mudar o seu rumo, o que ele tem que fazer?...Ele tem que se sacrificar, ele tem que ter consciência disto...são pessoas iluminadas...que têm um inconformismo social...o cara tem que buscar, tem que ser um ‘fuçador’, porque se você depender de motivação da instituição....

O hospital mantém um organograma altamente hierarquizado e verticalizado, fixo na rigidez de papéis. No caso, a diretoria hospitalar e a classe hegemônica em deter o poder, os médicos, configuram o cotidiano da maioria das instituições públicas de saúde. Esse fato limita as decisões e, de certa forma, as ações dos serviços internos. Nesse sentido, MERHY (1997) afirma que, desta forma, cresce a burocracia interna engendrando novos problemas que, na maioria das vezes, não são solucionados. Com isso a capacidade dos serviços fica limitada e, conseqüentemente, os trabalhadores não se comprometem e nem se responsabilizam nesse processo, se limitando a cumprir rotinas estabelecidas de modo, muitas vezes, caótico.

MEYER (1995:75) faz, nesse sentido, uma reflexão em relação ao tema: “a consciência da dimensão do relacional que o cotidiano realça e torna indispensável, visibiliza os campos de ruptura com a ótica médica dominante com reino absoluto da técnica e vislumbra os espaços a serem ocupados pelo cuidado”.

Baseando-me nas falas dos entrevistados, a enfermagem, de um modo geral, necessita de um (re)pensar em sua prática, para que corresponda às perspectivas da categoria, que demonstra estar interessada em melhorias e mudanças.

4.2.10. Autonomia: conceituação

Vimos, até aqui, abordagens sobre os modos de fazer, conhecer, reconhecer e viver a enfermagem e identificar o ser enfermeiro. Na análise das falas percebe-se o sujeito que se auto-reconhece no dia a dia, percebe suas dificuldades, facilidades e inter-relações. A autonomia em relação ao enfermeiro pode ser também analisada em relação ao seu ato cuidador, à sua liderança em relação à equipe de enfermagem e em relação à sua heteronomia quando desenvolve suas atividades como auxiliar da prática médica.

Tais colocações servirão como base para as posteriores análises das três últimas categorias. Os dados quantitativos, em relação a esta categoria foram de extrema importância, mostrados nas tabelas 42, 43, 44 e 45. Nestas tabelas (42 e 43) foram enfatizadas questões sobre o que os entrevistados consideravam como atitudes autônomas prioritárias em suas atividades como profissionais. Nas tabelas 44 e 45 foram questionados se consideram ter autonomia e qual o grau de autonomia que consideram ter. Os dados revelam que 56,9% optaram pela alternativa gerenciamento da assistência como primeira resposta, seguida de 48,3% que optaram pela alternativa responsabilização pelo cuidado e 36,2% optaram pela alternativa prescrição de enfermagem, como a terceira atividade, por ordem de prioridade, caracterizada como atitude autônoma, como profissional

Referenciamos a fala de S1 que conceitua autonomia como sendo a “capacidade que indivíduo tem de decidir aquilo que lhe é melhor...é como andar pelas próprias pernas, sentir-se seguro para decidir”.

S2 assim expõe seu conceito:

Eu acho que para um pessoa ter autonomia, seja no que for, dirigir um carro ou jogar bola, ou trabalhar, ela tem que ter em primeiro lugar, conhecimento, tem que ter experiência, ter habilidade, tem que gostar do que faz. Se não tiver isso...esquece...E o resto, as outras coisas, se não sabe uma técnica, você vai lá e treina; qualquer robô aprende...agora...essa outra parte não...ou ela tem ou ela não tem como aprender a ter. A somatória de coisas básicas, né...são importantes para poder atuar com autonomia.

A opinião de S3 é a seguinte:

Eu acho que o enfermeiro aqui dentro, comparando com outros serviços que eu conheço particularmente, acho que ele tem uma certa autonomia, ele tem como se manifestar, ele tem uma relação razoável...e boa na área médica...Eu acho que aqui no HC, temos autonomia e o respeito profissional quando é em relação ao cuidado. Digo pela minha unidade, da equipe profissional...o enfermeiro tem o respeito do docente, do residente e da própria enfermagem.

Utilizando a terminologia de Habermas apud QUEIROZ (1988) para este comentário, percebe-se que há uma ruptura comunicativa, principalmente na fala de S1, que se manifesta pelo hiato entre o sistema hospitalar e a prática de enfermagem. Enquanto o profissional enfermeiro se vê na impossibilidade de exercer a sua autonomia, sem um espaço institucional para trazer à tona a experiência do cuidado, a prática de enfermagem aliena-se e a dimensão do cuidado torna-se uma prática que não ultrapassa o nível subjetivo da experiência individual, que ainda não se tornou institucionalizada em um processo social mais amplo.

Como explica BIANCO (1999:29) “a autonomia do profissional passa pela tomada de consciência de cada eu, pela formação da consciência do nós, isto é, a capacidade de conhecer os seus direitos e deveres, permeado por valores genéricos”. Se nos basearmos em Bianco, os conceitos de autonomia expressos por S1, S2 e S3 envolvem uma questão humana em geral e não, especificamente como profissional. Explica ainda que a autonomia está embasada na direção da vontade do indivíduo para a ação, não considerando, deste modo, a autonomia como absoluta e sim relativa, pois também depende do querer dos outros e da sociedade (BIANCO, 1999).

4.2.11. Autonomia: essencialidade no trabalho do enfermeiro

Para S1 “a autonomia é essencial, sem ela nós não conseguiríamos trabalhar e é impossível pensar a prática da enfermagem sem o poder de decidir aquilo que é melhor para o paciente”.

Para S2 a essencialidade está no conhecimento como se expressa a seguir:

se a pessoa tem conhecimento, habilidade para fazer determinadas coisas, ela vai ter autonomia e se ela tem autonomia, automaticamente ela passa isso para as pessoas que estão perto dela. Tanto o próprio paciente, quanto o docente médico; ela vai saber que você está falando aquilo e ele pode reconhecer a sua razão e o erro dele, se for o caso...Desde que você tenha segurança daquilo que você está falando, aí você fala enquanto enfermeira com argumentos.

S3 expõe com objetividade a questão: “Bom...a autonomia é colocada como essencial na medida que o profissional encara o cuidado como sua principal função. Eu, colocando o cuidado em destaque e tendo autonomia para realiza-lo, isso é essencial. Infelizmente os enfermeiros não perceberam e não percebem isto”.

Baseado no pensamento de BIANCO (1999), que usa o referencial teórico de Agnes Heller (1992), a autonomia, que não é absoluta e sim relativa, faz com que a pessoa dirija sua vontade para a ação. Porém, quando tem a autoconsciência que a ação “traz alguma coisa ao mundo” considera a autonomia como um valor ampliado para questões gerais, profissionais ou não, no aspecto de “enfrentar o contexto”. Tal termo significa “analisar, criticar, aceitar ou não fatos dentro ou fora do raio de ação profissional”.

Portanto, o quê S1 considera como autonomia no trabalho do enfermeiro, na verdade é a tomada de decisão em relação às condutas com o ser em cuidado; não podemos decidir pelo indivíduo, pois a relação na saúde não deve ser de dominação, ou seja, deve oferecer alternativas através do aspecto educativo de seus atos.

Quando perguntado se consideram possuir ou não autonomia, S1, S2 e S3 responderam que: S1: “eu exerço autonomia dentro da minha unidade na medida que eu posso escolher o que é melhor para o paciente que estou atendendo... na medida que eu busco providências para que ele seja melhor atendido em seu tratamento... quando eu

procuro a equipe médica para mostrar que alguma decisão a nível de consultório não foi adequada, ou que poderia ser melhor pensada e a equipe médica concorda... então...eu acho que eu exerço”.

De acordo com BIANCO (1999:146),

“o enfermeiro como profissional responsável pelo controle de tudo o que existe na unidade e pela equipe de enfermagem, tem uma ampla possibilidade de movimento, quando executa naturalmente o papel a ele atribuído, ou seja: o controlador, que supervisiona, o que mantém a ordem e o que obedece às ordens dadas pelos que ainda ‘acreditam’ serem os únicos responsáveis pela recuperação do doente” (BIANCO, 1999:146).

A autora refere que este tipo de autonomia é denominada “em si”.

“Então, aquilo que eu sei, eu faço; aquilo que eu tenho dúvida, eu vou resolver minha dúvida e, a partir do momento que eu vou resolver aquela dúvida, eu vou fazer com autonomia, vou estar segura para estar fazendo”.(S2)

“Eu coloquei duas respostas exatamente pelo seguinte: eu exerço autonomia em relação ao cuidado que eu presto aos pacientes; tendo segurança e conhecimento para isso. Não considero ter autonomia nas questões administrativas e em algumas atividades burocráticas, pois muita coisa não depende de mim e sim da administração de instituição...”
.(S3)

Nestas falas, percebe-se uma articulação no sentido de que pelo conhecimento do profissional, na dimensão relacional do cuidar, interagir com o outro no sentido de compartilhar, podem ocorrer possíveis alterações no esquema de atendimento. Além disso, a heteronomia às questões burocráticos-administrativas e gerenciais estão relacionadas, provavelmente, à representatividade ou à importância que se dá à representação da corporação de enfermagem na instituição.

4.2.12. Grau de autonomia

Segundo BIANCO (1999) o saber científico aumenta a autonomia relativa de qualquer profissional, de forma objetiva, porém, ao mesmo tempo pode diminuir a autonomia do outro, quando coloca a ciência tecnificada como poder de mando e isenta de valores.

A fala do S1 em relação à essa categoria não foi muito objetiva. Porém, após tornar a situar o objetivo da entrevista em relação à autonomia, este assim se expressou: “eu procuro decidir no meu dia-a-dia ...junto ou sozinha, quando tenho alguma dúvida ou quando eu acho que alguma coisa poderia ser melhor resolvida, eu procuro a equipe médica...os colegas da rede básica...para conversar...eu acho que a parte da enfermagem eu tenho respondido, eu tenho ocupado esse espaço, né...”.

S2 justifica-se da seguinte forma:

É...bom... respondi ter muita autonomia...tento desenvolver meu trabalho em paralelo ou independente do que o médico está fazendo. É isso...tem atividades que você realiza de acordo com a prescrição médica...agora...a orientação, escutar, ajudar o paciente, independe do que o médico fez ou não fez, independe da doença. Você pode estar orientando outras coisas, proporcionando um espaço, estando junto com essa pessoa e muitas vezes a patologia que o trouxe ao hospital não é a mais importante.

S3 se expressa da seguinte maneira:

Bem como já coloquei em outras respostas, a gente desenvolve muitas atividades inerentes ou não ao profissional. Considerei ter ‘alguma’ autonomia, principalmente quando as questões são na parte administrativa, pois, além de mim, tem a supervisora e a diretora da área . Em relação ao cuidado, também considerei alguma, porque se atuássemos de forma mais científica, isso toda a enfermagem da instituição, essa autonomia seria mais valorizada.

No entanto, o nível de autonomia reconhecido pela fala de S1 é restrito à relação do enfermeiro com o paciente. Não há nas representações desse profissional sintonia com a necessidade de se forjar um grau mais abrangente da autonomia, através de

uma institucionalização em espaço hospitalar da autonomia do saber de enfermagem. HABERMAS *apud* QUEIROZ, M.S. (1998) chama tal processo de ruptura comunicativa, que leva, inevitavelmente, à alienação e patologia social.

Para se forjar tal espaço público para o exercício da autonomia em ambiente hospitalar, é necessário que dois processos ocorram simultaneamente. De um lado, é fundamental que os profissionais de enfermagem, em especial o profissional enfermeiro, se organizem de modo a terem um enfoque científico do cuidado muito bem estabelecido. É evidente que tal foco contemple, como vimos, as ciências humanas ao lado das ciências biológicas e administrativas. De outro lado, é necessário que a instituição hospital abra esse espaço permeando a possibilidade de mudança de paradigma médico no qual o cuidado deixe de ser uma dimensão secundária e passe a ser entendido como complementar, em igualdade de condição diante da prática e do saber médicos.

A questão grau, acredito ser importante. Penso que a autonomia é adquirida à medida em que o indivíduo se conscientiza de que é um valor humano, que é ampliado ao se articular conhecimento, afetividade, interação e ao criar-se oportunidade de escolha do melhor modo de agir.



CONCLUSÃO

O presente estudo proporciona uma reflexão sobre a prática do profissional enfermeiro e, conseqüentemente, da equipe de enfermagem, buscando meios para a construção da autonomia profissional através do processo de cuidar. Sob este aspecto, o referencial teórico permitiu um olhar crítico para a prática atual do profissional enfermeiro, instigando-o a compreender que o espaço do cuidado lhe é dado por um direito histórico. Para legitimar tal espaço seria preciso mudar, transformar, reorganizar e reconstruir a prática de enfermagem.

Considero este estudo importante, porque aponta para um caminho de possibilidades para o profissional enfermeiro resgatar o sentido original de sua profissão no mundo contemporâneo. Tem sua relevância, por ser particularmente útil, pois o mundo já se desvencilhou de vários flagelos através da tecnologia, porém esta não substitui o cuidar humano e, automaticamente exige a participação do profissional enfermeiro.

O propósito deste estudo possibilitou uma reflexão sobre a assistência de enfermagem no sentido de se tentar alcançar um padrão de atendimento singular, individualizado, potencializando o papel cuidador do profissional, criando dessa forma, um vínculo maior entre este e o ser em cuidado.

A dimensão humana cultural encontrada na área da saúde, mais precisamente na prestação de serviços de saúde, é extremamente significativa. Tal dimensão, como vimos no desenvolvimento deste estudo, faz parte dos integrantes da instituição hospitalar e em seu processo de trabalho. O termo cultura, entre outras virtudes, é um elemento que organiza o comportamento social em vários níveis de realidade, inclusive o produtivo, influenciando as transformações ou mesmo a manutenção de uma determinada sociedade e/ou instituição.

Uma reflexão sobre aspectos culturais da prática de enfermagem em contexto hospitalar, tem por objetivo permitir um maior controle do processo de trabalho, podendo levar a uma maior autonomia profissional. Tal afirmativa pode ocorrer, se o profissional enfermeiro se propuser a romper com aquela identidade estabilizada, expressando, assim, seu significado na equipe de saúde, afastando-se de ações submissas e pouco expressivas..

O paradigma positivista-mecanicista, centrado nas ciências naturais e biológicas que dominou e domina a Medicina, tem uma tendência a não reconhecer a dimensão cultural. Tal paradigma, como sabemos através do referencial teórico utilizado neste estudo, reduz o problema da saúde e doença a uma dimensão biológica, em detrimento de uma análise das condições socioeconômicas e ambientais, além das culturais. Ao mesmo tempo, esse paradigma hierarquiza a função dos profissionais e valoriza a competência técnica e funcional, principalmente no contexto hospitalar. Essa concepção positivista vem sendo questionada principalmente pelas perspectivas multidisciplinar e interdisciplinar, que requerem ações coletivas em benefício tanto do indivíduo como da comunidade.

A análise e interpretação dos dados na abordagem quanti-qualitativa permitiu confirmar os pressupostos do estudo, no que diz respeito às limitações e possibilidades referentes ao modo de produzir enfermagem, reforçando as considerações sobre a autonomia do profissional enfermeiro no processo de cuidar.

As limitações da autonomia são mais evidenciadas, em contexto hospitalar devido, principalmente, ao processo de trabalho caracterizado pela tecnificação dos procedimentos médicos e aos aspectos históricos que condicionaram a imagem do profissional enfermeiro ao longo de sua evolução. A enfermagem, em geral, é ainda bastante submissa à hierarquia hospitalar. É significativa, nesse contexto, a ingerência institucional no sentido de desviar do profissional enfermeiro o que constitui o aspecto essencial de sua profissão: o cuidar e o cuidado. Seu papel educativo é relegado a um segundo plano e o espaço hospitalar restringe a institucionalização da autonomia do saber da enfermagem.

Outra condição limitante à autonomia do profissional enfermeiro, é sua falta de discernimento no sentido de reconhecer que a dimensão do cuidar é ampla e poderia, até certo ponto, ser introduzida em uma rotina profissional.

As possibilidades de autonomia dependem da condução do trabalho da enfermagem para uma nova lógica a respeito do modelo assistencial vigente, lógica esta que procura ampliar o paradigma positivista, porém de forma a contemplar a humanização da assistência e possibilitar a real efetivação do trabalho coletivo em saúde. Nesse novo

espaço, os enfermeiros poderiam exercer sua autonomia a partir do seu conhecimento e compromisso com o ser em cuidado tomado como um ser complexo, pois nele se concentra o biológico, o social, o emocional, o cultural e o espiritual.

É importante também admitir que as questões de saúde e doença, atualmente, são de responsabilidade de uma equipe de profissionais autônomos. As atividades da cada profissional da equipe, ao mesmo tempo que se diferencia, devem ser articuladas em torno não da doença, mas das necessidades de um ser em cuidado, tomado em sentido total.

É necessário, portanto, que estes questionamentos façam parte do cotidiano das instituições hospitalares, educacionais e da sociedade mais ampla, para que possa ocorrer uma ampliação e uma humanização do paradigma positivista.

A enfermagem está caminhando para mudanças através do (re)pensar, do (re)organizar seu saber e sua prática.

A exigência de maior capacitação das categorias de nível médio, bem como a busca de cursos de Pós-graduação deve fazer com que o enfermeiro esteja estimulado a retomar seu papel, integrando-se mais apropriadamente no processo de cuidar/cuidado.

É evidente que o diagnóstico, a terapêutica, a tecnologia são importantes, porém, o processo de cuidar e de cuidado deveria ser para o profissional enfermeiro, seu enfoque principal, que corresponde ao espaço de sua autonomia. Este profissional, tendo seu saber fundamentado cientificamente numa perspectiva interdisciplinar que inclua tanto as ciências biológicas como as humanas, poderá proporcionar uma assistência muito mais efetiva.

O resgate do cuidar, na prática profissional do enfermeiro é essencial. Mesmo no modelo clínico, no qual a instituição hospitalar se baseia, é possível a atuação do profissional enfermeiro de forma autônoma, se este se propuser a ampliá-lo, explicitando os conhecimentos próprios da Enfermagem.

Como expusemos ao longo deste estudo, o saber da Enfermagem somente poderá ser reconhecido se os profissionais se propuserem a olhar de forma crítica o seu modo de produzir enfermagem fazendo, de forma definitiva, uma ruptura com atividades alienantes do tipo 'tarefeiras', nas quais só reproduzem conhecimentos não específicos à

sua vocação histórica. A adequada humanização do paradigma mecanicista permitirá que o enfermeiro exerça a sua profissão com competência e com visibilidade social mais adequadas, permitindo exercer a sua prática com autonomia, responsabilidade e autoridade para suas necessárias tomadas de decisões em relação ao processo cuidar/cuidado a ser prestado.

A análise quanti-qualitativa deste estudo proporcionou um conhecimento sobre os enfermeiros do Hospital das Clínicas da UNICAMP – Universidade Estadual de Campinas, com foco especial dirigido à questão da autonomia. Ficou evidenciado, tanto no embasamento teórico como na pesquisa de campo, que o profissional enfermeiro, em contexto hospitalar, desempenha funções e tarefas rotinizadas centradas em um modo de produção de saúde que é alheio à sua vocação. Essa rotina passa a ser considerada, na maioria das vezes, como instrumento operacional do trabalho médico. Além disso, assume atividades burocrático-administrativas, atendendo a exigências institucionais, dentro de uma visão reducionista, baseada numa perspectiva biomédica de assistência à saúde.

A concentração de profissionais mulheres na população estudada foi de 52%, na faixa etária entre 26 a 44 anos, com uma mediana de 37,3 anos. Desta população, a maioria é advinda de instituição formadora do tipo privada, como também a maioria tem pelo menos uma habilitação. Dentro da população estudada, 72,9%, considerou-se bem sucedida na profissão e 47,4%, visualizam como prioritária, a atividade coordenação em equipe, como sendo inerente à profissão. Entre os profissionais em questão, 40,7% têm como produto final de seu trabalho a satisfação do paciente em relação à assistência prestada.

É importante reenfatar que 95,0% destes profissionais enfermeiros não participam de nenhum tipo de representação de classe e que 79,7%, não realizaram nenhuma intervenção de caráter inovador que tenha provocado algum tipo de mudança na instituição. Da mesma forma, a maioria dos profissionais enfermeiros não tem interesse em acompanhar o desenvolvimento das políticas de saúde voltadas para o SUS, bem como as diretrizes básicas voltadas à saúde preconizadas pela OMS. Ao mesmo tempo, 57,9% referem que a instituição não promove a atualização de seu conhecimento através do serviço de educação continuada.

Os dados quantitativos foram reforçados quando alguns enfermeiros se expressaram através da etapa qualitativa, como, por exemplo, em relação à satisfação no trabalho e à questão da autonomia. Observou-se, nestes casos, que o profissional enfermeiro se adapta ao esquema hospitalar instituído, porém sem um olhar crítico. Além disso, não é cobrado desses profissionais, nem ao menos de sua representação institucional, a iniciativa de qualificar o cuidado prestado, daí decorrendo uma racionalidade instrumental, sem atitudes refletidas e sem perspectivas de contribuir para a mudança de paradigma.

Como atividades autônomas, 56,9% consideraram como prioritário o gerenciamento da assistência. O interessante é que 63,8% consideram exercer autonomia, porém, quanto ao grau desta autonomia, 54,2% consideram-se com apenas alguma autonomia.

Ficou claro o reconhecimento da maioria dos profissionais enfermeiros de que necessitam melhorar seu nível de atuação, ampliando seus horizontes profissionais, pois 52,7% também pretendem cursar pós-graduação na área de enfermagem. No entanto, o aspecto educativo, que deveria ser focado como atividade inerente e prioritária, dentro da realidade do estudo, mostrou-se como uma atividade padronizada e tecnicizada. As atividades educativas, que deveriam fazer parte do cotidiano do profissional, limitam-se a orientações em relação à doença pela qual o indivíduo foi acometido. Ficou evidente também que a maioria dos profissionais pesquisados não exerce a prática de preparar o indivíduo para o autocuidado, ampliando seu nível de informações em relação à qualidade de vida.

Quando indagado sobre as atividades inespecíficas que o profissional enfermeiro realiza, ficou evidente o desvio da ação cuidadora, significando também a perda da autonomia. Devido ao modo de produção vigente, a instituição reforça sua ingerência, considerando tal desvio conveniente, pois, dessa forma, valoriza as atividades gerenciais ao estimular as ações de controle, desviando-o de sua função singular: o cuidar/cuidado.

Os dados obtidos neste estudo corroboram a idéia de que alguns fatores contribuem para reforçar o paradigma mecanicista e o modelo tarefeiro da enfermagem, existente nas instituições de saúde: o modelo hospitalar, centro hegemônico do modelo

médico; falta de uma consciência profissional sobre seus reais papéis numa equipe de saúde; a tendência da instituição hospital e da representatividade da enfermagem nas instituições, a não considerarem a complexidade e dimensão do processo cuidar/cuidado.

Ao término deste estudo, é importante salientar que os dados apresentados mostraram uma analogia com alguns aspectos importantes da Teoria da Ação Comunicativa de Habermas. Minha opção em trazer, timidamente alguns aspectos dessa Teoria, foi porque esse filósofo reconhece o indivíduo como um elemento fundamental ao mundo da vida. O processo de racionalidade e controle da natureza, característicos do modelo positivista, fragmenta esse indivíduo, ocorrendo uma distorção comunicativa sistemática entre a teoria e a postura da Medicina, em favor do ser humano.

Desse modo, a instituição hospitalar pode ser percebida como um sistema que se impõe sobre os conhecimentos da área de enfermagem, colonizando-a, sem permitir o encontro com a sua vocação histórica, centrada no cuidar e no cuidado. Essa condição dificulta sobremaneira a ação dos profissionais de enfermagem em contexto hospitalar, que atuam sem poder resgatar a dimensão do cuidado e sem poder influir no “*status quo*”. Dessa forma vêm-se diante de uma ruptura ou distorção comunicativa e, conseqüentemente, diante de um processo de alienação. Desse modo, o trabalho do profissional enfermeiro acaba por atender meramente às necessidades institucionais estabelecidas, não atuando como nova força instituinte capaz de operar as mudanças que se fazem necessárias à evolução da área da saúde e emancipação tanto do profissional enfermeiro como do ser em cuidado. A acomodação, a resignação e muitas vezes, a aceitação acrítica da realidade parece estar relacionada à falta de consciência sobre as bases que fundamentam e que fundamentaram o ser – o fazer - o saber da enfermagem.

Fica evidente que a autonomia do profissional enfermeiro se concretiza a partir do ser profissional (a vontade do indivíduo para a ação) e é necessário que isso se dissemine, de modo a propiciar a formação na consciência do nós enquanto profissionais, do nós, profissional+ser em cuidado e também do nós sujeitos de uma nova sociedade.

A capacidade de discernimento do profissional enfermeiro é um importante requisito para compreender o paradigma adotado no cotidiano e o que o define como tal. Isto o habilita a responder às questões: o que faço, para que faço, como faço e para quem?

É importante lembrar, nesse contexto, que há mais de cem anos Florence Nightingale revolucionou a assistência de enfermagem prestada até então, trabalhando para uma nova consciência de conceitos em relação à profissão. Acredito que a situação enfrentada pelo profissional enfermeiro nos dias de hoje está associada ao mesmo tipo de redefinição histórica de seu papel, agora relacionada, de certa forma, à recusa de atuar como uma prática subsidiária ao paradigma reducionista biomédico, principalmente em contexto hospitalar.

Essa visão foi reforçada e implementada por muitas décadas, nos centros formadores da sociedade ocidental, como afirma BIANCO (1999:30)

“os profissionais enfermeiros foram formados desde muito tempo – e até os dias de hoje – para serem submissos à hierarquia hospitalar. Seu papel baseou-se em ser governante (a mão que operacionaliza a administração) das instituições de saúde, legitimado em seu saber baseado nas técnicas científicas, nas normas, ritos, rotinas, procedimentos, que ainda povoam o interior das escolas”...

Esse assunto não se esgota com este estudo, aliás, acredito estarmos na etapa inicial, tendo em vista a insuficiência de debates sobre o tema na literatura específica. Seria importante estudos mais frequentes que reflitam sobre a autonomia do profissional enfermeiro e seu efetivo papel na equipe de saúde.

No entanto, ao final desta experiência, pude perceber que, este estudo pode contribuir de alguma forma para facilitar a busca de caminhos estratégicos para o agir de forma diferente, ou seja, mais crítico e com fundamentação científica.

Através do seu saber, o profissional enfermeiro reconhece o seu modelo de atuação, para que seu fazer lhe dê visibilidade, ou seja, mostre o seu ser e proporcione mudanças importantes no modo de produzir enfermagem, exercendo efetivamente sua autonomia.



SUMMARY

THE PROFESSIONAL'S AUTONOMY CONSTRUCTION: NURSE'S WORK IN THE HOSPITAL CONTEXT

This study identifies factors that interfere in the quality of nursing in an university hospital considering the health care, historic development of nursing and its cares, the process works that is developed, its organization and starting from this, the importance of nurse's critic reflection. While people revalue continuously its practice.

This way of acting would bring as a result, away modified values procedurs wich are necessary to interfere in the quality in the process of nursing work, linked to the act of taking care, essence of the nursing work in health, emphasizing the autonomy as an important factor to be rescued of the done nursing labor.

Through a quantitative and a qualitative approach, are being emphasized questions about the place that the nurse has in his work, the satisfaction in being a nurse, its responsibility and his autonomy in taking care as a condiction to determine its way of being, act and know.

Finally, it's proposed a revolution in the method the nurse's work to stimulate his compromise wich health, and obtain more satisfaction in the professional labor. Moreover is demonstrated expressives necessities and reflexives postures and a larger knowledge to have an irreplaceable professional in a social context.

This study was developed in a public hospital in Campinas, contry-side of São Paulo with nurses working in many areas like in first aid clinics, using a standard questionnare with quantitative analyses and the execution of an interview in the qualitative approach.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALFARO-LEFEVRE, R. - **Pensamento crítico em enfermagem: um enfoque prático.** Porto Alegre, Editora Artes Médicas, 1996. 190 p.
- ALMEIDA, M.C. P. & ROCHA, S. M. M. - Considerações sobre a enfermagem enquanto trabalho. In: _____ (org.) **O Trabalho de enfermagem.** São Paulo, Cortez, 1997.p. 15-26.
- ANGERAMI, E.L.S. & CORREIA, F.A. - Em que consiste a enfermagem?. **Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.** São Paulo, 23:337-344, 1989.
- BAGNATO, M.H.S. - Educação continuada na área de saúde: uma aproximação crítica. In: _____; COCCO, M.I.M.; DE SORDI, M.R.L. (coord.). **Educação, saúde e trabalho: antigos problemas, novos contextos, outros olhares.** Campinas, Editora Alínea, 1999a. p. 71-98.
- BAGNATO, M. H. S. - Fazendo uma travessia: em pauta a formação dos profissionais da área de saúde. In: _____; COCCO, M. I. M.; DE SORDI, M. R. L. (coord.) **Educação, saúde e trabalho: antigos problemas, novos contextos, outros olhares.** Campinas, Editora Alínea, 1999b. p. 9-24.
- BARDIN, L. - **Análise de conteúdo.** Lisboa, Edições 70, 1977.
- BAREMBLIT, G. - **Compêndio de análise institucional e outras correntes: teoria e prática.** Rio de Janeiro, Editora Rosa dos Ventos, 1992. 275 p.
- BIANCO, M. H. B. C. - **Construção da autonomia do enfermeiro no cotidiano – um estudo etnográfico sob o referencial teórico de Agnes Heller.** Ribeirão Preto, 1999. [Tese – Doutorado – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade Estadual de São Paulo].
- BOHN, H.I. - **Cultura de sala de aula e discurso pedagógico.** In: **Faces do saber: desafios à educação do futuro.** Florianópolis, Insular, 2002. p. 99-115. 224 p.
- BORDIEU, P. - **A miséria do mundo.** Petrópolis, Vozes, 1997. 266 p.

- BUENO, E. - **Avaliação e controle da qualidade do trabalho médico como estratégia de mudança no modelo assistencial em ambulatórios públicos.** Campinas, 2000. [Tese Doutorado – Faculdade de Ciências Médicas – Universidade Estadual de Campinas].
- CAPELLA, B. B. - Profissionalização da enfermagem: uma necessidade social. **Revista Brasileira de Enfermagem**, 1: 161-68, 1988.
- CAPRA, F. - **O ponto de Mutação.** São Paulo, Cultrix, 1999. 447 p.
- CARBONI, R. M. - O compromisso do enfermeiro com a divulgação da pesquisa em enfermagem. In: ENCONTRO DE ENFERMEIROS DE HOSPITAIS DE ENSINO DO ESTADO DE SÃO PAULO. 5, São Paulo, 1999, **Anais**. São Paulo, 1999. p. 292-94.
- CAMPOS, G. W. S. - Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre o modo de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. **Agir em Saúde: um desafio para o público.** São Paulo, Hucitec, 1997, p. 229-266.
- CAMPOS, G.W.S. - Modelos assistenciais e unidades básicas de saúde: elementos para debate. In: _____; MERHY, E.E.; NUNES, E. **Planejamento sem normas.** São Paulo, Hucitec, 1989. p. 53-60.
- CARAPINHEIRO, G. - **Saberes e poderes no hospital: uma sociologia dos serviços hospitalares.** Porto, Editora Afrontamento, 1993.
- CARRARO, T. E. - **Enfermagem e assistência: resgatando Florence Nightingale.** Goiânia, AB Editora, 1997. 125 p.
- CASTORIADIS, C. A. - A lógica dos magmas e a questão da autonomia. In: **As Encruzilhadas do Labirinto/2: Os domínios do homem.** Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1987.
- CECCIM, R.B. - A ciência e a arte de um saber-fazer em saúde. In: MEYER, D.E.; WALDOW, V.R.; LOPES, M.J.M. **Marcas da diversidade: saberes e fazeres da enfermagem contemporânea.** Porto Alegre, Artes Médicas, 1998. p. 87-102.

- COCCO, M. I. M. - **Reestruturação produtiva e o setor saúde: trabalhadores de enfermagem em saúde coletiva**. Ribeirão Preto, 1997. [Tese de Doutorado – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade Estadual de São Paulo].
- CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM - **Principais Legislações para o exercício da enfermagem**. São Paulo, COREN, 1999.
- CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM - Programa do Conselho Internacional de Enfermagem quer enfermeiro como líder. **Revista COREN-SP, 37: 8-12, 2001.**
- CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM. - Sistematização da assistência de enfermagem: reflexão sobre o que somos, fazemos e teremos que assumir. **Revista COREN-SP, 38: 16-20, 2002.**
- CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM. - Número de enfermeiros no Estado de São Paulo e na cidade de Campinas. (Internet), Campinas, fev. 2002. Disponível em: www.corensp.org.br . Acesso em 6 jan. 2002.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. – Número de enfermeiros no Brasil. (Internet), Campinas, marco 2002. Disponível em: www.portal.cofen.gov.br. Acesso em 14 de fev.2002-02-19
- CONTANDRIOPOULLOS, A. P. - Reformar o sistema de saúde: uma utopia para sair do status quo inaceitável. **Revista Saúde em Debate – CEBES, 49/50: 53-64, 1996.**
- CRUZ, D. A. L. M. da. - Contribuições do diagnóstico de enfermagem para a autonomia do enfermeiro. In: **Diagnóstico na prática de enfermagem**. Brasília, ABEn (Série Didática: Enfermagem no SUS), 1997.
- DÂMASO, R. - Cursos e discursos com a enfermagem: contribuição sócio analítica. **Revista Enfermagem da Universidade Estadual do Rio de Janeiro, 3: 101-107, 1995.**
- DEGANI, V. C. - Vigilância à saúde: uma breve reflexão sobre a saúde individual e coletiva. **Revista Gaúcha de Enfermagem, 20: 49-57, 1999.**

- DIAS, M. A A D. & JUICE, K. - Primary Nursing –qualidade no cuidado de enfermagem. In: ENCONTRO DE ENFERMEIROS DE HOSPITAIS DE ENSINO DO ESTADO DE SÃO PAULO. 5, São Paulo, 1999. **Anais.** São Paulo, 1999. p. 245-250.
- DOMINGUES, C. U.; ATTADEMO, M. C. F. - Identificando o interesse e dificuldades do enfermeiro em cursar especialização. In: ENCONTRO DE ENFERMEIROS DE HOSPITAIS DE ENSINO DO ESTADO DE SÃO PAULO. 5, São Paulo, 1999. **Anais.** São Paulo, 1999. p. 295-305.
- DORNELLES, S.S. - Economia e política da ordem médica – parte III: Processo de trabalho e organização trabalhista. In: SANTOS, I.; FIGUEIREDO, N.M.A.; DUARTE, M.J.R.S.; SOBRAL, V.R.S.; MARINHO, A.M. **História da enfermagem: versões e interpretações.** Rio de janeiro, Revinter, 1995. 205p.
- DUARTE, M.J.R.S. - O compromisso social e o espaço profissional do enfermeiro. In: SANTOS (org); _____ FIGUEIREDO, N.M.A.; SOBRAL, V.R.S.; MARINHO, A.M. In: **Enfermagem fundamental: realidades, questões, soluções.** São Paulo, Ed. Atheneu, 2001. p. 111-122.
- ERDMANN, A. L. - Administração do processo de trabalho e da assistência de enfermagem. In: SANTOS (org); FIGUEIREDO, N.M. A.; DUARTE, M.J.R.S.; SOBRAL, V.R.S.; MARINHO, A.M. In: **Enfermagem fundamental: realidade, questões, soluções.** São Paulo, Editora Ateneu, 2001. p. 143-155.
- EGRY, E. Y. - **Saúde Coletiva: construindo um novo método em Enfermagem.** São Paulo, Ícone Editora. 1996. 144p.
- ELLIS, J. R. & HARTLEY, C. L. - **Enfermagem contemporânea: desafios, questões e tendências.** Tradução de M. V. G. da Silva. 5 ed. Porto Alegre, Artmed ed., 1998, 447 p.
- ETZIONI, A. - **Organizações modernas.** Tradução de M. M. Leite. São Paulo, Pioneira. 1989.
- FAZENDA, I. (org.); SILVA JÚNIOR, C.A.; FENELON, D.; MASINI, E.; FRIGOTTO, G.; MARTINS, J.; ANDRÉ, M.; NORONHA, O.; LUNA,S.; GAMBOA, A.S. - **Metodologia da pesquisa educacional.** 7ª ed. São Paulo, Cortez, 2001.v. 11, 174 p.

- FOUCAULT, M. - **Microfísica do poder**; organização e tradução de Roberto Machado. 7ª ed. Rio de Janeiro, Edições Graal, 1988.
- FRANCO, L. H. R. U. - A política organizacional de serviço de enfermagem em hospitais de ensino. **Revista Brasileira de Enfermagem**. 38(2): 197-203, 1985.
- GAUTHIER, J. & HIRATA, M. - A enfermeira como educadora. In: SANTOS (org.); DUARTE, M.J.R.S.; FIGUEIREDO, N.M.A.; SOBRAL, V.R.S.; MARINHO, A. M. **Enfermagem fundamental: realidades, questões, soluções**. São Paulo, Ed. Atheneu, 2001. 301 p.
- GEOVANINI, T.; MOREIRA, A.; DORNELLES, S.; MACHADO, W.C.A. - **A História da enfermagem: versões e interpretações**. Rio de Janeiro, Revinter, 1995. 205 p.
- GEORGE, J. B. et cols. **Teorias de enfermagem: dos fundamentos à prática profissional**. Tradução de A. M. V. Thorell, 4ª ed. Porto Alegre, Artes Médicas Sul, 2000. 375p.
- GOMES, E.L.R. - **Administração em enfermagem: constituição histórico social do conhecimento**. Ribeirão Preto, 1991 [Tese de Doutorado - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.
- HABERMAS, J. - O impasse do presente: os limites da fé e do conhecimento no mundo contemporâneo. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 6 feve., 2002. Caderno Mais!. p. 04-11.
- HALL, S. A identidade em questão. In: **A identidade cultural na pós modernidade**; tradução de T. T. da Silva e G. L. Lauro, 6ª ed. Rio de Janeiro, Ed. DP&A, 2001, 104 p.
- HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS – Missão do Hospital. (Internet), Campinas, jan, 2002. Disponível em: www.hc.unicamp.br/institucional/missao.htm . Acesso em 16/01/2002.
- HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS – Dados Estatísticos – Indicadores do HC. (Boletim Informativo), Campinas, Jan/fev/mar/2001.

- HORTA, W.A. - **Processo de enfermagem**. São Paulo, Editora da Universidade de São Paulo, 1979. 99 p.
- IDE, C. A. C. - Tendência dos modelos de intervenção em enfermagem. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM. 48°. São Paulo, 1996. **Anais**. São Paulo, 1996. p. 216-220.
- KOHLRAUSCH, E. - O modelo assistencial clínico e algumas possibilidades de fazer diferente. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. 20: 70-85, 1999.
- KOHLRAUCH, E.; ROSA, N. G. - Relacionando os modelos assistenciais e as tendências pedagógicas em saúde – subsídios para a ação educativa da enfermeira. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. 20: 113-122, 1999.
- L'ABBATE, S. - Comunicação e educação: uma prática de saúde. In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo, Hucitec, 1997, p.267-292.
- LEOPARDI, M. T. - **Método de assistência de enfermagem: análise da utilização de instrumento no processo de trabalho**. Ribeirão Preto, 1991 [Tese de Doutorado – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade Estadual de São Paulo].
- LIMA, M. A D. S. & ALMEIDA, N. C. P. - O trabalho de enfermagem na produção de cuidados de saúde no modelo clínico. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. 20: 80-101, 1999.
- LUNARDI FILHO, W.D. & LEOPARDI, M.T. - **O trabalho da enfermagem: sua inserção na estrutura do trabalho geral**. Rio Grande, 1999. 84p.
- LUNARDI, V.L. - A sanção normalizadora e o exame: fios visíveis/invisíveis na docilização dos corpos das enfermeiras. In: WALDOW, V.R.; LOPES, M.J.M.; MEYER, D.E. **Maneiras de cuidar maneiras de ensin: a enfermagem entre a escola e a prática profissional**. Porto Alegre, Artes Médicas, 1995. p. 79-108.
- MACHADO, W.C.A. - A enfermagem moderna. Parte IV – Reflexão sobre a prática profissional do enfermeiro. In: _____; GEOVANINI, T.; MOREIRA, A.; DORNELLES, S.; **A história da enfermagem: versões e interpretações**. Rio de Janeiro, Revinter, 1995a. 181-185 p.

- MACHADO, W.C.A. - A medicalização do sistema de saúde. In: _____; GEOVANINI, T.; MOREIRA, A.; DORNELLES, S. **A história da enfermagem: versões e interpretações**. Rio de Janeiro, Revinter, 1995b. 193-204 p.
- MACHADO, W.C.A. - Reflexão sobre a prática profissional do enfermeiro. [editorial] Parte IV. In: _____; GEOVANINI, T.; MOREIRA, A.; DORNELLES, S. **A história da enfermagem: versões e interpretações**. Rio de Janeiro, Revinter, 1995c. 165-170 p.
- MERHY, E.E.; ONOCKO, R. - **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo, Hucitec, 1997. 385 p.
- MERHY, E.E. *A rede básica como uma construção da saúde pública e seus dilemas*. In: _____; ONOCKO, R. **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997. 385 p. 197-228.
- MERHY, E.E. e cols. - Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde. In: _____; ONOCKO, R. **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo, Hucitec, 1997. p.112-137.
- MERHY, E. E. - Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: _____; ONOCKO, R. **Agir em Saúde: um desafio para o público**. São Paulo, Hucitec, 1997. p. 71-111.
- MERHY, E. E. - A perda da dimensão cuidadora na produção de saúde. In: CAMPOS, G. W. S. (org.) **Sistema de saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público**. São Paulo, Xamã, 1998. p. 103-120.
- MERHY, E.E. - Em busca de qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida... In: CECÍLIO, L.C.O. (org.); _____; CAMPOS, G.W.S. **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo, Hucitec, 1994. p. 117-160.
- MEYER, D.E. - Espaços de sombra e luz: reflexões em torno da dimensão educativa em enfermagem. In: _____; WALDOW, V. R.; LOPES, M. J. M. **Marcas da diversidade: saberes e fazeres da enfermagem contemporânea**. Porto Alegre, Artes Médicas, 1998. p.43-52.

- MEYER, D.E.; WALDOW, V.R.; LOPES, M.J.M. - **Marcas da diversidade: saberes e fazeres da enfermagem contemporânea**. Porto Alegre, Artes Médicas, 1998. 241p.
- MEYER, D.E. - A formação da enfermeira na perspectiva do gênero: uma abordagem sócio histórica. In: WALDOW, V. R.; LOPES, M. J. M.; _____. **Maneiras de cuidar maneiras de ensinar: a enfermagem entre a escola e a prática profissional**. Porto Alegre, Artes Médicas, 1995. p. 63-78.
- MINAYO, M. C. S. - **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo, Hucitec, 2000. 7ª ed – Abrasco. 269 p.
- MINTZBERG, H. - **Criando organizações eficazes: estruturas em cinco configurações**. São Paulo, Atlas, 1995.
- MORIN, E. - **A cabeça bem feita: repensar a reforma, reformar o pensamento**. Tradução de E. Jacobina. Rio de Janeiro, Bertrand Brasil, 2001. 3ª ed. 128 p.
- NIGHTINGALE, F. - **Notas sobre enfermagem**. São Paulo, Cortez, 1989. 174p.
- NUNES, W. A. - **Do Cuidar com Tecnologia à Tecnologia do Cuidar**. São Paulo, 1999.[Tese de Doutorado – Escola de Enfermagem da Universidade Estadual de São Paulo].
- PADILHA, M. I. C. S.; SOBRAL, L. V.; SILVEIRA, M. F. A. - Histórias do cuidado e da enfermagem. In: SANTOS, I.; FIGUEIREDO, N.M.A.; DUARTE, M.J.R.S.; _____. **Enfermagem fundamental: realidade, questões, soluções**. São Paulo, Ateneu, 2001. 302p.
- PEREIRA, R.C.J.; GALPERIM, M.R.O. - Cuidando – ensinando – pesquisando. In: WALDOW, V.R.; LOPES, M.J.M.; MEYER, D.E. **Maneiras de cuidar maneiras de ensin: a enfermagem entre a escola e a prática profissional**. Porto Alegre,, Artes Médicas, 1995. p. 189-203.
- QUEIROZ, M.S. - O paradigma mecanicista da medicina ocidental moderna: uma perspectiva antropológica. **Revista de Saúde Pública**. 20:309-17, 1986.
- QUEIROZ, M.S. - Representações Sociais: uma perspectiva crítica a partir da Teoria da Ação Comunicativa de Habermas. Campinas, UNICAMP, 1998 (FAPESP – CNPQ).

- QUEIROZ, M.S.; CAMPOS, G.W.S.; MERHY, E.E. - Rede básica de serviço de saúde: médicos e suas representações sobre o serviço. **Revista de Saúde Publica**. 26(1): 30-40. 1992.
- ROCHA, S. M. M.; LIMA, R.A. G.; SCOCHI, C.G.S.; VENDRÚSCULO, D.M.S. - Tendências dos modelos de intervenção em enfermagem. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM 48, São Paulo, 1996. **Anais** São Paulo, 1996. p. 208-215
- SÁ, A C. - **O cuidado emocional em enfermagem**. São Paulo, Robe Editora, 2001. 114 p.
- SANTANA, J. P. - Recursos Humanos: desafios para os gestores dos SUS. – Divulgação **Saúde para Debate**. 14: 33-36.1996.
- SANTIAGO, L.C.; CARVALHO E SILVA, A.L.; TONINI, T. Semiologia – teorias e tecnologias do/no cuidado com o corpo. In: SANTOS, I.(org.); FIGUEIREDO, N.M.A.; DUARTE, M.J.R.S.; SOBRAL, V.R.S.; MARINHO, A.M. **Enfermagem fundamental: realidades, questões, soluções**. São Paulo, Ed. Atheneu, 2001. p. 227-244.
- SANTOS, I. (org); FIGUEIREDO, N.M.A.; DUARTE, M.J.R.S.; SOBRAL, V.R.S.; MARINHO, A.M. - **Enfermagem Fundamental: realidades, questões, soluções**. São Paulo, Ed. Atheneu, 2001. 301p.
- SANTOS FILHO, J. C.; GAMBOA, S. S. - **Pesquisa educacional: quantidade e qualidade**. São Paulo, Cortez, 2000. 111p.
- SEGRE, M.; LEOPOLDO E SILVA, F.; SCHRAMM, F. R. - O contexto histórico, semântico e filosófico do princípio da autonomia. **Revista Bioética**. Publicada pelo CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA 1(6): 15-23, 1998.
- SILVA, A X. S. - Enfermeiro: autônomo ou subsidiário. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM. 31, Fortaleza, 1979. **Anais**. Ceará. p. 71.
- SILVA, A. L. - O saber nightingaleano no cuidado: uma abordagem epistemológica. In: WALDOW, V. R.; LOPES, M. J. M.; MEYER, D. E. **Maneiras de cuidar maneiras de ensinar: a enfermagem entre a escola e a prática profissional**. Porto Alegre, Artes Médicas, 1995. p. 41-60.

- TRIVIÑOS, N. S. - **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação.** São Paulo, Atlas, 1987. 175p.
- WALDOW, V. R.; LOPES, M. J. M.; MEYER, D. E. - **Maneiras de cuidar maneiras de ensinar: a enfermagem entre a escola e a prática profissional.** Porto Alegre, Artes Médicas, 1995. 203p.
- WALDOW, V. R. - Examinando o conhecimento na enfermagem. In: _____; MEYER, D.E. LOPES, M.J.M. (orgs). **Marcas da diversidade: saberes e fazeres da enfermagem contemporânea.** Porto Alegre, Artes Médicas, 1998. 241 p.
- WALDOW, V.R. - Cuidar/cuidado: o domínio unificador da enfermagem. In: _____; LOPES, M. J. M.; MEYER, D. E. **Maneiras de cuidar maneiras de ensinar: a enfermagem entre a escola e a prática profissional.** Porto Alegre, Artes Médicas, 1995. p.07-30.
- WALDOW, V.R. - Examinando o conhecimento na enfermagem. In: MEYER, D.E.; _____; LOPES, M.J.M. **Marcas da diversidade: saberes e fazeres da enfermagem contemporânea.** Porto Alegre, Artes Médicas, 1998. p. 53-85.



FONTES CONSULTADAS

ALMEIDA, M. C. P. & ROCHA, J. S. Y. - **O saber da enfermagem e sua dimensão prática.** São Paulo, Cortez, 1989. 128 p.

CILENE A. COSTARDI IDE - Tendências dos modelos de intervenção em enfermagem. In: ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM, 48º CBEn, São Paulo, 1996. **Anais.** São Paulo, 1996. p.216-220.

SEMIRAMIS M. DE MELO ROCHA *et al.* - Tendências dos modelos de intervenção em enfermagem. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM, 48º CBEn, São Paulo, 1996. **Anais.** São Paulo, 1996. p. 208-215.

BAGNATO, M. H. S.; COCCO, M. I. M.; DE SORDI, M. R. L. (coord.) - **Educação, saúde e trabalho: antigos problemas, novos contextos, outros olhares.** Campinas, Editora Alínea, 1999. 132 p.

BIRMAN, J. - **Entre Cuidado e saber de si: sobre Foucault e a psicanálise.** Rio de Janeiro, Relume Dumará, 2000. p.105.

BOHN, H.I.; SOUZA, O. (org). - **Faces do saber: desafios à educação do futuro.** Florianópolis, Insular, 2002. 224 p.

CAMPEDELLI, C. (org); BENKO M.A.; CASTILHO, V.; CASTELLANOS, B.E.P.; GAIDZINSKI, R.R.; KIMURA, M. - **Processo de enfermagem na prática.** São Paulo, Editora Ática, 1989. 136 p.

CAMPOS, G. W. S. C. - **Reforma da reforma: repensando a saúde.** São Paulo, Hucitec, 1992. 220 p.

CASTRO, I. B. C. - **O papel social do enfermeiro: realidades e perspectivas de mudanças.** In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM. Porto Alegre. 34, 1982. **Anais.** Porto Alegre, 1982. p. 33-52.

CECÍLIO, L.C. O.(org.); MERHY, E.E; CAMPOS, G.W.S.; _____. - **Inventando a mudança na saúde.** São Paulo, Hucitec, 1994. 334 p.

CHAUÍ, M. - **Convite à filosofia.** São Paulo, Ática, 2000. 440 p.

- CONTANDRIOPOULLOS, A- P.; CHAMPAGNE, F.; POTVIN, L.; DENIS, J-L;
BOYLE, P. - **Saber preparar uma pesquisa: definição, estrutura e financiamento.**
3 ed. São Paulo, Hucitec, Rio de Janeiro, ABRASCO, 1999. 216P.
- COSTA, A. M.; CREUTZBERG, M. - Interdisciplinaridade: percepção de integrantes de
um programa de promoção e atenção à saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, 20:
58-69, 1999.
- DEMO, P. - **Educar pela pesquisa.** Campinas, Autores Associados, 1996.
- DAYRELL, J. (org) - **Múltiplos olhares: sobre a educação e cultura.** Belo Horizonte, Ed
UFMG, 1996. 194 p.
- FERREIRA-SANTOS, C. A. - **A Enfermagem como profissão: estudo num hospital-
escola.** São Paulo, Pioneira, 1973. 176 p.
- FERNANDES, J. D. - A Enfermagem no ontem, no hoje e no amanhã. **Revista Brasileira
de Enfermagem**. 38: 43-48. 1985.
- FIGUEIREDO, N. M. A.; FRANCISCO, M. T.; SILVA, T. C. M. - **(Trans)cuidar:
(re)visitando a administração de Taylor – um outro paradigma.** Rio de Janeiro,
Gráfica UERJ, 1996. 88 p.
- FIGUEIREDO, N. M. A. - **O corpo da enfermeira: instrumento do cuidado da
enfermagem – um estudo sobre representações de enfermeiras.** Rio de Janeiro,
1994. [Tese de doutorado – Escola de enfermagem Ana Nery da Universidade
Federal do Rio de Janeiro].
- FRAGA, M.N. - **A prática de enfermagem – subordinação e resistência.** São Paulo.
Cortez, 1993.
- FONSECA, J. S. & MARTINS, G.A. - **Curso de estatística**, 5 ed. São Paulo, Atlas. 317 p.
- FREIRE, P. - **Conscientização: teoria e prática da libertação.** São Paulo, Ed. Moraes,
1980. 102 p.
- GAUTHIER, J. H. M.; CABRAL, I.E.; SANTOS, I.; TAVARES, C. M. M.; - **Pesquisa em
enfermagem – Novas metodologias aplicadas.** Rio de Janeiro, Guanabara Koogan,
1998. 302 p.

- GONÇALVES, R.B.M. - **Medicina e história, raízes sociais do trabalho médico.** São Paulo, 1979. [Dissertação de Mestrado - Faculdade de Medicina da Universidade Estadual de São Paulo].
- GOMES, E.L.R. - **Administração em enfermagem: constituição histórico-social do conhecimento.** Ribeirão Preto, 1991. [Tese de Doutorado – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade Estadual de São Paulo].
- HALL, R.H. - **Organizações: estrutura e processos.** Rio de Janeiro, Prentice-Hall do Brasil, 1984.
- HALL, S. - **A identidade cultural na pós-modernidade.** Tradução de T. T. da Silva e G. L. Lauro. 6ª ed. Rio de Janeiro, DP&A, 2001. 104 p.
- LOPES, M.J.M. - Do poder normativo à concepção de desenvolvimento humano- a busca da sustentabilidade em saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem.** 20:123-129.
- LUNARDI, V. L. - **História da enfermagem: rupturas e continuidades.** Pelotas, Editora Universitária, 1998. 74 p.
- LUZ, M.T. - **A arte de curar versus a ciência das doenças. História social da homeopatia no Brasil.** Dynamis editorial – ABRASCO, 1996.
- MORIN, E. - **O método: a vida da vida.** 2 ed. Lisboa, Publicações Europa-América, 1989. 437 p.
- MOTTA, F.C. - **Teoria Geral da Administração: uma introdução.** São Paulo, Livraria Editora Pioneira, 1975.
- PONTES, M. - Gerir cuidados de Enfermagem para a garantia de qualidade dos serviços de saúde. In: **Nursing**, 116: 32-33. 1997.
- QUEIROZ, M. S. - O paradigma mecanicista da medicina ocidental moderna: uma perspectiva antropológica. **Revista Saúde Pública.** 20(4):309-17. 1986.
- QUEIROZ, M. S. - Contribuições da antropologia à medicina: uma revisão de estudos no Brasil. **Revista Saúde Pública.** 20(2): 141-51, 1986.
- QUEIROZ, M.S. - Perspectivas teóricas sobre medicina e profissão médica: uma proposta de enfoque antropológico. **Revista de Saúde Pública.** 25(4): 318-325. 1991.

- SOBRAL, V.R.S. - A purgação do desejo: memórias de enfermeiras.** [Tese de doutorado – Faculdade de Enfermagem Ana Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro]. 1994.
- SPOSITO, M.P. - Juventude: crise, identidade, escola.** In: **BOHN, H.I. Faces do saber: desafios à educação do futuro.** Florianópolis, Insular, 2002. 224 p.
- TEIXEIRA, I.C. - Os professores como sujeitos sócio-culturais.** In: **DAYRELL, J. (org). Múltiplos olhares: sobre a educação e cultura.** Belo Horizonte, Ed UFMG, 1996. 194 p.
- WALDOW, V. R.; LOPES, M.J.M.; MEYER, D.E. - Maneiras de cuidar, maneiras de ensinar: a enfermagem entre a escola e a prática profissional.** Porto Alegre, Artes Médicas, 1995. 203p.
- WALDOW, V. R. - Cuidado humano: o resgate necessário.** Porto Alegre, Sagra Luzzatto, 1998. 204 p.



ANEXOS

ANEXO 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Projeto: "O olhar do enfermeiro sobre sua autonomia no ato cuidador e sua importância na constituição como sujeito no processo de trabalho em enfermagem".

RESPONSÁVEL: Prof. Dr. Marcos de Souza Queiroz

ORIENTANDA/ PESQUISADORA: Flora Marta Giglio Bueno

Eu, _____, enfermeiro(a), _____ anos de idade, RG nº _____, residente à _____, servidora regularmente contratada, com matrícula _____, exercendo minhas atividades profissionais na unidade _____, do Hospital de Clínicas da UNICAMP, concordo em participar da pesquisa em questão, que tem por finalidade refletir sobre vários aspectos da prática do profissional enfermeiro e procurar conhecer até que ponto o enfermeiro considera a autonomia como algo importante no seu trabalho, estando ciente de que:

- 1) serei solicitada(o) a responder um questionário com 37 questões;
- 2) recebi e receberei resposta a qualquer pergunta e esclarecimento acerca dos assuntos relacionados com a pesquisa;
- 3) caso não concorde em participar da pesquisa, poderei me recusar a qualquer momento, sem que me acarrete nenhum tipo de problema referente a esta recusa;
- 4) tenho a garantia do sigilo e do caráter confidencial das informações que prestarei à pesquisadora, e que minha privacidade será zelada, tendo também a garantia que minha identificação não será exposta nas conclusões ou publicações;
- 5) a pesquisadora se compromete em proporcionar-me informações obtidas durante o estudo após o término total deste processo de pesquisa e
- 6) estou ciente do número de telefone do responsável pela pesquisa (3788-8823) para proceder eventuais explicações ou reclamações, da secretaria do Comitê de Ética em Pesquisa (37888936), como também da pesquisadora/mestranda (3238-8462).

Data ____/____/____

Assinatura da(o) enfermeira(o)

ANEXO 2

INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS

RAPPORT

Meu nome é Flora, sou enfermeira e estou cursando Pós Graduação em nível de mestrado na Faculdade Ciências Médicas da UNICAMP. Estou fazendo um estudo com enfermeiros(as) assistenciais, sobre a importância de sua *autonomia* no exercício de suas funções neste Hospital de Clínicas e gostaria de conversar com você. Esta conversa será sob a forma de um questionário para posterior análise de seu conteúdo.

O presente estudo pretende conhecer sua opinião sobre até que ponto o enfermeiro considera a autonomia como algo importante para o exercício pleno de suas atribuições, e, após análise dos dados, demonstrar que a autonomia do profissional enfermeiro é determinante para a qualificação de seu trabalho. **Informo ainda que, sua participação é livre, sem acarretar-lhe nenhum tipo de problema relacionado ao estudo e garanto que seu nome não será divulgado a público e que, após a análise dos dados, o material será destruído.**

ANEXO 3
QUESTIONÁRIO

DADOS GERAIS

Idade: Sexo: Estado Civil: N° de filhos:

Local de nascimento: Estado de São Paulo () sim () não

Local de residência: Campinas () sim () não

Renda pessoal:

a) () de R\$1.200,00 a R\$2.000,00

b) () de R\$2.000,00 a R\$2.800,00

c) () de R\$2.800,00 a R\$3.600,00

d) () de R\$3.600,00 a R\$4.400,00

e) () de R\$4.400,00 a R\$5.200,00

f) () de R\$5.200,00 ou mais

Renda Familiar:

a) () de R\$ 2.500,00 a R\$ 4.000,00

b) () de R\$ 4.000,00 a R\$ 5.500,00

c) () de R\$ 5.500,00 a R\$ 7.000,00

d) () de R\$ 7.000,00 a R\$ 8.500,00

e) () de R\$ 8.500,00 a R\$10.000,00

N° de empregos: Jornada de Trabalho:

Jornada de trabalho fora do HC:

Instituição de Formação: _____

Especificar: a) ☐ Habilitação

b) ☐ Especialização

c) ☐ Aprimoramento

d) ☐ Pós-Graduação

Unidade de trabalho:

Turno:

VISÃO DE MUNDO

1) Você se considera bem sucedida(o) na profissão?

a) ☐ Sim, porque realizo atividades que gosto, enquanto profissional

b) ☐ Sim, porque realizo boa parte das atividades inerentes à profissão

c) ☐ Não, porque não existe valorização do profissional

d) ☐ Tem dúvidas, pois considera o profissional enfermeiro sub- aproveitado

e) ☐ Outro

2) Você está satisfeita(o) com sua renda?

☐ Sim

☐ Não

3) Você está satisfeita(o) com a sua situação de trabalho?

a) ☐ Sim, mas acredito que poderia ser melhor, se os enfermeiros adotassem um novo paradigma de atuação

b) ☐ Sim, porque realizo atividades que gosto

c) ☐ Não, porque não existe respeito e valorização do trabalho do enfermeiro

d) ☐ Não, porque atualmente exerce atividades que não condizem com a profissão

e) ☐ Outro

4) Existe ascensão profissional em seu trabalho?

☐ Sim

☐ Não

☐ Não sei

5) Como é sua relação com os médicos docentes?

☐ Boa

☐ Quase nula

☐ Conflitante

☐ Ruim

6) Como é sua relação com médicos residentes?

☐ Boa

☐ Quase nula

☐ Conflitante

☐ Ruim

7) Como é sua relação com a equipe de enfermagem?

☐ Boa

☐ Conflitante

☐ Ruim

☐ Indiferente

8) Como você se coloca em relação aos demais enfermeiros do serviço público?

a) ☐ Em vantagem, por ser este, um hospital universitário, onde está sempre próximo à inovações tecnológica

b) ☐ Em vantagem, pelo nível de renda, jornada de trabalho e perspectiva profissional

c) ☐ Em desvantagem

d) ☐ No mesmo nível, pois em serviços públicos não se difere muito

e) ☐ Não sei

f) ☐ Outro

9) Como você se coloca em relação aos enfermeiros do serviço privado

a) ☐ Em vantagem, porque dependendo do hospital privado, as oportunidades são poucas

b) ☐ Em desvantagem, porque dependendo do hospital privado as oportunidades são melhores

c) ☐ No mesmo nível

d) ☐ Não sei

e) ☐ Outro

10) Assinale, por ordem de importância três atividades que você realiza e que considera inerente à profissão

- a) () Atividades burocráticas
- b) () Consulta de Enfermagem
- c) () Prescrição de Enfermagem
- d) () Coordenação de equipe
- e) () Ações educativas a pacientes
- f) () Pesquisa, assistência e ensino
- g) () Educação em Serviço
- h) () Cuidados diretos
- i) () Orientação (paciente/cliente/família)
- j) () Outro

11) Assinale por ordem de importância, duas de suas atividades que considera serem valorizadas pela equipe médica

- a) () Gerenciamento da unidade
- b) () Prescrição de enfermagem
- c) () Cuidado direto
- d) () Ensino, pesquisa e assistência
- e) () Orientação a paciente/cliente
- f) () Ações educativas
- g) () Gerenciamento da assistência
- h) () Promover o inter-relacionamento entre equipes
- i) () Atividades burocráticas
- j) () Consulta de enfermagem
- k) () Outra

12) Assinale por ordem de importância três de suas atividades que considera serem valorizadas pela equipe de enfermagem

- | | |
|--------------------------------------|---------------------------------|
| a) () Orientação a paciente/cliente | f) () Treinamento em serviço |
| b) () Gerenciamento da assistência | g) () Prescrição de enfermagem |
| c) () Assistência direta | h) () Atividades burocráticas |
| d) () Administração de conflitos | i) () Consulta de enfermagem |
| e) () Ações educativas | j) () Gerenciamento da unidade |
| | k) () Outro |

13) Você considera o hospital o melhor ambiente para o tratamento da maioria dos problemas de saúde?

- a) () Não, porque é importante pensar nas alternativas existentes no cuidado a saúde
- b) () Não, porque muitos problemas de saúde poderiam ser resolvidos em outros níveis de assistência a saúde
- c) () Em parte, se pensarmos em tratamento especializado
- d) () Sim, porque é onde se concentra a tecnologia
- e) () Outro

14) Você acha que a promoção da saúde no contexto técnico do hospital, necessitaria de uma visão mais abrangente do paciente como totalidade?

- () Sim () Não

15) Se você respondeu “SIM”, você acha que o enfermeiro seria o profissional mais apto a promover este tipo de cuidado?

- a) () Sim, pois é o profissional melhor preparado para tal
- b) () Não, pois todos os profissionais de saúde estão preparados para tal
- c) () Não sei
- d) () Outro

16) Para você, qual o papel da medicina alternativa no cuidado à saúde?

- a) (☐) É uma opção terapêutica
- b) (☐) Tem caráter preventivo e algumas vezes curativo
- c) (☐) Para pacientes crônicos não vê outras opções
- d) (☐) Considera importante como outra forma de cuidado a saúde
- e) (☐) Não sei
- f) (☐) Outro

17) Você acha que o hospital deveria ter algum tipo de abertura relacionada às práticas alternativas em saúde?

- a) (☐) Sim, porque é uma opção terapêutica
- b) (☐) Sim, porque o custo é mais baixo
- c) (☐) Sim, complementar o tratamento tradicional
- d) (☐) Sim, seria uma nova ótica nas atividades em saúde a nível hospitalar
- e) (☐) Não, porque na estrutura atual da maioria dos hospitais, não haveria interesse
- f) (☐) Não, porque a maioria da equipe de saúde atuante nos hospitais não está preparada
- g) (☐) Não sei
- h) (☐) Outro

18) O que você acha da política de desospitalização?

- a) (☐) Considero que é muito importante para o paciente, pois corre menos risco e está no convívio de familiares
- b) (☐) Seria o ideal para alguns casos e melhoraria a demanda do hospital
- c) (☐) Considera importante se for com o objetivo de proporcionar a real e devida assistência à domicílio visando atender as necessidades afetadas

- d) ☐ É uma necessidade tanto do ponto de vista do cuidado à saúde e por motivos econômicos(diminui custos)
- e) ☐ É uma boa alternativa pois teria mais leitos disponíveis
- f) ☐ Não sei
- g) ☐ Outro

19) Você é favorável à política de desospitalização?

- ☐ Sim ☐ Não

20) Enquanto enfermeiro, qual o produto final de seu trabalho?

- a) ☐ Paciente/cliente estar plenamente assistido em suas necessidades básicas
- b) ☐ Melhor qualidade no atendimento ao paciente/cliente
- c) ☐ Satisfação e entendimento do paciente/cliente em relação à assistência prestada e seu problema de saúde resolvido
- d) ☐ Proporcionar condições para o paciente/cliente para seu auto cuidado
- e) ☐ Satisfação profissional pela assistência prestada adequadamente
- f) ☐ Cuidado a saúde
- g) ☐ Outros

21) Já houve alguma intervenção de sua parte, de caráter inovador, que tenha provocado algum tipo de mudança na instituição?

- ☐ Sim ☐ Não

22) Você tem interesse em acompanhar o desenvolvimento das políticas de saúde mais voltadas para o SUS?

- ☐ Bastante ☐ Pouco ☐ Médio ☐ Nenhum

23) Você acha que o SUS tem contribuído para a valorização do papel do enfermeiro?

a) ☐ Sim, porém deve haver um compromisso maior do enfermeiro para reconhecer essa valorização

b) ☐ Sim, porque amplia os horizontes de trabalho para o enfermeiro

c) ☐ Não, na atual realidade, não percebe tal contribuição para valorizar o papel do enfermeiro

d) ☐ Não porque as consultas são mal pagas e pouco valorizadas

e) ☐ Não sei

f) ☐ Outro _____

24) Você participa de algum tipo de representação de classe

☐ Sim: Especifique: _____

☐ Não

25) Você conhece a concepção teórica e as diretrizes básicas voltadas à saúde preconizada pela OMS?

☐ Sim ☐ Não

26) A instituição promove a atualização de seu conhecimento através do serviço de educação continuada?

☐ Sim ☐ Não

27) Existe uma política de atuação condizente com os preceitos ético-legais da enfermagem na instituição?

a) ☐ Sim, porque a enfermagem é mais organizada e tem um auto controle para cumprir tais preceitos

b) ☐ Sim, porque a enfermagem tem total apoio da instituição

- c) (☐) Parcialmente, porque é exercida apenas por representantes de sua corporação, pois não se percebe a nível institucional
- d) (☐) Não, ainda não houve “o despertar” para esse aspecto, tanto por parte da enfermagem, como por parte da instituição
- e) (☐) Não, porque ainda se considera a atuação de enfermagem apenas como atividade ocupacional ou técnica
- f) (☐) Não sei
- g) (☐) Outro _____

28) Como você conceitua o reconhecimento de sua profissão dado pela administração da instituição?

- (☐) Bom (☐) Regular (☐) Ruim

29) Como você avalia o reconhecimento de sua profissão dado pelos usuários e familiares?

- (☐) Bom (☐) Regular (☐) Ruim

30) Assinale até três atitudes por ordem de importância, que você caracteriza como autônomas em suas atividades como profissional?

- a) (☐) Gerenciamento da unidade
- b) (☐) Desenvolver atividades educativas assistenciais e administrativas
- c) (☐) Implantação de programas de assistência de enfermagem
- d) (☐) Poder decisório na avaliação do paciente internado
- e) (☐) Autorizar presença de acompanhante para o paciente internado
- f) (☐) Gerenciamento da assistência,
- g) (☐) Consulta de enfermagem
- h) (☐) Prescrição de enfermagem
- i) (☐) Poder decisório na consulta de enfermagem
- j) (☐) Responsabilização pelo cuidado

k) () Não permitir interferência nos cuidados de enfermagem por outros profissionais

l) () Durante um procedimento pode avaliar, sugerir e criar alternativas

m) () Outro _____

31) Em relação a autonomia, você considera: (dupla escolha)

a) () Não ter autonomia

b) () Lhe ser outorgada

c) () ser exercida por você

d) () Ser exercida apenas pelos médicos

e) () Ser exercida apenas pelos gerentes de enfermagem

32) Qual o grau de autonomia que você julga ter no exercício de sua profissão?

() Nenhuma () Alguma () Suficiente () Muita autonomia

33) Numa equipe de saúde, qual profissional exerce o papel natural de liderança?

() Médico () Enfermeiro

() Outro Quem? _____

34) Numa equipe de saúde, qual profissional deveria exercer o papel de liderança?

a) () Aquele profissional que estiver habilitado e com perfil para exercer esse papel

b) () Todos da equipe deveriam ter lidera

c) () Médico e enfermeiro em momentos distintos

d) () Cada um tem seu papel de liderança, porém o enfermeiro é o profissional que visa o indivíduo como um todo

e) () Médico

f) () Enfermeiro

g) () Outro _____

35) Como você se auto-reconhece como profissional na instituição?

- a) ☐ Ótimo, acha que faz além do que deveria fazer
- b) ☐ Ótimo, dentro da responsabilidade que tem e do engajamento com a instituição
- c) ☐ Ótimo, exerce atividades que elevam o nome da instituição
- d) ☐ Ótimo, exerce atividades que elevam o nome da profissão
- e) ☐ Bom, porque acha que ninguém é totalmente ótimo
- f) ☐ Bom, apesar de que tem que ampliar mais seu nível de conhecimento
- g) ☐ Bom, porque procura atuar de acordo com os preceitos ético-legais da profissão e é compromissada com a instituição
- h) ☐ Regular, pois precisa se esforçar mais para crescer profissionalmente
- i) ☐ Ruim, porque tem que desenvolver competências que antigamente não era esperado
- j) ☐ Outro _____

36) Você tem outras ambições profissionais?

- ☐ Sim ☐ Não

37) Se você respondeu SIM, quais seriam essas ambições profissionais? (dupla escolha)

- a) ☐ Pós graduação na área de enfermagem
- b) ☐ Pós graduação em outra área
- c) ☐ Cursar outra faculdade
- d) ☐ Atuar em outra área
- e) ☐ Atuar na própria enfermagem, porém num outro modelo de assistência que não o atual
- f) ☐ Melhorar seu nível de atuação, ampliar seus horizontes profissionais na enfermagem
- g) ☐ Outro _____

ANEXO 4

ROTEIRO PARA ENTREVISTA

- 1) Em relação à sua resposta na questão (3), de que modo você produz ou sistematiza o desenvolvimento de seu trabalho para que lhe proporcione satisfação?
- 2) Se você optou pela primeira alternativa, que paradigma seria esse para melhorar ainda mais sua satisfação no trabalho?
- 3) Em relação a promoção à saúde citada na questão (14) e (15), como, para você seria a atuação do enfermeiro?
- 4) Na questão (34), por quê você acha que é o médico, enfermeiro ou outro, o profissional que exerce o papel natural de liderança?
- 5) Você realiza atividade(s) que não considera inerente(s) à sua profissão? se SIM, qual(is) seria(m)?
- 6) Se respondeu SIM, quanto de seu tempo essa(s) atividade(s) consome(m) sem lhe causar problemas?
- 7) Como você avalia sua competência profissional como enfermeiro no momento atual?
- 8) Mudou sua visão sobre o trabalho do enfermeiro, do que foi ao que é atualmente?
- 9) O que você acha que pode fazer para mudar o que considera estar inadequado?
- 10) O que é autonomia para você?
- 11) Até que ponto a autonomia é colocada como essencial no exercício da enfermagem?
- 12) Explique com suas palavras sua resposta em relação a questão (31), sobre autonomia.
- 13) Qual a justificativa de sua resposta na questão (32), sobre o grau de autonomia que considera ter? De que maneira desenvolve seu trabalho para considerar desta forma?

ANEXO 5



UNIVERSIDADE DE CAMPINAS - UNICAMP

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Caixa Postal 6111

13083-970 Campinas-S.P.

☎ 0 19 7888936

☎ 0 19 7888925

✉ cec@repositorio.unicamp.br

CEP: 12/06/01

(Grupo III)

PARECER PROJETO: Nº 083/2001

I-IDENTIFICAÇÃO:

PROJETO: "O OLHAR DO ENFERMEIRO SOBRE SUA AUTONOMIA NO ATO CUIDADOR E SUA IMPORTÂNCIA NA CONSTITUIÇÃO COMO SUJEITO NO PROCESSO DE TRABALHO EM ENFERMAGEM."

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Flora Maria Giglio Bueno

INSTITUIÇÃO: Departamento de Enfermagem/FCM/UNICAMP

APRESENTAÇÃO AO CEP: 23/05/2001

II - OBJETIVOS

Este projeto tem como objetivo refletir sobre vários aspectos da prática profissional do enfermeiro na tentativa de definir que caminhos este deve trilhar na busca da qualificação do ato cuidador, assim como demonstrar que a autonomia do profissional enfermeiro é determinante para a qualificação de seu trabalho.

III - SUMÁRIO

Este projeto de investigação procura identificar fatores que interferem na qualidade da prática de enfermagem dentro de um hospital universitário; procura fazer algumas considerações sobre o desenvolvimento histórico da enfermagem, os processos de trabalho que desenvolve, a divisão técnica e social do trabalho e sua organização e, a partir daí, salientar a importância de uma reflexão crítica dos enfermeiros enquanto sujeitos que atuam redimensionando continuamente a sua prática.

Através de um estudo quali-quantitativo serão pontuadas as questões sobre o espaço que o enfermeiro ocupa no trabalho em saúde, os fatores que trazem satisfação no exercício profissional, a responsabilização, a delegação de tarefas, o agir dentro dos preceitos éticos, ressaltando sua autonomia como condição de direito e poder para determinar seu modo de ser e agir.

O estudo será desenvolvido em um hospital universitário público do município de Campinas (SP) com enfermeiros em atuação assistencial, tanto em unidades de internação,

como ambulatórios especializados, UTIs, utilizando-se um questionário-padrão a ser aplicado a uma amostra populacional de 60 sujeitos.

IV - COMENTÁRIOS DOS RELATORES

Trata-se de um estudo prospectivo, quali-quantitativo, baseado em entrevista semi-estruturada, cujos sujeitos de pesquisa serão enfermeiros que atuam em áreas assistenciais de um hospital universitário e cujo objetivo fundamental é responder à indagação: "Até que ponto o enfermeiro considera a autonomia como um dispositivo viável, necessário e pertinente?". Não haverá riscos diretos para os participantes, havendo possibilidades concretas de responder a incertezas sobre o assunto a ser abordado. O protocolo é bem estruturado, com bibliografia pertinente. Não haverá fontes financiadoras oficiais. Há um TCLE sucinto, porém adequado aos propósitos do estudo.

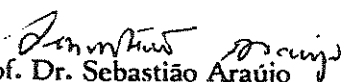
O parecer É FAVORÁVEL à aprovação do presente projeto, sem pendências.

V - PARECER DO CEP

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, após acatar os pareceres dos membros-relatores previamente designados para o presente caso e atendendo todos os dispositivos das Resoluções 196/96 e 251/97, bem como ter aprovado o Termo do Consentimento Livre e Esclarecido, assim como todos os anexos incluídos na Pesquisa, resolve aprovar sem restrições o Protocolo de Pesquisa supracitado.

VI - DATA DA REUNIÃO

Homologado na VI Reunião Ordinária do CEP/FCM, em 12 de junho de 2001.


Prof. Dr. Sebastião Araújo
PRESIDENTE do COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
FCM / UNICAMP

ANEXO 6

REPRODUÇÃO DAS ENTREVISTAS

ENTREVISTA//SUJEITO 1 – S1

- 1) Em relação à sua resposta na questão (3) de que modo você produz ou sistematiza o desenvolvimento de seu trabalho para que lhe proporcione satisfação?

Realizo a consulta de enfermagem, procuro fazer atividades que são definidas como tarefa do enfermeiro, procuro delegar aquilo que ainda na instituição é cobrado do enfermeiro, mas que eu vejo que pode ser realizado por outros funcionários da unidade, reservando o meu horário de trabalho para fazer aquelas atividades de mais responsabilidade, próximo do paciente, onde sinto que posso modificar o andamento, o desenvolvimento desse doente através da função... da parte educativa...orientando; então...aquilo que eu vejo como sendo primordial do enfermeiro, eu tento realizar e o que outros profissionais poderiam estar fazendo eu procuro delegar.

- 2) Você optou pela primeira alternativa da questão (3). Que paradigma seria este para melhorar ainda mais sua satisfação no trabalho?

O novo paradigma seria a valorização do enfermeiro em suas ações educativas e da sua prática.

- 3) Em relação à promoção da saúde citada na questão (14) e (15) como, para você seria a atuação do enfermeiro?

A atuação do enfermeiro na promoção da saúde na parte educativa é gratificante, pois através da orientação consegue transformações nos hábitos do paciente, pois faz com que ele se comprometa com o tratamento.

4) Por quê você acha que é o enfermeiro, o profissional que exerce o papel natural de liderança?

Acredito que a liderança natural é do enfermeiro, pois este tem, além da formação, o seu conhecimento científico. O enfermeiro está acostumado trabalhar em equipe... outra coisa é que o enfermeiro ou a enfermagem fica mais tempo com o paciente e o conhece como um todo.

5) O “saber” na enfermagem a faz ter esse poder de liderança?

Considero a enfermagem como uma ciência. A formação hoje está diferente...hoje está mais voltada para o cuidado...tem mais pesquisa...é mais voltado para a busca e valorização do conhecimento.

6) Como você avalia sua competência profissional como enfermeiro no momento atual?

Eu acho que hoje eu desempenho melhor algumas atividades pelo tempo...pela experiência na profissão. Algumas coisas são mais fáceis e eu vejo que eu consigo me desincumbir de uma forma mais tranqüila de certas tarefas. Eu acho também que dentro daquilo que é esperado do enfermeiro eu procuro ser coerente e procuro desenvolver as atividades que são esperadas, que são designadas para o profissional que...é inclusive determinada pelo Conselho... Eu acho que eu poderia fazer mais coisas...

7) Você realiza atividades que não considera inerente à profissão?

Eu desenvolvo. Acho que o enfermeiro, no caso eu... acabamos fazendo uma porção de coisas que a instituição nos delega e mesmo porque não foi delegado para outra pessoa, porque tudo aquilo que ninguém sabe pra quem cabe, acaba sobrando para o enfermeiro...então...desde coisas mais simples que poderiam ser realizadas por pessoas ou por profissionais mais simples que tem responsabilidade,

mas que poderiam estar executando, e que não exige muito conhecimento, não exige formação especial que o enfermeiro teve...e essas coisas que poderiam ser delegadas ainda é cobrada do enfermeiro e, mesmo que não seja cobrado, não é dado o suporte para que ele não faça. Então... não é obrigação do enfermeiro fazer pedido de almoxarifado ou outro qualquer, mas também não é fornecido outra pessoa que faça isso... Consertar maçaneta de porta, equipamento quebrado, resolver assuntos que surgem no meio do atendimento que ninguém sabe quem é que vai resolver...com certeza, acaba sobrando para o enfermeiro...desde controle de material patrimoniado...então...tudo isso o enfermeiro deveria ficar liberado para que ele pudesse se ocupar do cuidado.

8) Quanto de seu tempo essas atividades consomem sem lhe causar problemas?

Eu acho que me consomem bastante tempo, um tempo precioso que eu poderia ficar para...voltando para o cuidado ou para a organização do cuidado, no planejamento do cuidado e, muitas vezes eu sou interrompida durante o atendimento, durante a consulta de enfermagem ou eu tenho que trazer serviço para casa, em termos de planejamento,. De busca de paciente no programa de tuberculose, porque não me sobra tempo dentro do hospital, porque no hospital eu tenho que ficar fazendo atividade burocrática, administrativa que qualquer oficial de administração poderia estar resolvendo.

9) Mudou sua visão sobre o trabalho do enfermeiro, do que foi ao que é atualmente?

Atualmente vejo que o enfermeiro...eu propriamente consigo resolver as coisas com mais segurança, me sinto mais à vontade com as atividades que eu desenvolvo.

10) O que você acha que pode fazer para mudar o que considera estar inadequado?

Deve mudar a forma como a instituição vê o enfermeiro, pois enxerga o aspecto gerencial da administração da unidade...o enfermeiro está subutilizado em relação à formação que tem. Hoje é utilizado como “tapa buracos” e deveria estar diferente esta visão ...e...o enfermeiro tem vontade de fazer coisas mais específicas do seu trabalho.

11) O que é autonomia para você?

É... a capacidade que o indivíduo tem de decidir aquilo que lhe é melhor...é mais como andar pelas próprias pernas...é...sentir-se seguro para decidir...

12) Até que ponto a autonomia é colocada como essencial no exercício de sua profissão?

A autonomia é essencial. Sem ela nós não conseguiríamos trabalhar...e é impossível pensar a prática da enfermagem sem o poder de decidir aquilo que é melhor ao paciente, sem o poder de ir atrás de algumas medidas necessárias,...sem poder de escolha e definir nossa prática.

13) Você possui ou não autonomia?

Eu acho que eu exerço a autonomia dentro da minha unidade de trabalho, na medida que eu posso escolher o que é melhor para o paciente que eu estou atendendo, que eu acompanho, na medida que eu busco providências pra que ele seja melhor atendido, que ele seja...tenha seu tratamento bem feito, que ele realmente seja efetivado, como por exemplo o caso do paciente com tuberculose...que a gente precisa da ajuda da rede básica...então quando eu vou atrás de mais ajuda...quando eu busco...quando eu procuro a equipe médica e...para mostrar que alguma decisão, a nível de consultório não foi adequada ou que poderia ser melhor pensada...e a equipe médica concorda...então...eu acho que eu exerço...

- 14) Explique com suas palavras sua resposta em relação à questão (31) sobre autonomia: se lhe é outorgada, se é ou não exercida por você...**

É... eu respondi ser exercida por mim... acho que está ligada à anterior. Eu procuro decidir no meu dia-a-dia...é...juntamente ou sozinha, ou quando tenho dúvidas, ou quando eu acho que alguma coisa poderia ser melhor resolvida, eu procuro a equipe médica para conversar, para mudar alguma conduta...eu procuro o pessoal...os colegas da rede básica...ou...mesmo no dia-a-dia, não só na tuberculose, mas dos outros pacientes, eu procuro...acho que eu decido a parte de enfermagem. Eu acho que a parte da enfermagem eu tenho respondido, eu tenho ocupado esse espaço, né.

- 15) Qual a justificativa de sua resposta na questão (32), sobre o grau de autonomia que considera ter e de que maneira desenvolve seu trabalho para considerar desta forma?**

Considero ter autonomia suficiente...eu posso mudar dentro de minha prática, no meu setor de trabalho, implantando novas medidas,...mas...não depende só de mim...a minha parte...tudo bem...mas eu também dependo da administração do hospital...e não só dessa administração, mas muito e principalmente da administração de enfermagem...de como essa administração vê o papel do enfermeiro... a partir daí fica muito mais fácil a mudança.

ENTREVISTA/SUJEITO 2 – S2

- 1) Em relação à sua resposta na questão (3) de que modo você produz ou sistematiza o desenvolvimento de seu trabalho para que lhe proporcione satisfação?

Bom, eu acredito que, aqui aonde eu me sinto mais satisfeita é estar fazendo grupos ou não ou individual mesmo com o paciente...é onde tem essa troca. Você oriente, depois ele volta, você vê que ele melhorou...enfim, essa troca com o paciente...não essa conversa apenas de corredor e sim uma troca, uma relação, onde eu me sinto mais...vamos dizer ...gratificada.

- Você sistematiza esse tipo de assistência?

Eu não sistematizo propriamente a assistência que eu presto, ou seja...é mais ou menos...em algumas coisas, mais e em outras coisas, menos, porque é assim...depende da patologia, da especialidade vamos assim dizer...a que te dá mais espaço para fazer isso...porque tem um monte de patologias para se trabalhar, que nem na reumatologia...tem milhões de coisas para se fazer, mas não tem nada direcionado. Então...no M.I., a tuberculose.. A tuberculose já é mais direcionado o trabalho da enfermagem. Tem na dermato a hanseníase que também é uma coisa mais direcionada para a enfermagem e aí a gente acaba atuando, pois tem um programa... é muito melhor...Talvez em outras doenças crônicas, onde pudéssemos estar fazendo isso...eu acho que seria o caminho...não sei.

- 3) Você optou pela primeira alternativa da questão (3). Então que paradigma seria esse pra melhorar ainda mais sua satisfação no trabalho?

Em relação ao paradigma...então, na verdade eu acho que não é uma pessoa que pode estar fazendo sozinha...não sei... aí é uma característica acho que é de minha personalidade. Eu sinto muita falta de ter alguém que direcionasse, não eu, mas o grupo e que todo mundo falasse a mesma língua, porque no fim, mesmo tendo uma enfermeira de manhã, no caso, eu troco mais com ela...acaba que, também ela é

meio parecida comigo...então meio que ...não sai do lugar, entendeu. Porque...porque isso até que se estimula, mas aí desestimula também, porque...ou talvez...eu até já conversei...no começo do ano que vem...então...esquece o resto e vamos tentar a gente fazer alguma coisa diferente aqui, mas acho que se tivesse alguém que...sabe...que juntasse todo mundo ia ser muito melhor...

Você sente falta de uma linha de ação para a enfermagem?

Sim, não sou eu que vou sair resolvendo o que vou fazer e o que eu não vou . Mesmo porque não tenho interesse no ambulatório; se fosse na enfermaria, com certeza eu teria interesse porque é diferente.

4) Em relação à promoção da saúde citada nas questões (14) e (15) como para você, seria a atuação do enfermeiro?

Eu acho que o profissional ele foi preparado, mas tem muita coisa que dá para melhorar e muito. Não vai melhorar não só pela experiência dos anos trabalhados, mas do interesse científico, a parte técnica, então...haveria mudança. Mas...para isso...falo de novo ...deveria ter alguém que juntasse o grupo de enfermeiros e que passasse isso...eu acho que seria um ganho muito grande e colocaria na prática muito mais rápido do que cada um fazer na sua unidade sozinho. Porque assim, seria o grupo que estaria trocando informações, uma diferente da outra e assim chegaria num objetivo comum muito mais rápido.

5) Como você avalia sua competência profissional como enfermeiro no momento atual?

Eu acho que a gente...não só eu, mas muitas pessoas, são muito mal aproveitadas... sei que na Europa não é assim; eu já morei lá eu conheço gente que mora lá e tudo mais e, agora, recentemente, eu acabei de voltar de viagem e mais uma vez, por coincidência eu conheci dois enfermeiros que moravam em Londres, que se consideravam extremamente valorizados, ganhavam super bem...é outro mundo

entendeu... outra realidade...pois atuam na função própria do enfermeiro. Agora, é aquilo...na Europa, em geral, como se fosse o auxiliar de enfermagem, ele não faz nem medicação. Quem faz é o enfermeiro e com isso o número de profissionais para trabalhar é muito maior, só que são super bem remunerados e super reconhecidos. E, de repente até, eles não fazem um papel que aqui a gente não faz. O enfermeiro de lá me falou da importância deste administrar um medicamento em alguém, é uma responsabilidade muito grande. Aqui no Brasil o que acontece? Qualquer um dá e, se acontecer alguma coisa de errado, fica por isso mesmo.

Às vezes lá, eu percebi isso, eles até fazem menos, tem menos liberdade do que nós podemos fazer aqui, só que a valorização é muito maior.

6) Mudou sua visão sobre o trabalho do enfermeiro, do que foi ao que é atualmente?

É...bom...na verdade estou nessa unidade há um ano. Do que eu cheguei nesse um ano até agora está exatamente a mesma coisa. Agora, eu não sei antes disso...era diferente, era pior...não sei. Nas enfermarias eu sei que hoje mudou para pior; isso muitas pessoas me falaram. O trabalho está uma coisa totalmente burocrática, fazendo papel de “guardinha”: pega...leva...quem faltou...quem veio, recrutar hora extra e acabou...

Você acha que o trabalho do enfermeiro aqui neste hospital não está direcionado para o cuidado?

Eu acho que piorou...quando eu atuava na supervisão, a gente fazia treinamento de recém-admitidos, treinamento de funcionários antigos e hoje em dia como modificou tudo, quem está lá não faz nada disso; está fazendo papel administrativo e só.

7) O que você acha que pode fazer para mudar o que considera estar inadequado?

Eu acho que deveria mudar a maneira de ser feita as coisas mesmo dentro da enfermagem. Eu vejo de uma maneira totalmente diferente, eu não sei...mas eu acho que teria que ter um direcionamento que...enfim que desse ênfase a uma coisa mais científica junto com a prática e...da pessoa...tentando junto...chegar numa conclusão...ser uniforme...que todos tenham uma linha de raciocínio, um objetivo né...cumprir metas para atingir aquele objetivo.

Então, na verdade o que você está considerando inadequada é a maneira que se produz enfermagem nessa instituição?

Sim, porque a instituição taí, os defeitos, os problemas estão presentes...

Então você concorda que o enfermeiro deveria mudar ou o perfil do enfermeiro deveria mudar?

Sim e as pessoas líderes junto conosco, chegando num denominador comum.

8) O que é autonomia para você?

Eu acho que para uma pessoa ter autonomia, seja no que for, dirigir um carro ou jogar bola, ou trabalhar, ela tem que ter em primeiro lugar conhecimento, tem que ter experiência, ter habilidade, tem que gostar do que ela faz. Se não tiver isso...esquece...é básico. E o resto, as outras coisas, se não sabe uma técnica, você vai lá e treina; qualquer robô aprende...agora...essa outra parte não...ou ela tem ou ela não tem como aprender a ter. A somatória de coisas básicas, né... são importantes para poder atuar com autonomia.

9) Até que ponto a autonomia é colocada como essencial no exercício de sua profissão?

Então...de novo...se a pessoa tem conhecimento,habilidade para fazer determinadas coisas, ela vai ter autonomia e se ela tem autonomia, automaticamente ela passa isso para as pessoas que estão perto dela. Tanto o próprio paciente, quanto o docente, o médico, ele vai saber que você está falando aquilo e ele pode reconhecer a sua razão e o erro dele se for o caso. Então...não é porque o médico sabe mais. Já muitas e muitas vezes já aconteceu isso. Desde que você tenha segurança daquilo que você está falando, aí você fala enquanto enfermeira com argumentos.

10) Em relação à questão (31) do questionário, você considerou exercer suas atividades com autonomia; então explique com suas palavras sua resposta?

Na realidade atual, apesar de estar fazendo uma coisa diferente do que eu estava acostumada, aliás, completamente diferente, a maioria das coisas que eu faço me sinto com autonomia, porque eu não consigo fazer nada na dúvida. Então aquilo que eu sei, eu faço; aquilo que eu tenho dúvida eu vou resolver minha dúvida e a partir do momento que eu vou resolver aquela dúvida eu vou fazer com autonomia, vou estar segura para estar fazendo.

Então você considera exercer suas ações com autonomia?

É... considero ser exercida por mim... dentro do que eu faço...mas eu acho que poderia fazer muito mais; a rotina do trabalho poderia ser diferente e você teria muito mais autonomia para fazer outras coisas.

11) Qual a justificativa de sua resposta na questão (32) que você considerou ter autonomia? De que maneira desenvolve seu trabalho para considerar dessa forma?

É...bom... respondi ter muita autonomia...tento desenvolver meu trabalho em paralelo ou independente do que o médico está fazendo. É isso...tem atividades que você realiza de acordo com a prescrição médica...agora...a orientação, escutar, ajudar o paciente, independe do que o médico fez ou não fez, independe da doença. Você pode estar orientando outras coisas, proporcionando um espaço, estando junto com essa pessoa e muitas vezes a patologia que o trouxe ao hospital não é a mais importante. Às vezes, outras coisas, além daquilo que ele está sentindo, acabam sendo mais importante e você só saberá disso se você ouvir, se você questionar e aí você tem a sua autonomia para estar conversando com esse doente e estar desenvolvendo esse tipo de trabalho, independente de qualquer profissional da saúde.

ENTREVISTA/SUJEITO 3 – S3

1) Em relação à sua resposta na questão (3) de que modo você produz ou sistematiza o desenvolvimento de seu trabalho para que lhe proporcione satisfação?

Bom, o trabalho aqui na enfermaria, por ser muito específica e a gente não tem condição material, material humano, equipamentos... O que a gente tenta fazer de uma melhor forma possível é se adaptar à situação e sempre estar em relação aos outros colegas, os enfermeiros e a equipe de enfermagem sempre estar trocando idéias, tentando melhorar, fazendo reuniões sobre sistematização; a gente tem visitas de enfermagem com os docentes... No meu ponto de vista, o que eu faço para melhorar é sempre se dar bem com todo mundo, sempre tentar ter um ótimo relacionamento; é claro que é muito difícil...a profissão por ser extremamente feminina, a gente foge um pouquinho da razão do lado masculino. Então a gente tem esses conflitos, mas sempre a gente está tentando conversar, resolver as coisas; eu faço uma especialização e tento fazer na luta, apesar do Departamento não dá uma...não tem uma política para o funcionário que estuda; mas eu faço isso, eu vejo assim a grande satisfação e que mesmo tendo um quadro inferior, mesmo tendo problemas, a gente consegue dar uma boa assistência aqui, né, o nosso nível de assistência nesta unidade é muito bom, não digo que é ótimo, porque ele não é, falta muita coisa ainda, mas ele tem um nível bom, porque a equipe é muito boa. Então eu fico satisfeito com o ambiente que eu tenho, é claro que algumas insatisfações, a gente tem, mas por ordem de instituição, de Departamento e não assim...de área, de setor.

E você considera que, por ser homem, a sua satisfação em relação a ser enfermeiro, a coordenar equipe, é diferente se relacionado à mulher enfermeira?

Sim, eu acho. Eu acho que o homem tem o lado razão que sobressai ao lado emocional; o lado de envolvimento com “coisinhas” que geralmente a gente vê isso no lado mulher, ela se preocupa com “coisinhas”, “detalhinhas” que as vezes tumultuam um poquinho o ambiente. Agora, vê-se também que está mudando e isso

é lento, mas está acontecendo. Aqui como é uma unidade também de ensino, se recebe muitos estudantes de fora e de dentro da UNICAMP. Eu vejo que o número de homens enfermeiros, técnicos e auxiliares, eu acredito que em razão do mercado tem aumentado. Muitas pessoas, muitos homens não encontram facilmente emprego e então fazem um curso de auxiliar ou técnico e então eu acho isso uma melhora...eu vejo nisso uma melhora...Eu acredito assim...eu vejo isso na minha prática que a relação que o médico tem com o enfermeiro homem é diferente da relação que tem com a enfermeira...é diferente.

Você vê nessa relação alguma submissão?

Não vê, não vê...o médico gritando, mandando...o nível de tratamento, de relação é outro. Não sei se isso é muito cultural, se os assuntos fora isso, de corredor, "in off", acaba se falando de futebol,etc...você cria um vínculo, ou mesmo...não sei te dizer o por quê, mas a relação é diferente. Disso eu não tenho dúvidas.

2) Na questão (3) você optou pela primeira alternativa. Que paradigma seria mais adequado para que o enfermeiro atuasse de forma diferente e mais satisfeito?

Bom, eu...assim...o que eu vejo dentro aqui do hospital, o enfermeiro vem ou ele se forma aqui; a maioria vem de fora, ele se contenta em estar aqui, né. Ele não vai atrás de uma especialização, ele não vai fazer uma pós graduação. Raramente vai num Congresso. O departamento não tem uma estrutura para dar isso pra gente. Se tivesse uma outra visão, a gente poderia estar se especializando, dando uma melhor assistência, de melhor qualidade, poderia estar fazendo trabalhos científicos e tendo ajuda de custo da unidade ou revertendo para a unidade, onde os enfermeiros desenvolvessem trabalhos científicos...aqui a gente não tem isso, poderia até mesmo equipar melhor a unidade com verbas específicas. Então a gente não tem essa diretriz, esse incentivo. Acho que o outro grande problema aí é a questão do quadro de carreira, que você tem alguns anos aqui e você não tem perspectiva.. Os cargos são indicados. Acho que isso é uma grande complicação. Eu sou um enfermeiro que

ficou alguns anos no plantão da manhã e que está há pouco tempo no noturno. Então vejo um distanciamento enorme da noite em relação ao Departamento de enfermagem, à diretoria de área, não que esta não se proponha a vir à noite, mas é muito mais difícil. Eu acho que as coisas “acontecem” durante o dia e assim a gente fica um pouquinho isolado aqui. Mas é, eu tenho a impressão e certeza que o enfermeiro da noite tem mais autonomia que o enfermeiro do dia em contrapartida. Mas...voltando lá para a satisfação, eu acredito que se a gente(diretoria do departamento) tivesse uma política de valorização do profissional mesmo de igualdade em relação aos docentes, o mesmo peso, eu acho que seria diferente. O enfermeiro teria outra valorização, teria uma outra visão. Eu acho que o enfermeiro infelizmente ainda não se ligou que, pra gente ter alguma coisa, a gente tem que ter alguém lá no Congresso, lá na Câmara, lá no Senado. Infelizmente a gente não tem representantes ou são poucos.. Não adianta votar no advogado porque ele não sabe a nossa realidade. Temos que ter e votar no enfermeiro para nos representar. Isso vai conseguir mudar nossa realidade.

3) Em relação à promoção da saúde citada nas questões (14) e (15) como para você seria a atuação do enfermeiro?

É assim...eu vejo o enfermeiro hoje aqui...ele...infelizmente, por falta de estrutura e por falta muitas vezes da vontade do próprio enfermeiro em estudar, em ter uma outra visão, em sair do mundinho...o enfermeiro, infelizmente para no tempo...ele fica...é aquilo que eu já falei...ele fica satisfeito, deslumbrado dentro da UNICAMP e acha que isso aqui é a perfeição e a gente vê que não é.. Nós temos exemplos em outros lugares que você tem a medicina alternativa que faz muito bem.. Eu acho que o enfermeiro deveria ter um maior contato com o paciente, mas não o contato só do exame físico...ir lá fazer um curativo, algum cuidado mais específico. Mas, sim ter um tempo para ir lá e realmente avaliar as questões...mesmo sentar, bater um papo, isso infelizmente a gente não vê. Esse lado de humanização do enfermeiro, você pouco vê e o engraçado que isso é uma cobrança não só da equipe multiprofissional, mas a equipe de enfermagem cobra do enfermeiro para que ele não

seja assim. Porque se você sentar ou conversar com o paciente é porque você está “quebrando mão”, você “ta enrolando”, “não está a fim de trabalhar”... Então essa visão, acho que é geral, que não é só da equipe multiprofissional, é também da enfermagem. Agora eu acho que, dentro desse papel de saúde do hospital, acho que a grande sacada é a equipe multiprofissional. Eu acho que falta; falando especificamente de nossa área o que melhorou muito esse ano, veio a fisioterapia pra cá, acho que melhorou...a fisioterapia também dá plantões no final de semana, o que faltava, pois nós temos muitos pacientes acamados, entubados. Falta ainda especificamente nesta unidade um psicólogo para trabalhar com as equipes. Nós temos alguns casos de funcionários que ficaram internados na psiquiatria, outros que suicidaram-se há uns dois anos. O enfermeiro é cobrado de várias formas, de vários lados e a gente não tem esse preparo psicológico, preparo administrativo tão bom, a gente gerencia conflitos...eu acho que a gente deveria rever esse lado do enfermeiro. Mesmo rever aquela velha listinha do papel do enfermeiro no HC, que a gente recebe quando entra aqui. Eu acho que isso tem que ser revisto...os tempos são outros. Infelizmente considero o departamento de enfermagem...pode ser que eu esteja falando besteira, mas... ele não tem uma troca com outras instituições, acho que deveria ter isso, ver como funciona, interagir com outros hospitais, independente de ser hospital escola...eu sei que a realidade é diferente, mas se tem exemplos bons em todos os lugares, né...quem sabe, um dia ...ter uma consultoria de enfermagem aqui. Mas aí a gente se pergunta: até que ponto há um interesse nisso?...Talvez não tenha interesse... justamente não sei até que ponto o departamento tem que...não pode avançar...talvez porque é um cargo de confiança, né...e isso não se pode esquecer...De repente a superintendência não quer...está bom assim...Mas eu acho que o papel do enfermeiro em outras instituições está mais desenvolvido que o nosso aqui. Infelizmente aqui a gente é ainda aquele “boi de presépio”.

Você acha que a equipe multiprofissional em relação à promoção da saúde, não teria seu papel? Você não acha que esta enfoca mais a doença do que o enfoque na saúde do indivíduo?

Sim e aí é tão interessante que o profissional acaba adoecendo, né...Então...se você for fazer um levantamento de quantos funcionários estão com atestados ou doentes, com depressão...já até perdi a conta de quantos...Você trabalha o oposto, o negativo, nunca trabalha o positivo...essa visão é constante e isso fica difícil...

Em relação ao que você disse sobre o contato maior com o ser em cuidado, o paciente, estar mantendo um vínculo maior com

este realizando inclusive a sua função educativa, você percebe essa troca, você se sente mais livre, menos estressado, atuando de uma forma mais relacional, você não acha que o profissional se sentiria melhor?

É ...infelizmente não é feito isso...Você faz uma orientação para o paciente, quando ele está de alta e essa orientação é mais voltada para a patologia. Durante a internação, raramente o enfermeiro vai sentar ao lado do paciente e ressaltar o lado da saúde...não vai... Ele vai fazer uma orientação voltado para a patologia, algum cuidado específico em casa de forma rápida e...tchau...pode internar outro. Infelizmente é assim...

4) Como você avalia sua competência profissional como enfermeiro, no momento atual?

Bom, se eu for avaliar desde o início de formação...fiz especialização em um grande hospital de São Paulo e também num hospital de referência em São Paulo, Campinas e aqui... Assim, como eu me avalio hoje é claro que é um gradual, um crescente...hoje eu me considero bem mais competente do que há cinco anos, do que há três, do que há dois...e estou crescendo...É claro que meu desenvolvimento vai ser muito maior; não acredito na parte de habilidade, de prática, e de visão de paciente

crítico...aquela coisa que você tem como experiência...não isso não...A minha competência vai aumentar para um outro lado...na parte de pesquisa que ainda está em desenvolvimento, mas eu me vejo dentro da unidade como um profissional de referência, que era referência no plantão da manhã e que estou agora no plantão noturno e que me tornei referência. Tenho uma atuação muito boa, em relação à equipe de enfermagem e equipe médica, uma relação muito boa com a diretoria de área e acho que isso se deve não só à competência mas no lidar, na relação...doendo ou não doendo, sendo crítico ou não e também aceitando as críticas, dando abertura para as pessoas falarem...que muitas vezes é difícil a gente dar abertura...dependendo de quem vai criticar...então a gente nem abre. Então eu procuro ser o mais justo possível e tendo problema comigo, venha falar comigo...Hoje eu me vejo assim...um profissional na parte técnica, de habilidade, de destreza, essas coisas...bem estabelecido...agora... essa parte de pesquisa, de estudo ainda tem que se desenvolver...isso eu não tenho nenhuma dúvida

5) Você realiza atividades que não considera inerente à profissão? Se sim, quais seriam?

Sim, eu realizo. Eu acho, por exemplo, aqui na nossa rotina, a gente realiza muitas vezes papel do serviço social, da nutrição, a gente não tem uma nutrição (um serviço) presente na enfermagem, como deveria ser para uma avaliação nutricional, passar visita...infelizmente a gente também faz o papel do psicólogo e do terapeuta aqui dentro. Fora de nossas atividades, a gente tem que ser este apoio emocional, promover isso e é muito difícil...fazemos o papel muitas vezes do médico...por quê? Porque você trabalha com R1, que acabou de sair da faculdade, principalmente nos meses de janeiro, fevereiro...você como enfermeiro da unidade e já está há algum tempo e você não tem um médico contratado que fique direto aqui de plantão...então você tem pacientes graves, é uma unidade de pacientes críticos...é diferente da UTI que tem médico contratado direto, fisioterapia direto, tem R3 e não R1. Então é assim, vejo nessa parte que você faz papel que não é nosso.. Agora...por um outro lado, a parte administrativa...eu acho que a gente faz algumas coisas aqui

que também não é nosso papel...é o de oficial de administração...aqui a noite, muitas vezes também acho que é uma ingerência, é uma perda de tempo do profissional e a instituição paga um determinado X de valor e que está perdendo toda a qualificação profissional daquele enfermeiro, você está gastando um salário que já que o enfermeiro está ali para fazer serviço de auxiliar, muitas vezes também do oficial do posto, então contrate mais um . Eu acho que o enfermeiro não pode ser um auxiliar melhorado. Ele não é isso...a visão é outra e muitas vezes, infelizmente a gente passa por isso.

6) Quanto de seu tempo essas atividades consomem sem lhe causar problemas?

Olha, é assim...eu não avalio nem como causar problemas, porque isso já infelizmente já tá na nossa rotina, no dia-a-dia e agente acaba acostumando e fazendo rotineiramente.

Você se organiza e prioriza as atividades?

Isso, eu organizo e priorizo...vai aparecendo e eu vou fazendo...isso é o dia-a-dia nosso aqui. Agora...atrapalha às vezes quando o plantão tem muitos pacientes graves é realmente complicado...você estar parando pra ficar fazendo pedidos de consertos, ligando para a manutenção, conferindo dieta, censo...conferir carrinho de medicação de dose unitária...sendo que tem farmacêutico no hospital... Então quer dizer, isso é complicado...porque se já tem o profissional específico, por quê o enfermeiro tem que fazer essa conferência, por quê o enfermeiro está fazendo isso?...Tem três ou quatro profissionais fazendo a mesma coisa e o papel que não é do enfermeiro, né...então ...assim, esses probleminhas, encalsos, te tomam um tempo tremendo, que você poderia estar desenvolvendo para outro tipo de atividade, mesmo para sentar e conversar com o paciente que a gente infelizmente não consegue.

7) Mudou sua visão sobre o trabalho do enfermeiro, do que foi ao que é atualmente?

Pelas instituições que eu passei, pelo que vejo, que eu converso com alguns profissionais que não estão aqui na instituição é... e mesmo daqui...eu acredito que mudou e...de uns cinco anos pra cá tem mudado...eu acho que tem muita coisa a ser melhorada ainda né... Tem uma parte abrangente, um campo que a gente ainda, infelizmente não está acostumado a lidar com isso, que é a pesquisa, que é o estudo, né...que o enfermeiro infelizmente não tem o hábito de ler, de pesquisar, de se aprofundar nas coisas. Então eu acho que o papel mudou e muitas coisas melhoraram, a gente teve algumas conquistas. Eu acho que o COREN fez muitas coisas.. Faltam muitas, mas eu acho que ele valorizou, avançou em algumas coisas, em alguns pontos que eu acho de extrema importância. E posso até citar um exemplo, que eu trabalhava num hospital que quando eu entri, tinha dez enfermeiros e por uma fiscalização do COREN, aumentou para cinquenta e cinco...então ...quer dizer...isso não deixa de ser uma valorização do profissional. Eu acho que é assim, infelizmente a gente ainda 'tá' naquele negócio de enfermeiro de cabeceira, aquele enfermeiro que faz controle dos sinais vitais, ao invés de estar avaliando primeiro todos os pacientes para direcionar o cuidado. Priorizar o atendimento, discutir um pouquinho da patologia na primeira visita com a sua equipe...isso eu não vejo...eu vejo sim, aquele enfermeiro ainda na lida...então eu acho que nessa parte mudou muito pouco, mas também tivemos muitos avanços. Agora o que eu vejo dentro da instituição, depende do departamento, pois dependendo deste, você tem uma característica ou terá outra. Isso eu não sei avaliar até que ponto isso é bom ou ruim. Acho que tem que dar mais um tempo para coisa andar, mas... não sei quais são as perspectivas...parece que não são muito boas...

7) O que você acha que pode fazer para mudar o que considera estar inadequado?

Bom...o que eu posso fazer...No meu caso, vou te falar pessoalmente o que eu faço. Tentando me especializar, me envolver, me aprofundar nas questões, sempre estar trocando idéias pra formar conceitos na equipe, amadurecer a equipe, pra quem sabe a gente conseguir mudar alguma coisa aqui dentro. Acredito também que a gerência, o departamento tem que mudar de visão, é...infelizmente ainda os enfermeiros não tem consciência do quanto é importante esse lado científico, né...que eu acho particularmente ser fundamental, porque se não, você fica um tocador de serviço, você se perde no tempo e você sempre tem que se aprimorar, sempre estar buscando novas coisas, novos conceitos. Eu acho que, realmente para mudar tem que ter uma participação pessoal, você tem que ter uma motivação aqui no HC...você não tem motivação, não tem plano para o funcionário ter uma troca a mais na escala...então você tem uma avaliação no final do ano e eles te cobram isso e você não tem como fazer, porque você fala, fica aqui trabalhando seis doze horas e depois você imagina ficar mais oito, nove horas estudando...é muito complicado sem ter uma retaguarda, uma base...é difícil... eu acho assim... o enfermeiro hoje que quer crescer, que quer estudar ou que quer mudar o seu rumo, o que ele tem que fazer?...Ele tem que se sacrificar, ele tem que ter consciência disto e você só tem que ter sua auto-motivação. São pessoas iluminadas, assim que eu vejo, são pessoas que tem um inconformismo social, psicológico...o cara quer buscar, tem que ser “fuçador”, porque se você depender de motivação da instituição, não tem...não tem mesmo. Isso é assim ...muito claro para todos aqui dentro.

8) O que é autonomia para você?

Bom, autonomia...Eu acho que o enfermeiro aqui dentro, comparando cm outros serviços que eu conheço particularmente, acho que ele até tem uma certa autonomia, ele tem como se manifestar, ele tem uma relação razoável e boa na área médica; acho que fora alguns docentes, raros residentes, para a grande maioria tenho uma participação positiva, numa visita médica...eu acho que a relação é boa, os

residentes te respeitam, os docentes também, talvez pela forma da residência médica, que muitas vezes eles não estão presentes, eles te respeitam. Eu acho que a grande complicação disso é que o enfermeiro não tem autonomia dentro do departamento...vou te dar um exemplo: uma escala, uma simples escala...eu tenho autonomia para quê? Pra trocar alguns extras, fazer alguma coisa assim, fazer escala e trocar plantões...assim...este tipo de coisa, mas eu não tenho autonomia para decidir sobre um final de semana, mesmo sabendo que a escala estará descoberta, eu não tenho autonomia para abrir um extra aqui...eu tenho a visão da unidade, eu sei que vai complicar, porém nesse lado, não tenho autonomia...minha autonomia vai até um ponto...depois daquele ponto, mesmo que eu seja capaz de realizar ou responder por aquilo, porque acho que é importante... você ter autonomia é você poder responder por alguma coisa, ser um profissional responsável...Infelizmente é assim...Eu acho que aqui no HC na temos autonomia e o respeito profissional quando é em relação ao cuidado. Digo pela minha unidade, da equipe multiprofissional...o enfermeiro tem o respeito do docente, do residente e da própria enfermagem.

10) Até que ponto a autonomia é colocada como essencial no exercício da enfermagem?

Bom a autonomia é colocada como essencial na medida que o profissional encara o cuidado como sua principal função. Eu, colocando o cuidado em destaque e tendo autonomia para realiza-lo, isso é essencial. Infelizmente os enfermeiros não perceberam e não percebem isto.

11) Explique com suas palavras sua resposta em relação à questão sobre autonomia.

Eu coloquei duas respostas exatamente pelo seguinte: eu exerço autonomia em relação ao cuidado que eu presto aos pacientes. Tendo segurança e conhecimento para isso. Não considero ter autonomia nas questões administrativas e em algumas atividades burocráticas, pois muita coisa não depende de mim e sim da administração da instituição para que se resolva.

12) Qual a sua justificativa de sua resposta na questão (32) sobre o grau de autonomia. De que maneira desenvolve seu trabalho para considerar desta forma?

Bem como já coloquei em outras respostas, a gente desenvolve muitas atividades inerentes ou não do profissional. Considerei ter alguma autonomia, principalmente quando as questões são na parte administrativa, pois além de mim, tem a supervisora e a diretora da área. Em relação ao cuidado também considerei alguma, porque se atuássemos de forma mais científica, isso toda a enfermagem da instituição, essa autonomia seria mais valorizada.