

DANIELE CRISTINA ZUZA

**ESTUDO SOBRE A IDENTIDADE DO ENFERMEIRO
EM UMA INSTITUIÇÃO HOSPITALAR COOPERATIVISTA**

CAMPINAS

2007

DANIELE CRISTINA ZUZA

**ESTUDO SOBRE A IDENTIDADE DO ENFERMEIRO
EM UMA INSTITUIÇÃO HOSPITALAR COOPERATIVISTA**

*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,
área de concentração em Enfermagem e Trabalho.*

ORIENTADOR: PROF. DR. MAURO ANTÔNIO PIRES DIAS DA SILVA

CAMPINAS

2007

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

Bibliotecário: Sandra Lúcia Pereira – CRB-8ª / 6044

Z89e Zuza, Daniele Cristina
Estudo sobre a identidade do enfermeiro em uma instituição
hospitalar cooperativista / Daniele Cristina Zuza. Campinas, SP :
[s.n.], 2007.

Orientador : Mauro Antônio Pires Dias da Silva
Dissertação (Mestrado) Universidade Estadual de Campinas.
Faculdade de Ciências Médicas.

1. Enfermagem. 2. Identidade. 3. Cooperativismo. I. Silva,
Mauro Antônio Pires Dias da. II. Universidade Estadual de Campinas.
Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

**Título em inglês : The study about nurse's identity at cooperative hospital
institution**

Keywords: • Nursing
• Gender identity
• Supplemental health

Área de concentração : Enfermagem e Trabalho

Titulação: Mestre em Enfermagem

**Banca examinadora: Prof^o Dr^o Mauro Antônio Pires Dias da Silva
Prof^a Dr^a Sueli de Fátima Sampaio
Prof^a Dr^a Márcia Cristina Nozawa**

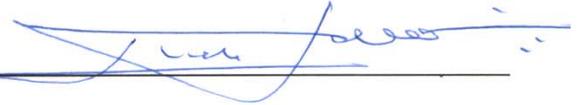
Data da defesa: 28-02-2007

BANCA EXAMINADORA DA DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Orientador(a): Prof.(a) Dr.(a) Mauro Antonio Pires Dias da Silva

Membros:

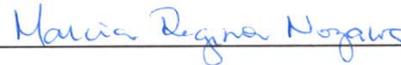
1. Prof. Dr. Mauro Antonio Pires Dias da Silva



2. Profa. Dra. Sueli Fátima Sampaio



3. Profa. Dra. Márcia Regina Nozawa



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

Data: 28/02/2007

DEDICATÓRIA

Dedico este estudo aos meus incentivadores incondicionais: meus pais, Antonio e Doraci e meu irmão, Fábio. As lições de amor e ternura da nossa família, fazem-me capaz de alcançar os sonhos mais difíceis.”

Ao meu companheiro Rodrigo. Agradeço pela compreensão e carinho nestes meses de ausência. Reconheço que esta foi uma verdadeira prova de amor...

Amor é algo que se sente independente da vontade de alguém e é um sentimento muito pessoal é como uma impressão digital por isso não existirão nunca dois amores iguais.

*Amor não é para ser entendido nem correspondido;
Amor é para ser vivido compartilhado.
Nunca cobrado,
Sempre oferecido.*

*Ao mesmo tempo em que se parece com um pássaro arredio e desconfiado,
porque parece nos abandonar as vezes sem que nos tenhamos dado conta.*

*Amor é muito confundido,
às vezes por não conhecermos a fundo o nome de outros sentimentos
confundimos muito do que sentimos com amor ou com a falta dele.*

*Mas é impossível.
Sem ele não há vida,
não haveria sorrisos,
nem tantas outras coisas que julgamos boas,
mas que só existem por causa da existência do Amor...*

Fernando Pessoa

A todos os enfermeiros que um dia tiverem a curiosidade de compartilhar minhas descobertas através desta leitura.

“O vôo até a Lua não é tão longo. As distâncias maiores que devemos percorrer estão dentro de nós mesmos.”

Charles de Gaulle

Ao Professor Doutor Mauro Antonio Pires Dias da Silva, serei eternamente grata. Aceitou-me como sua orientanda, mesmo não me conhecendo. Sua tranquilidade e capacidade de esperar, “o meu tempo”, foram espetaculares. Nunca esquecerei as lições de humildade, sinceridade e capacidade intelectual.

Agradeço à Universidade Estadual de Campinas / Faculdade de Ciências Médicas / Departamento de Enfermagem – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem pela oportunidade de realizar o Mestrado em Enfermagem. Muitos foram os aprendizados e eternas serão as lembranças.

À professora Mariana Sartori pelo ajuda e escuta nos momentos de aflição.

Aos enfermeiros sujeitos deste estudo: vocês confiaram e foram generosos comigo. Nosso convívio e a troca de experiências foi de incontável valia.

Muitas pessoas me incentivaram no decorrer deste estudo... pessoal administrativo e colegas de trabalho. Ficarão registradas para sempre nesta etapa tão importante da minha vida.

*Onde você vê um obstáculo,
alguém vê o término da viagem
e o outro vê uma chance de crescer.*

*Onde você vê um motivo pra se irritar,
Alguém vê a tragédia total
E o outro vê uma prova para sua paciência.*

*Onde você vê a morte,
Alguém vê o fim
E o outro vê o começo de uma nova etapa...*

*Onde você vê a fortuna,
Alguém vê a riqueza material
E o outro pode encontrar por trás de tudo, a dor e a miséria total.*

*Onde você vê a teimosia,
Alguém vê a ignorância,
Um outro compreende as limitações do companheiro,
percebendo que cada qual caminha em seu próprio passo.*

*E que é inútil querer apressar o passo do outro,
a não ser que ele deseje isso.
Cada qual vê o que quer, pode ou consegue enxergar.*

*"Porque eu sou do tamanho do que vejo.
E não do tamanho da minha altura".*

Fernando Pessoa

	<i>PÁG.</i>
RESUMO	<i>ix</i>
ABSTRACT	<i>xi</i>
1- INTRODUÇÃO	13
1.1- Considerações sobre o percurso profissional da pesquisadora e o surgimento do problema	14
1.2- Considerações sobre conceitos de identidade e o processo histórico da profissão	16
1.3- Considerações acerca dos modelos de assistência médica	25
1.3.1- Modelo público.....	25
1.3.2- Modelo privado.....	27
1.3.3- Considerações acerca do cooperativismo.....	30
2- OBJETIVOS	33
3- PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	35
3.1- Caracterização da pesquisa	36
3.2- Caracterização do campo de estudo	36
3.3- Sujeitos da pesquisa	37
3.4- Coleta de dados	37
4- ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS	42
UNIDADE TEMÁTICA I - Concepções sobre o ser enfermeiro	43
UNIDADE TEMÁTICA II - Contradições para exercer a enfermagem	53
UNIDADE TEMÁTICA III - Atuação profissional dos enfermeiros	59

UNIDADE TEMÁTICA IV - Condições de trabalho.....	68
UNIDADE TEMÁTICA V - Características profissionais e pessoais modificadas.....	71
5- CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	75
6- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	82
7- ANEXOS.....	91
Anexo I- Roteiro de entrevista.....	92
Anexo II- Termo de consentimento livre e esclarecido – TCLE.....	93
Anexo III- Modelo de entrevista	94
Anexo IV- Parecer do comitê de ética em pesquisa	97

RESUMO



As práticas do trabalho, como enfermeira, desencadearam inúmeras inquietações quanto às ações que estruturam a profissão. Muitas vezes, atendendo às exigências das instituições hospitalares, os enfermeiros executam ações de caráter administrativo gerencial, consideradas por muitos como não específicas da enfermagem, distanciando-se das atividades relacionadas à assistência aos pacientes. Através do enfoque qualitativo, este estudo pretendeu desvelar as percepções dos enfermeiros sobre o trabalho em um hospital cooperativista e descrever as adaptações de identidade do enfermeiro para a adequação ao exercício profissional. A entrevista semi-estruturada foi utilizada para manter a atenção no foco da questão sem limites, além de favorecer a expressão espontânea das idéias dos informantes. Os referenciais teóricos adotados sobre identidade foram fundamentados na Psicologia Social e em autores de enfermagem que desenvolveram pesquisas sobre o tema. Coletamos e identificamos os discursos em Unidades Temáticas e Estruturas Relevantes. A partir dos recortes dos depoimentos estabelecemos as análises, relacionando-as com referenciais bibliográficos que permitissem discussões e inferências sobre o assunto. Na discussão da Unidade Temática I as questões relacionaram-se à dualidade de ser enfermeiro assistencial ou administrativo, ser enfermeiro por ideal e ser enfermeiro líder. Na Unidade Temática II as estruturas relevantes enfocaram as contradições entre a teoria e a prática para ser enfermeiro. Na Unidade Temática III as ações do enfermeiro receberam o enfoque da ausência de autonomia. As dificuldades e facilidades na execução do trabalho estiveram presentes nos relatos dos enfermeiros e presentes na Unidade Temática IV. Para finalizar as discussões que permitiram compreender a identidade dos enfermeiros na realidade estudada, abordamos na Unidade Temática V as características profissionais e pessoais que foram modificadas. O estudo sobre a identidade do enfermeiro nesta instituição hospitalar cooperativista, permitiu compreender que as adaptações de identidade ocorrem, principalmente para corresponder às expectativas da instituição, mas elas devem ser percebidas pelos enfermeiros para que suas condutas não sejam gessadas.

Palavras chaves: enfermagem, identidade, cooperativismo

ABSTRACT



The practice of the work, as a nurse, unleashed countless anxieties about the actions that make the structure of the profession. Many times, answering the requirements of the hospital institutions, the nurses carry out actions of managerial administrative features, considered by many as not specific of the nursing, moving away from the activities linked to the patients assistance. Through the qualitative focalization, this study intends to disclose the nurses perception about the work in a cooperative hospital and to describe the nurses adaptation of identity for the adjustment to the professional practice. The semi-structured interview used because it allows to keep the attention on the focus of the question without limits, and it favours the spontaneous expression of the informers' idea. The theoretical references used about identity based on the Social Psychology and on nursing authors that developed researches about this subject. We collected and identified the speeches in Thematic Unity and Important Structures. From the cuttings of the testimonies we established the analyses, linking them with bibliographies that could allow discussions and inferences about the subject. At Thematic Unity I the questions linked to the duality of being an assistance nurse or an administrative nurse, to be a nurse for an ideal and to be a leader nurse. At Thematic Unity II the considerable structures focalized the contradictions on being a nurse between the theory and practice. At Thematic Unity III the nurse's action received the focalization of the autonomy absence. The difficulties and facilities on the work execution were current on the nurses' reports and current at Thematic Unity IV. Finishing the discussions that allowed to comprehend the nurses identity on the reality studied, we dealt at Thematic Unity V with the professional and personal characteristics that changed. The study about the nurse identity in this cooperative hospital institution, allowed to comprehend that the identity adaptations happen, mainly to reply the expectancies of the institution, but they must be noticed to not immobilize the behaviours.

Key Words: nursing, gender indentity, supplemental health

1- INTRODUÇÃO

1.1- Considerações sobre o percurso profissional da pesquisadora e o surgimento do problema

A prática do trabalho profissional como enfermeira desencadeou inúmeras inquietações. As dúvidas sobre o processo de trabalho em enfermagem surgiram em 2001, como enfermeira recém-formada, em uma Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica de um hospital privado universitário e continuaram posteriormente com o exercício do trabalho em um hospital privado.

Na primeira experiência os aprendizados adquiridos durante a graduação, chocaram-se com a realidade vivida na prática. A disciplina com maior carga horária durante o curso, contemplou cuidados de enfermagem nas diversas patologias, em adultos. A maior dificuldade na prática residia em cuidar de crianças com preparo para cuidar de adultos.

Além de pouca habilidade técnica para o cuidado, havia a dificuldade para liderar a equipe, adotando uma postura que correspondesse aos princípios institucionais autoritários, por acreditar em relações fundamentadas no companheirismo e no trabalho em equipe. Esta situação gerava insegurança e contradições para as tomadas de decisões na unidade com a equipe de enfermagem. O problema consistia em identificar o trabalho do enfermeiro gerente e assistencial.

Durante a formação acadêmica o enfoque na assistência de enfermagem foi intenso, entretanto, ao iniciar as atividades profissionais foi necessário gerenciar uma equipe em constante conflito.

Dessa forma o trabalho da enfermeira não se diferenciava dos demais membros da equipe de enfermagem, pouco reconhecido quanto à identificação no exercício da profissão, pelos integrantes da equipe multiprofissional, nesta realidade prevalecia a hegemonia médica nas decisões da unidade e faltava autonomia nas decisões e ações das enfermeiras, principalmente as recém-formadas.

Através das relações de trabalho identificamos submissão dos enfermeiros às exigências institucionais e aos médicos, e responsabilidade por problemas dos setores de apoio, tais como: falta de alguns tipos de materiais, consertos de equipamentos e solicitações para cumprimento de ações.

Na segunda experiência de trabalho as inquietações permaneceram, porém de maneira mais intensa por ser um hospital vinculado a uma cooperativa médica. As contradições relacionadas à submissão, desvios de funções, tornaram-se mais evidentes e constantes.

Pensamos, inicialmente, que estes questionamentos e inquietações estavam relacionados às dimensões do trabalho da enfermagem, à divisão social e técnica do trabalho e ao gerenciamento de equipes. Por isso, buscamos em 2004, um aperfeiçoamento no curso de Especialização de Gestão em Enfermagem.

Durante o curso adquirimos noções sobre as teorias da administração, gerenciamento de equipes e conflitos, e valorização da flexibilidade na condução de situações adversas que se apresentavam no cotidiano do trabalho.

Na pós-graduação buscamos abordar a gênese da construção da identidade profissional do enfermeiro e as contradições associadas à prática profissional em um hospital privado com uma filosofia de cooperativa, pois no cotidiano do trabalho neste local, percebíamos um conflito entre os enfermeiros quanto ao desempenho de suas ações, causado pela desarticulação entre assistência e gerencia.

Muitas vezes atendendo às exigências institucionais, os enfermeiros, neste local de estudo, executam ações de caráter administrativo gerencial, consideradas por muitos como não específicas da enfermagem, distantes das atividades relacionadas à assistência aos pacientes.

Esta dificuldade, entretanto, é freqüente em várias instituições hospitalares. Entre as ações de caráter administrativo gerencial mais questionadas, pela categoria de enfermeiros, destacam-se as solicitações de providencias sobre o trabalho de outros departamentos do hospital, como engenharia e manutenção, farmácia, nutrição e hotelaria: com estas atribuições o enfermeiros vê-se às voltas, por horas, com trabalhos não relacionados ao gerenciamento da assistência aos pacientes.

Alguns autores apresentam causas para esse conflito. Segundo Netto (2002) o conflito no desempenho das ações dos enfermeiros surge como uma polarização da identidade, entre a essência pretendida da profissão – o cuidar e o cuidado realizado na prática.

Além deste conflito, de acordo com Trevisan (1987), o trabalho realizado pelo enfermeiro visa também o alcance dos objetivos da organização. Nas estruturas hospitalares os enfermeiros desempenham um papel central, porém nem sempre relacionado com a assistência direta aos pacientes como as escolas de graduação preparam.

Enquanto as escolas de enfermagem enfatizam o cuidado individual ao paciente, o hospital, como o maior empregador de enfermeiras, espera que elas verifiquem se as ordens médicas são executadas e se as rotinas hospitalares estão sendo seguidas (Trevisan, 1987, p.206).

Assim, através deste trabalho pretende-se realizar um estudo qualitativo que favoreça a compreensão da identidade do enfermeiro, suas percepções, limites e possibilidades diante das exigências em uma instituição hospitalar cooperativista.

1.2- Considerações sobre conceitos de identidade e o processo histórico da profissão

Apresentaremos alguns conceitos desenvolvidos pela Antropologia, Psicologia Social e Enfermagem sobre identidade, assim como da história da profissão e do processo de organização do trabalho que serão utilizados como subsídio para posterior reflexão e análise dos conflitos vivenciados pelos enfermeiros, sujeitos do estudo.

A construção da identidade pode ser “pessoal e social, acontecendo de forma interativa, através de trocas entre o indivíduo e o meio em que está inserido” (Erikson, 1972, p.21).

Esse autor enfatiza que a identidade não deve ser vista como algo estático e imutável, uma armadura para a personalidade, mas algo em constante desenvolvimento.

Ciampa (1987) também considera a identidade como reflexo da estrutura social, ao mesmo tempo em que, reage com ela, conservando-a ou transformando-a.

A identidade também é apresentada por Berger (1973) como um fenômeno da dialética entre o indivíduo e a sociedade cujos processos para sua formação ou conservação dependem da estrutura social.

Para Violante (1985, p.141):

A identidade é o fenômeno que define quem é o sujeito que se procura conhecer, ou melhor, compreender, que a identidade, se concebida como o ponto de intersecção entre o indivíduo e a estrutura social a que ele pertence sintetiza determinações biológicas, econômico-sociais, culturais, ideológicas e psicológicas.

Em todas as definições, identidade apresenta-se como um processo em construção, fortemente influenciada pelo meio social.

Assim, o estudo da história da enfermagem no Brasil contribui com o auto conhecimento e compreensão da identidade profissional e dos conflitos vivenciados pelos enfermeiros, pois a estruturação da profissão foi marcada por relações estabelecidas com o meio social. Para Borenstein (1995) a análise histórica da enfermagem permite compreender o que pensam, o que sentem, como agem e ainda quais as perspectivas do que serão os enfermeiros em sua caminhada como grupo social contextualizado e a sua identidade.

Antes da colonização do Brasil, o cuidado aos doentes era desempenhado pelos pajés, utilizando plantas e ervas medicinais.

Pires (1989, p.27) cita que naquela época os conceitos de saúde e doença decorriam do pensamento místico.

Para os indígenas, os deuses regulavam os fenômenos da natureza, o processo vital dos homens e lhes causavam doenças e males, quando o comportamento inadequado destes provocava a ira daqueles.

Considera ainda que estes foram os primeiros profissionais de saúde, pois o trabalho envolvia todo o ato de saúde como diagnóstico, cuidado e preparo de medicamentos.

Com a colonização e a mudança radical no quadro nosológico do Brasil a assistência à saúde passa a ser realizada pelos jesuítas. Os religiosos atuavam como enfermeiros e os trabalhadores escravos auxiliavam na prestação dos cuidados (Silva, 1986).

De acordo como os relatos de Paixão (1979) no Brasil, juntamente com a colonização, surgiram as Santas Casas, mais especificamente no Rio de Janeiro, Vitória, Olinda e Ilhéus que representam as primeiras instituições que prestam assistência de saúde naquela época. À medida que chegavam religiosas ao Brasil iam-lhe sendo entregues os estabelecimentos de assistência.

Pires (1989, p.38) cita que no Brasil as Santas Casas de Misericórdia também se destinavam às obras de caridade e aproximação de Deus, assim como nos primórdios do cristianismo.

Considera ainda que:

essa assistência caritativa, do espírito e do corpo, prestada nas enfermarias jesuíticas e nas santas casas consistiam, junto com a prática leiga dos homens de ofício, todo o arcabouço assistencial do Brasil colonial, passando pelo império e pelo início da república, chegando assim ao século XX.

A evolução histórica do cuidado de enfermagem desde a colonização permitiu um avanço, no século XX, de substituição do modelo religioso da enfermagem pelo cuidado e controle do ambiente do paciente, além de uma rígida disciplina na enfermagem, com a finalidade de normalizar e regulamentar a vida no hospital.

A primeira tentativa de organização do ensino e profissionalização da enfermagem no Brasil, conforme cita Alcântara (1966), efetuou-se pela criação, por lei, em 1890, da Escola Profissional de Enfermeiros, no Hospital Nacional de Alienados, na cidade do Rio de Janeiro, com o objetivo de formar enfermeiros e enfermeiras para hospícios e hospitais civis e militares.

Mais tarde este hospital passou a ser chamado de Escola Alfredo Pinto. Esta escola criada e dirigida por enfermeiras inglesas, foi a primeira escola Nightingale organizada no Brasil.

Para Silva (1986, p.76):

o surgimento da escola configurou uma resposta a necessidades emergenciais daquele momento histórico da sociedade brasileira que vivia um processo de industrialização (...) As referidas necessidades centravam-se, pois, sobretudo nas condições precaríssimas de saneamento básico das principais cidades do país, com especial destaque para o Rio de Janeiro.

As políticas de saúde eram as de controle das grandes endemias e epidemias, que colocavam o país numa posição ameaçadora ao pleno desenvolvimento do comércio internacional (Pires, 1989).

Para atender às novas propostas sanitárias desenvolvidas para o país Carlos Chagas, diretor do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), solicitou a cooperação da Fundação Rockefeller para financiar a vinda de enfermeiras norte-americanas para o país. Alcântara (1966) cita que essa escola foi instalada, no ex-Distrito Federal, sob orientação de Ethel Parsons, com um modelo organizado segundo as mais modernas tendências de educação da enfermagem nos Estados Unidos.

A Escola de Enfermeiros do DNSP começou a funcionar em, 1923, com um grupo de catorze alunas. Em 1926, passou a chamar-se Escola Ana Néri e, posteriormente, Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

A preocupação com a formação disciplinar das alunas era a tônica do processo educativo, tanto que, segundo Pires (1989), para a implantação da escola, foi alugada uma casa contígua ao hospital para servir de residência às alunas que ficavam em regime de internato durante o curso.

O trabalho de divulgação e recrutamento de moças brasileiras das famílias da elite, com o intuito de firmar a nova profissão dentro dos moldes nightingaleanos foi intenso. Segundo Melo (1986), essas moças foram escolhidas devido à própria influência da

sociedade que discriminava o trabalho manual, fruto do capitalismo, principalmente relacionado à mulher fora do lar. Assim, as escolas procuravam formar enfermeiros com dotes intelectuais ligados ao domínio do conhecimento técnico-científico. Acreditava-se que a profissão seria valorizada mediante o distanciamento dos grupos que exerciam o cuidado ao doente, até então.

Avaliando o surgimento efetivo da enfermagem profissional no Brasil, Silva (1986, p.78) considera que:

A enfermagem no Brasil foi marcada por muitos paradoxos. Em primeiro lugar buscou-se atingir o objetivo de atender a problemas imediatos de saúde pública de país pobre implantando-se um modelo de escolarização de país rico. Em segundo lugar o escopo primordial da fundação das primeiras escolas de enfermagem dos Estados Unidos foi o atendimento, a baixo custo, da demanda de mão de obra de instituições hospitalares privadas enquanto que, no Brasil, a sua finalidade básica foi responder a interesses governamentais, sobretudo a resolução de problemas de saúde pública.

Pires (1989, p.134) ressalta que:

A enfermagem nasceu dentro de um projeto sanitarista, importando o modelo das escolas e serviços de saúde americanos, para atender às necessidades de desenvolvimento capitalista internacional. Os valores e a ideologia dominante foram absorvidos como sendo os valores e a ideologia da enfermagem.

As características do modelo da Escola Nightingaleana influenciam a enfermagem brasileira e reforça conceitos de religiosidade, ética e rígidas normas de conduta. Backes (1999, p.257) tece os seguintes comentários, sobre estas características:

Florence compõe um estilo de pensamento caracterizado por atividades normativas reveladas no treinamento com rigidez da disciplina (moral, espacial, corporal) e obediência à hierarquia. O saber é alicerçado em um conhecimento interdisciplinar conferido pelo estudo do saber médico, das ciências sociais e

comportamentais. As práticas são derivadas do cuidado ao paciente e na administração dos hospitais (...) imprime a utilização de normas, rotinas e regulamentos, conferindo ao exercício da enfermagem o uso de métodos e ferramentas, que estavam alicerçados em procedimentos técnicos e de treinamento.

Outra característica importante da escola Nightingaleana era a divisão das atividades em categorias profissionais: as “lady-nurses” e as “nurses”. As “lady-nurses” eram provenientes de famílias mais abastadas, que custeavam seus estudos e se destinavam a tarefas de supervisão; as nurses, de nível sócio-econômico inferior, recebiam o ensino gratuito e eram preparadas para o cuidado direto com o paciente (Almeida, Rocha, 1986).

As exigências da Escola Nightingaleana, tais como, sobriedade, serenidade, espírito de organização, correção e elegância foram importantes para conferir confiabilidade ao trabalho de enfermagem, considerado sem princípios científicos, desqualificado por ser manual e realizado por mulheres, mas que garantiu a divisão social do trabalho como forma de adaptação ao modo de produção dominante.

Melo (1986, p.54) considera que a divisão social do trabalho “*não é apenas uma divisão de tarefas manuais ou mais intelectuais entre pessoas de classes sociais diferentes, mas a manifestação da existência de diferentes formas de propriedade e da desigualdade social e, por isso mesmo tende a se ampliar sob o modo de produção capitalista*”.

A mesma autora define o trabalho das enfermeiras formadas pelas primeiras escolas de enfermagem brasileiras, como reprodução das atividades que dividiam o trabalho em intelectual e manual. Tal fato ocorria para justificar a sociedade que não aprovava a atuação da mulher fora do lar, principalmente desempenhando um trabalho manual, socialmente desvalorizado.

As relações de trabalho da enfermagem brasileira continuaram atreladas às mudanças econômicas e sociais. Podemos citar entre elas o desenvolvimento urbano-industrial seguindo características do modelo taylorista-fordista.

Pires (1998) comenta que apesar de algumas mudanças serem percebidas ao modelo taylorista-fordista, desde os anos 70, como inovação tecnológica, terceirização, trabalho em equipe com diminuição das relações hierárquicas, trabalhadores qualificados e polivalentes, no setor de serviços em saúde, as tarefas são parcelares, seguindo o modelo taylorista de gerência, principalmente em instituições privadas.

Na enfermagem, segundo Pires (1998, p.87):

o enfermeiro que é o profissional de nível superior, detém o controle do processo assistencial e delega atividades parcelares a profissionais de enfermagem de nível médio, ou a trabalhadores treinados para atividades específicas.

Dessa forma, a enfermagem desenvolve-se num espaço de regras de funcionamentos institucionais, sociais e sob a hegemonia médica.

De todos estes processos de organização do trabalho de enfermagem percebemos através da análise histórica que a formação e a prática de enfermagem no Brasil sofreram influências de fatores sócio-econômicos e do desenvolvimento do sistema de saúde, e atualmente aos profissionais de saúde cabe o desafio de exercer uma assistência que ofereça dignidade às pessoas através de práticas humanas e eficazes de assistência para todas as necessidades da população. Este conjunto de práticas humanas e eficazes depende da integração dos poderes públicos, principalmente o federal, a população e os profissionais de saúde.

Dentre as competências exigidas para o profissional no presente estão o rigor, coerência e grande empenho nos desafios do cotidiano (Brasil, 2001). Entretanto, nem sempre a prática corresponde à teoria e vice-versa, gerando no enfermeiro muita insatisfação e conflitos relacionados a sua identidade.

Sabemos que parte da construção do profissional é fortemente influenciada pelos órgãos formadores, ou sejam, as escolas.

Segundo Sá (1999, p.381):

no que concerne à formação, não traz soluções às alterações curriculares desarticuladas de um processo de sensibilização para o graduando quanto à valorização dos princípios humanos e de cidadania. Necessário se faz formar profissionais com capacidade técnica para influenciar nas decisões políticas e com sensibilidade poética para melhor compreender o self humano.

A educação deve garantir a formação de um profissional qualificado para o exercício da enfermagem, com base no rigor científico, intelectual, princípios éticos e capacidades para investigar e avaliar criticamente o exercício profissional.

Essa formação holística do enfermeiro pode proporcionar conhecimentos e habilidades para uma atuação profissional abrangente, desde a promoção da saúde até a reintegração dos indivíduos à sociedade.

Verifica-se também uma nova tendência a respeito da administração em Enfermagem apresentada por Sá (1999). Segundo a autora não é mais possível à enfermagem seguir modelos da Administração Clássica. Os gerentes devem ser facilitadores e formadores de equipe, sendo cada vez menor o espaço para o administrador controlador.

Porém, conforme cita Kirchhof (2000) muitos estudos explicitam o reconhecimento de que os enfermeiros executam atividades de caráter administrativo gerencial e possuem a incerteza se a assistência direta ao paciente constitui seu campo específico de trabalho e como podem obter reconhecimento por isso.

Tal fato ocorre porque, na prática, a percepção da realidade que o enfermeiro adquire com as experiências e exigências das instituições de saúde são diferentes e muitas vezes opostas às experiências adquiridas nas escolas.

Como consequência desses enfoques Gastaldo, Meyer (1989, p. 12) apontam que:

nenhuma enfermeira tem dúvidas quanto ao que se espera dela em termos de postura e aparência pessoal, mas poucas sabem dizer quais são suas reais atribuições. O atrelamento às necessidades do sistema, entre outros, fez da enfermeira um profissional afastado do seu próprio objeto de trabalho.

Os vários referenciais teóricos utilizados sobre identidade, história da enfermagem e organização do processo de trabalho apresentados anteriormente permitiu-nos considerar que a identidade é formada por processos sociais. Uma vez cristalizada, é mantida, modificada ou mesmo remodelada pelas relações sociais.

Assim, acreditamos que o uso da abordagem dialética poderá contribuir com os estudos sobre a identidade do profissional enfermeiro, porque a enfermagem é uma prática constituída através de determinantes que envolvem a história desde a Antiguidade até a Idade Moderna e a sociedade, principalmente, através de relações de poder e da divisão social do trabalho.

Considerando as contradições internas vivenciadas pelos enfermeiros durante o processo de formação e no desenvolvimento de suas práticas e utilizando a lei básica da dialética – da luta de contrários como referencial de análise, poderemos desenvolver um campo fértil para pesquisa (Silva, Silva, 2005).

Neste trabalho, buscaremos utilizar esta lei básica, porque segundo Kopnin (1978) a dialética é uma doutrina de contrários. O pesquisador deve refletir sobre estas perspectivas contrárias e interpretar a realidade, vendo nela uma sucessão de fenômenos que só existem enquanto contradição com as condições anteriores.

Silva, Silva (2005, p.115) afirma que:

a contradição dialética pertence ao plano do pensar, não com o significado de sinal de inverdade, mas, ao contrário, como a prova da veracidade da idéia, da sua boa qualidade enquanto reflexo do objeto existente.

1.3- Considerações acerca dos modelos de assistência médica

A seguir serão apresentadas algumas considerações acerca dos modelos de assistência médica do Brasil, com a intenção de facilitar a compreensão da inserção do modelo cooperativista na saúde e o campo de estudo dessa pesquisa.

1.3.1- Modelo público

Merhy, Queiroz (1993) apresentam uma revisão do processo de organização da atenção à saúde no Brasil. Segundo o autor a história da Saúde Pública brasileira iniciou-se no começo do século com Emílio Ribas, em São Paulo, e Oswaldo Cruz, no Rio de Janeiro. Estes cientistas tinham como meta a teoria miasmática; tanto a saúde como a doença passaram a ser vistas como um processo coletivo, resultado da agressão externa ao corpo biológico.

Para esses autores, o modelo assistencial público tinha na campanha e na política sanitária seus meios de efetivação. Somente na década de 10, a partir da teoria bacteriológica, surge um movimento em saúde conhecido como “médico-sanitário.”

Nunes (1998), cita que há fatos importantes dessa época que introduziram muitas questões no âmbito da saúde como a lei de indenização de acidentes de trabalho em 1919; a criação do Conselho Nacional do Trabalho em 1922 e a Lei Elói Chaves, que lançou as bases de um modelo nacional-público previdenciário, quando da criação, pelas empresas de estrada de ferro existentes no país, de uma Caixa de Aposentadoria e Pensões, para seus empregados. Até então, e mesmo por um longo período, a medicina era praticada ou remunerada de forma privada, ou de forma assistencial, de benemerência, onde se destacava a importância da filantropia praticada pelas Santas Casas do país.

Braga, Paula (1981) comentam que a política de saúde apresenta, a partir de 1930, um caráter restritivo em sua amplitude de cobertura populacional, assim como nos aspectos técnicos e financeiros.

Merhy, Queiroz (1993) discorrem sobre esse período destacando a “consciência sanitária” que permitia compreender como o meio insalubre atingia os indivíduos. Medicina e saúde pública eram entendidas como campos distintos; a primeira para curar através da clínica, patologia e terapêutica, e a segunda para prevenir doenças, prolongar e promover saúde através da higiene e da educação sanitária. O setor privado deveria ser controlado pelo serviço público. O modelo técnico-assistencial desta proposta centrou-se na construção de serviços regionais permanentes de saúde pública (os centros e postos de saúde) comandados por especialistas –os sanitaristas– que trabalhavam em tempo integral.

Mansur (2001) comenta que a característica corporativa da atenção à saúde no Brasil ficou restrita somente aos trabalhadores do mercado formal até os anos 60. Da década de 1960 em diante houve uma mudança na política do país, e as políticas públicas na área da saúde voltaram-se para uma maior inclusão da população em geral.

A autora ainda comenta a criação de programas voltados para a extensão da cobertura e para a descentralização da atenção à saúde, tanto no âmbito do Ministério da Saúde quanto do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS).

A revisão cronológica que se segue, foi baseada em Mansur (2001). No final do ano de 1966 houve uma grande reforma do sistema de Seguro Social do país, a instituição dos Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAPs), evolução das Caixas de Aposentadorias e Pensões que se multiplicaram a partir de 1923 e foram unificados a partir da criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), vinculado ao Ministério do Trabalho. Até 1974, a política de saúde no país era caracterizada pela supremacia dos serviços médico-hospitalares de caráter individual executada pelo INPS, em detrimento das ações de caráter coletivo executado pelo Ministério da Saúde e Secretarias Estaduais de Saúde o que levou a um crescimento da produção de atos médicos, à construção de grande número de hospitais, laboratórios e serviços privados e à multiplicação do número de ingressos nas faculdades de medicina e odontologia. Em 1974 foi criado o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), absorvendo o INPS e a Assistência Social ao Trabalhador Rural (FUNRURAL) e, em 1977, com a reformulação do sistema previdenciário, foi instituído o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS), através da Lei

nº 6439. Com a instituição do SINPAS, o então INPS passou a ser responsável pela concessão de benefícios (pensões e aposentadorias), enquanto ao recém criado INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social) a prestação de serviços médico-hospitalares. Nos dias atuais o Sistema Único de Saúde (SUS), criado pela Lei Federal nº 8080 de 19 de setembro de 1990, apresenta características voltadas principalmente à atenção básica da saúde e com iniciativas de descentralização para o gerenciamento, num primeiro momento aos estados, posteriormente dos municípios.

Mansur (2001) apresenta as mudanças propostas pela constituição de 1988. Segundo a autora a constituição propõe um sistema único de saúde, universalista, prevendo uma maior equidade na distribuição dos serviços e na atenção à saúde a toda a população.

Para Rocha, Simões (1999) a criação e implantação do SUS, público, integral, universal e equânime pretende superar o modelo de prestação de serviços de saúde, privatizante e mercantilista. Para os autores o fator limitante do desenvolvimento e implantação do SUS é seu financiamento. O financiamento do SUS encontra-se limitado no governo federal a valores em torno de 3% do PIB e, nos governos estaduais, a menos de 10% dos orçamentos; já em nível municipal, observam-se valores em torno de 20%.

Ao contrário, a oferta de assistência especializada e/ou hospitalar pelo SUS, em serviços públicos ou privados contratados ou conveniados atravessa grandes dificuldades, muitas vezes por falta de financiamento adequado.

1.3.2- Modelo privado

As considerações sobre o modelo privado, descritas a seguir, são baseadas em Duarte (2001). Segundo o autor, paralelamente ao atendimento do sistema público, desenvolveu-se o sistema de saúde privado, que se expandiu rapidamente em número de usuários. Este sistema de saúde é operacionalizado por quatro formas distintas de gestão: a medicina de grupo, as cooperativas de serviço médico, o seguro-saúde e os planos de autogestão. Cada uma dessas modalidades apresenta racionalidades de estruturação, clientela e formas de financiamentos diversos.

Entre 1970 e 1980 o setor hospitalar ficou gradativamente mais dependente do atendimento a convênios médicos. Os altos custos da medicina devido à utilização das tecnologias no setor passaram a inviabilizar o atendimento particular.

As bases legais que possibilitaram a constituição do setor empresarial na prestação de serviços médico-hospitalares, foram estabelecidas simultaneamente ao processo de unificação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) e a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), enquanto o Código Fiscal Nacional de 1966, a Constituição Federal e o Decreto Lei nº 200, ambos de 1967, permitiram a possibilidade de dedução das despesas médicas e hospitalares do Imposto de Renda às empresas que se responsabilizassem por essa forma de atendimento, em substituição ao público.

A assistência médica privada empresarial foi, portanto, introduzida no país em meados dos anos 60, simultaneamente à vinda da indústria automobilística, que trouxe a experiência norte americana, começando com cerca de 2000 associados nos anos 60; e passando nos anos 70, a cerca de 10000. A explosão aconteceu na década seguinte: 2 milhões de associados eram clientes desse sistema de saúde.

São considerados planos de saúde, os serviços de assistência médica e hospitalar comercializados por instituições não seguradoras. Os planos de saúde dão direito ao comprador, denominado usuário, de receber apenas os serviços da instituição e os atendimentos ocorrem somente na rede própria ou credenciada.

O seguro saúde é de comercialização exclusiva das companhias de seguro e o comprador denominado segurado, não deve receber serviços da companhia, mas ser reembolsado por despesas de saúde efetuadas.

Recentemente as companhias de seguro também passaram a apresentar lista referencial de profissionais e instituições hospitalares aos seus segurados, passando a assumir a mesma conotação dos planos de saúde.

Com o advento da regulamentação dos planos de saúde em 1998, toda a medicina privada passou a ser caracterizada como operadoras de planos de saúde.

Segundo Souza, Bodstein (2002) no contexto atual, novas formas de relação entre o setor público e privado são explicitadas. Observa-se a tendência dos grupos privados com capacidade de investimento e de modernização se descredenciarem do SUS, permanecendo vinculado ao sistema público, as empresas médicas menos capitalizadas e mais atrasadas do ponto de vista gerencial e tecnológico.

O setor privado de saúde no Brasil também se apresenta sobre a modalidade de setor privado autônomo ou atenção médica supletiva. Este setor integra as seguradoras de saúde, as cooperativas médicas e as empresas de medicina de grupo.

Cada uma dessas estruturas apresentam particularidades quanto à clientela e formas de financiamento.

O crescimento dessas categorias pode ser reflexo, de acordo com Souza, Bodstein (2002), da expansão da clientela do sistema público de saúde a partir da afirmação do direito universal à saúde em 1988 e do estrangulamento da oferta de serviços públicos de boa qualidade. A população, principalmente da classe média, aspira pela inclusão no setor médico supletivo, como garantia e segurança de possuir um plano de saúde.

A análise das modalidades de atenção à saúde no Brasil mostra que com a Constituição de 1988 e a estruturação do SUS o acesso ao atendimento de saúde representa um direito de cidadania.

Entretanto, com o avanço do atendimento do setor privado percebe-se uma assistência à saúde diferenciada entre classes sociais.

As incertezas quanto ao rumo do financiamento do Estado para o SUS, as crises econômicas e os escassos investimentos sociais explicam o aumento da clientela para o setor privado.

Segundo Souza, Bodstein (2002) o aumento da clientela no setor privado não deve ser incorporado somente à diminuição da qualidade dos serviços públicos, mas é um reflexo do aumento da urbanização do país, associado ao aumento da demanda por serviços médico-sanitários e por outros bens e equipamentos públicos. A garantia e a segurança de

possuir um plano de saúde passa a fazer parte da demanda social e das aspirações dos diversos segmentos da sociedade brasileira que conseguem alguma ascensão social. Essa clientela não considera a adequação, extensão ou a qualidade do serviço prestado, satisfazendo-se muitas vezes com apenas a existência de um leito para internação.

1.3.3- Considerações acerca do cooperativismo

As cooperativas médicas de saúde possuem grande destaque no segmento suplementar.

A seguir apresentam-se algumas considerações sobre a origem do cooperativismo. Não se pretende esgotar o assunto, mas a abordagem de alguns tópicos será importante para melhor compreensão do campo de pesquisa.

Segundo Lima (2004) as cooperativas de trabalho e de produção surgem com o trabalho industrial e com o movimento operário no século XIX. O movimento cooperativista fundou-se inicialmente com os socialistas utópicos, que propunham a autogestão do trabalho como reação defensiva ao desemprego e às condições de vida e de trabalho dos operários industriais.

Os princípios democráticos e igualitários propunham o associativismo no trabalho ainda dentro do capitalismo ou como forma de superar o capitalismo. O ano de 1844 é considerado o marco do movimento cooperativista com a criação em Rochdale, perto de Manchester, Inglaterra, da “Rochdale Society of Equitable Pionner”, uma cooperativa de operários têxteis que se expandiu rapidamente com a abertura, em 1850, de uma cooperativa de produção industrial – um moinho – e, em 1854, uma tecelagem e fiação.

Relatos de Benato (1997) afirmam que tendo o homem como principal finalidade - e não o lucro, os tecelões de Rochdale buscavam naquele momento uma alternativa econômica para atuarem no mercado, frente ao capitalismo ganancioso que submetia a sua produção a preços abusivos, exploração da jornada de trabalho, utilizando a

mão de obra de mulheres e crianças que trabalhavam até 16 horas por dia, e ainda contraditoriamente, o mercado de trabalho apresentava um índice de desemprego crescente para os tecelões.

Lima (2004) considera que o cooperativismo ora visto como alternativa ao capitalismo, ora como possibilidade de expansão no interior do capitalismo, marcou a esquerda política da época.

O cooperativismo evoluiu e conquistou um espaço próprio, definido por uma nova forma de pensar o homem, o trabalho e o desenvolvimento social.

Por sua forma igualitária e social o cooperativismo é aceito por todos os governos e reconhecido como fórmula democrática para a solução de problemas sócio-econômicos.

A cooperativa é uma associação autônoma de pessoas que se unem, voluntariamente, para satisfazer aspirações econômicas, sociais e culturais comuns, por meio da criação de uma sociedade democrática e coletiva.

As empresas cooperativas baseiam-se em valores de ajuda mútua, solidariedade, democracia e participação. Tradicionalmente, os cooperantes acreditam nos valores éticos de honestidade, responsabilidade social e preocupação pelo seu semelhante.

O cooperativismo visa o desenvolvimento do ser humano, das famílias e da comunidade. No contexto mundial, onde predomina a miséria da maioria da população, situa-se como um instrumento acessível para as camadas mais pobres da população modificarem sua realidade.

De acordo com Duarte (2001) a Cooperativa de Trabalho Médico (UNIMED) representa a grande totalidade da rede de assistência suplementar. É uma empresa cooperativa com modelo organizacional específico e diferenciado em relação às empresas tradicionais. Os principais traços que distinguem uma cooperativa são a participação dos cooperados nos processos decisórios; cada cooperado possui o poder de um voto, e a divisão do lucro ocorre conforme o trabalho e não conforme o capital. Além da elevada

especialização, destaca-se também a descentralização horizontal, entendida como a extensão em que o poder formal ou informal é dispensado na linha hierárquica para as partes não gerenciais da estrutura.

Assim, para Duarte (2001) a parte chave da estrutura é o núcleo operacional (responsável direto pela produção de bens ou prestação de serviços), que atua com alto grau de autonomia sobre seu trabalho. O fato de ser uma organização do tipo cooperativa de estrutura, por definição, descentralizada – intensifica certas características da organização profissional. No sistema UNIMED, as singulares (unidades que respondem às Confederações) dispõem de expressiva autonomia, e os profissionais que nelas atuam detêm um grande controle sobre seu processo de trabalho. A concentração de poder nas mãos do médico é potencializada, acrescentando-se à autoridade própria da natureza profissional, aquela decorrente da qualidade de cooperado.

2- OBJETIVOS

1. Estudar as percepções dos enfermeiros sobre o trabalho em um Hospital Cooperativista
2. Analisar os limites e possibilidades do enfermeiro diante das exigências institucionais

3- PROCEDIMIENTOS METODOLÓGICOS

3.1- Caracterização da pesquisa

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, que buscou obter o significado dos acontecimentos vividos pelos enfermeiros na realidade estudada, considerando-os como atores sociais. De acordo com Trivinos (1992) e Minayo (1994), uma das grandes postulações da pesquisa qualitativa é a sua atenção especial aos pressupostos que servem de fundamento à vida das pessoas.

Optamos pela entrevista semi-estruturada, em virtude de essa técnica apoiar-se em teorias e hipóteses sobre o fenômeno social, que interessa ao investigador, não deixando de considerar os contatos realizados na escolha das pessoas que serão entrevistadas (Trivinos, 1992).

Esperamos captar, com esta técnica, as percepções relacionadas às vivências dos enfermeiros, para compreensão dos objetivos propostos.

3.2- Caracterização do campo de estudo

O estudo foi realizado em um Hospital Cooperativista de médio porte, com 72 leitos dispostos em Clínica Médica e Cirúrgica, Maternidade, Berçário, Pediatria e Unidade de Tratamento Intensivo.

Este hospital oferece assistência a pacientes associados e particulares. É referência entre as cooperativas por seu empreendedorismo e conquistas de certificações, como o Certificado de Qualidade Hospitalar concedido pela Associação Paulista de Medicina (APM) do Estado de São Paulo, e a certificação concedida pela Organização Nacional de Acreditação - ONA Nível 2. Estes certificados avaliam o atendimento e a organização hospitalar em níveis de segurança, processos de atendimento, normas e rotinas adequadas para oferecer aos clientes conveniados e particulares a máxima qualidade de assistência médico-hospitalar.

Embora a instituição seja estruturada em um modelo cooperativista, o hospital possui um organograma vertical e estruturas de comando hierarquizadas. O modelo cooperativista médico foi consolidado como uma forma de atender a demanda e organização de trabalho médico, o atendimento, mas as relações gerenciais, no hospital, se

aproximam de modelos centralizados de gestão, não participativos, adotados por instituições privadas.

O serviço de enfermagem do hospital é composto por Auxiliares de Enfermagem, Técnicos de Enfermagem e Enfermeiros que respondem hierarquicamente a uma Diretoria de Enfermagem. A Diretora de Enfermagem responde para a Gerente Administrativa, e esta ao Diretor Presidente. A organização administrativa e gerencial da enfermagem também se assemelha às características adotadas por hospitais com modelo de gestão privado.

3.3- Sujeitos da pesquisa

De um contingente de vinte e três enfermeiros desse serviço, coletamos dados de oito enfermeiros, que aceitaram participar da entrevista, com no mínimo um ano de contratação e que trabalhavam apenas nesta instituição. O critério de exclusão foi definido com a intenção de desvelar as percepções dos enfermeiros sobre o trabalho em um Hospital Cooperativista e as modificações sofridas na sua identidade, considerando a menor interferência possível de realidades paralelas ao seu trabalho na instituição ou de outras características resultantes de campos de trabalho diferentes.

Destes enfermeiros, três concluíram a graduação em escola pública e cinco em escolas privadas. Apenas um enfermeiro concluiu o curso entre 1991 e 1995, os demais concluíram o curso de graduação entre 2001 e 2005.

Quanto ao tempo de contratação na empresa apenas um enfermeiro entrevistado possui 12 anos de contratação, os demais estão na empresa em média há cinco anos.

3.4- Coleta de dados

Procedimento de coleta de dados

As entrevistas semi-estruturadas foram realizadas, após a assinatura do consentimento livre e esclarecido, de acordo com a Resolução nº196/96 do CNS que trata da pesquisa com seres humanos.

Minayo (1994) afirma que existem diferentes formas de estruturar uma entrevista que se resumem em aberta ou não estruturada, quando é oferecida liberdade ao participante para abordar o tema proposto; estruturada quando há perguntas previamente formuladas e semi-estruturadas que se caracteriza por articular as duas modalidades anteriores.

As entrevistas aconteceram em horários e locais estipulados pelos entrevistados, fora do local de trabalho, com registro dos depoimentos em gravador. Os entrevistados concordaram com as gravações e, além das perguntas, houve oportunidade para acréscimo de comentários e observações pertinentes aos assuntos. As entrevistas gravadas permitiram a transcrição das falas dos enfermeiros sem interferências do entrevistador.

Análise dos dados

Procedemos a análise dos dados a partir das considerações de Minayo (1994). No capítulo que trata da Fase de Análise ou Tratamento dos dados, encontramos uma orientação sobre o perigo de considerarmos apenas as transparências nas interpretações e análises das informações coletadas. Segundo a autora, para uma adequada análise do material colhido, devemos ultrapassar as incertezas, enriquecer as leituras e integrar as descobertas para além das aparências.

Seguimos, para análise dos dados, as fases definidas pela autora que são:

- pré-análise: compreende a leitura de todo o material coletado juntamente com a revisão dos objetivos iniciais da pesquisa;
- exploração do material: compreende a organização e definição de variáveis que permitam definir as unidades temáticas;
- discussão dos resultados obtidos e interpretação: neste momento os temas já estão definidos e a partir disso, com as bibliografias referentes à temática estudada, interpretaremos os dados;

Essas fases contribuíram na organização dos dados em ‘Unidades Temáticas ‘ e ‘Estruturas Relevantes’ a partir da análise do material empírico coletado. Para evitar a análise superficial dos dados, recorreremos às leituras de textos, dissertações e livros que apresentavam temáticas pertinentes.

Para efeito de apresentação, os recortes dos depoimentos dos sujeitos da pesquisa foram apresentados conforme a seqüência: E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7, E8.

As Unidades Temáticas determinadas foram: Concepções sobre o ser enfermeiro, Contradições para exercer enfermagem, Atuação profissional dos enfermeiros, Dificuldades e Facilidades na execução do trabalho, Características profissionais e pessoais modificadas.

As estruturas relevantes identificadas a partir das Unidades Temáticas contemplam análises mais detalhadas dos recortes dos depoimentos dos sujeitos da pesquisa.

A representação esquemática abaixo facilita a compreensão das Unidades Temáticas e Estruturas Relevantes que serão discutidas a seguir.

UNIDADE TEMÁTICA I

CONCEPÇÕES SOBRE O SER ENFERMEIRO

Estrutura Relevante 1

Cuidar X Gerenciar

Estrutura Relevante 2

Enfermagem como ideal

Estrutura Relevante 3

Enfermeiro líder

UNIDADE TEMÁTICA II

CONTRADIÇÕES PARA EXERCER A ENFERMAGEM

Estrutura Relevante 1

Algumas relações entre teoria e prática

UNIDADE TEMÁTICA III

ATUAÇÃO PROFISSIONAL DOS ENFERMEIROS

Estrutura Relevante 1

Ausência de autonomia nas ações

Estrutura Relevante 2

Limites e possibilidades na atuação profissional

Estrutura Relevante 3

Conquista de autonomia profissional

UNIDADE TEMÁTICA IV
CONDIÇÕES DE TRABALHO

Estrutura Relevante 1

FACILIDADE: condições de trabalho favoráveis

UNIDADE TEMÁTICA V
CARACTERÍSTICAS PROFISSIONAIS E PESSOAIS MODIFICADAS

Estrutura Relevante 1

Modificações profissionais e pessoais

4- ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

UNIDADE TEMÁTICA I

CONCEPÇÕES SOBRE O SER ENFERMEIRO

Na busca de compreender a identidade do enfermeiro, no local de estudo proposto e considerando que a identidade é um processo dinâmico e cultural, em função de influências do meio social, sugerimos nesta unidade temática, através do estudo e de recortes dos depoimentos dos entrevistados, três estruturas relevantes que evidenciam a constituição do processo de trabalho da enfermagem enquanto categoria e especificamente dos sujeitos da pesquisa, tendo como determinantes as crenças e valores sobre o que é enfermagem e sua relação com aspectos de formação e prática profissional.

Estrutura Relevante 1

Cuidar x Gerenciar

Várias discussões apontam qual seria o foco central da profissão e vários posicionamentos sugerem o cuidar como a essência.

Refletir sobre o cuidar remete-nos ao início da profissão. Medeiros (1997) afirma que, durante o processo de institucionalização da enfermagem no mundo e no Brasil, o trabalho do enfermeiro possuía uma íntima relação com o cuidar-fazer. Nas sociedades tribais, esta tarefa era realizada por mulheres de maneira empírica, posteriormente, com as irmãs de caridade, este cuidado passou a assumir características de ato caridoso e com o início da enfermagem moderna, através de Florence Nightingale, o cuidado assumiu características científicas, com ações fundamentadas na técnica.

Para Waldow, Meyer, Lopes (1995) o cuidar engloba atitudes com conhecimentos, valores e habilidades empregadas para manter ou melhorar a condição humana, no processo de viver e morrer. Os autores, afirmam que o cuidado humano é uma forma de viver, de ser, de se expressar. Consideram que se trata de uma postura ética e estética frente ao mundo. Considerando estes significados sobre o cuidado, encontramos nos relatos dos enfermeiros o cuidar como forma de ajudar.

Para Waldow (2001, p.137):

o que motiva o cuidar, está relacionado a um sentimento, a um chamado, a uma compulsão para ajudar quem ou aquilo que, conforme o julgamento necessita. É fazer algo no sentido do bem. Não é um comportamento impensado, ao contrário, ele é consciente no sentido de responder princípios a valores morais.

Nos relatos abaixo, o enfermeiro entende o cuidar como uma forma de ajudar o próximo.

E 5: *“Ser enfermeiro é contribuir na ajuda para aquele que precisa, no caso o enfermo; é ajudar a ensinar aqueles que também possuem vontade de ajudar. Cuidado no banho, ajuda na deambulação, alimentação, medicação. E ensino dos auxiliares e técnicos para o cuidado. Corrigindo para fazer o cuidado certo e observar se o paciente está sendo assistido da forma que deveria.”*

E 6 : *“Prá mim enfermeiro é tentar organizar uma equipe para trabalhar em favor do paciente. Mas, não só dando assistência de enfermagem, mas também psicológica, ouvir, aconselhar. Às vezes, os pacientes e os funcionários. Então, o meu papel é de orientadora, além de ser uma prestadora de assistência médico-hospitalar. Então, orientar, ensinar, até na vida particular de alguém. Pacientes, familiares e funcionários.”*

Nestes depoimentos contemplamos também os conceitos de cuidado, apresentados por Espírito Santo, Escudeiro (2000, p.28) *“o cuidado técnico pode ser ensinado, contudo o cuidado amplo, como processo interativo, precisa ser vivido para poder ser reconhecido e valorizado efetivamente enquanto essência da enfermagem.”* Esta amplitude do cuidado envolve ajudar o indivíduo a não perder sua dignidade quando se encontra doente.

Concordamos com Uhlmann (2004) quando considera que, se partirmos do princípio de que cuidar é somente fazer algo por alguém, poderemos vivenciar situações frustrantes na enfermagem carregadas de sentimento de impotência diante de pacientes por quem, aparentemente não temos mais nada a fazer, parecendo que o cuidado se findou.

Segundo a mesma autora, “quando se finda o cuidado fazer, o que importa de fato é o cuidado ser/estar: ser solidário, estar integrado aos problemas do paciente e interagir com a família” (Uhlmann, 2004, p.96). Nessas situações o conceito de cuidar mais amplo, faz a grande diferença na atuação do profissional de enfermagem.

Para outros entrevistados ser enfermeiro, também envolve aspectos administrativos do cuidar.

Quando questionados sobre o que significa ser enfermeiro, os entrevistados apresentaram variações de significados entre o cuidar e a prática administrativa. Verificamos que o “cuidar” em alguns depoimentos relaciona-se com o fazer e em outros, o “cuidar” é suprimido pelas práticas administrativas, entendidas como burocráticas ou de gerenciamento.

Conforme Waldow (2001, p.171) *a prática, ao longo dos tempos, tem sido a de chefiar unidades, elaborando planos diários de atividades, prever material e pessoal, fazer escalas de plantões, revisar medicações de controle, supervisionar as atividades, visitar os pacientes.*

E 1: “Ser enfermeiro é o cuidar, mas é um cuidar muito mais amplo do que a gente faz, quando a gente acabou de sair da faculdade(...). Tem o nosso lado administrativo, o nosso lado de enfermeiro administrativo que a gente tem que saber cuidar de RH, tem que saber fazer papelada, tem todo esquema de escalas, coisas bem administrativas mesmo, como administrar o seu funcionário, que eu ainda estou aprendendo (...). Mas isso só com o tempo, porque a faculdade não dá muita base, talvez cursos, outras coisas para eu aprender esse lado. Eu acho, eu acho não, são dois grandes lados, mas a gente precisa optar para que lado quer ir. Mas a enfermagem basicamente envolve ser um bom administrador e você saber olhar para o seu paciente como um todo mesmo (...) Acaba sendo esses dois lados, o administrativo e o cuidado assistencial.”

E 3: “Enfermeiro para mim é assim: cuidar da parte administrativa, como também eu não consigo ser só administrativa, ser assistencial também. Trabalhar com a humanização, saber ouvir os funcionários, e por trabalhar neste hospital seguir as normas e rotinas administrativas.”

E 4: “Enfermeiro é ao mesmo tempo prestar assistência ao paciente, gerenciar a equipe de enfermagem, saber prever e prover os cuidados e equipamentos de uma unidade, solucionar os problemas e impedir que outros aconteçam. O enfermeiro tem que ser um pouco generalista, mas ao mesmo tempo deve procurar especializar-se, só que mesmo na especialização o enfermeiro depara-se com situações que exigem conhecimentos. Como exemplo: um enfermeiro de UTI deve saber cuidar de uma gestante também.”

E 7: “Ser cuidador, educador. Abrange funções administrativas e assistenciais. É bastante complexo definir, mas como característica é o cuidar, mas não tem só o cuidar isolado. Envolve aspectos administrativos, liderança, coordenação, gerenciamento desses processos.”

Consideramos que este conflito não é específico do campo de estudo, mas dos enfermeiros de uma forma geral.

Nesta amplitude, consideramos que as escolas de graduação assumem papel fundamental. A ênfase aplicada à técnica, muitas vezes, sobrepõe-se ao cuidado ser/estar, caracterizando uma assistência de enfermagem mecânica e pouco valorizada, executada como um ritual.

No relato a seguir é representado o enfoque ensinado pela faculdade no cuidar técnico:

E 1: “Ser enfermeiro é o cuidar, mas é um cuidar muito mais amplo do que a gente faz, quando a gente acabou de sair da faculdade.(...). Tem o nosso lado administrativo, o nosso lado de enfermeiro administrativo que a gente tem que saber (...)”

De acordo com Silva (1998), os cursos de graduação contemplam o cuidado direto junto ao paciente, como base para o ensino do enfermeiro através de técnicas de enfermagem. Estes enfoques acadêmicos direcionados para as atividades de cuidar contrapõem-se com os serviços de enfermagem inseridos nas complexas organizações hospitalares. O enfermeiro ora depara-se com atividades administrativas a serem desenvolvidas, ora com exigências das atividades de cuidado.

No relato do enfermeiro E3 percebemos a influência da organização hospitalar :

E 3: “Enfermeiro para mim é assim: cuidar da parte administrativa, como também eu não consigo ser só administrativa, ser assistencial também. Trabalhar com a humanização, saber ouvir os funcionários, e por trabalhar neste hospital seguir as normas e rotinas administrativas.”

Diante das variações apresentadas nas falas dos entrevistados entre o cuidar e as tarefas administrativas, surge a necessidade de compreender o significado dessa administração e sua relação com a assistência de enfermagem. Para os enfermeiros, sujeitos da pesquisa, os aspectos administrativos estão relacionados com necessidades burocráticas de preenchimento de papéis, elaboração de escalas, checagem de folgas e férias. Estas atividades sobrepõem-se ao gerenciamento do cuidado.

No contexto de mudanças constantes deste novo milênio, as organizações estão assumindo novas posturas relacionadas às competências, liderança e conhecimento.

Pires (1989) apresenta o enfermeiro como elemento administrador da assistência de enfermagem, prestador de cuidados aos doentes, além de formador de pessoal auxiliar e de novos enfermeiros para atuar na profissão.

Para atender estas exigências, dentro da equipe multiprofissional, Cunha (2006, p.481) considera que:

aos enfermeiros cabem entre outras, tarefas diretamente relacionadas com sua atuação junto ao cliente, bem como a liderança da equipe de enfermagem e o gerenciamento dos recursos – físicos, materiais, humanos, financeiros, políticos e de informação – para a prestação da assistência de enfermagem.”

Esta definição apresentada por Cunha (2006) aproxima-se das atividades administrativas apontadas pelos entrevistados. Como evidenciamos, no relato do enfermeiro E1: (...) *Tem o nosso lado administrativo, o nosso lado de enfermeiro administrativo que a gente tem que saber cuidar de RH, tem que saber fazer papelada, tem todo esquema de escalas, coisas bem administrativas mesmo, como administrar o seu funcionário.*

Talvez, a busca constante pela qualidade e excelência do serviço, neste local de estudo, repercutiu na valorização das funções administrativas executadas pelos enfermeiros, mais do que a administração do cuidado.

Trevisan (1987) adverte que o enfermeiro deve fazer uso de sua competência profissional para determinar e planejar suas atividades. A sua função administrativa deverá focar a assistência ao paciente, compreendendo-o como pessoa e fazendo com que ações sejam implementadas. Para tanto, ele deverá adequar princípios e medidas administrativas para a decisão e solução de problemas específicos e para a administração de seu pessoal.

Conforme o relato desta autora, o exercício da função administrativa reside na transformação de execução de tarefas ditadas por normas, ao estabelecimento de normas que melhor se adaptem e sirvam à assistência ao paciente.

O que nos chama atenção, nesta estrutura relevante, é a reprodução do discurso entre os entrevistados, de ser enfermeiro administrativo ou assistencial, para aqueles que concluíram o curso de graduação, em períodos e escolas distintas. Observamos que, independente da faculdade ou o tempo de sua formação, o local de trabalho influencia significativamente a formação de uma identidade adequada às necessidades do serviço. A ênfase aos cuidados de enfermagem desenvolvida durante o período de graduação fica como um recurso secundário diante das exigências administrativas.

As necessidades do serviço impõem ao enfermeiro a resolução de problemas não relacionados à sua prática, tais como controle da higienização dos ambientes, rouparia, manutenção, nutrição, no entanto estas funções de apoio podem ser exercidas por profissionais qualificados nestas áreas. Quando desempenhadas por enfermeiros promovem

o distanciamento do profissional das necessidades reais do paciente, levando-os à busca de soluções dos problemas imediatos. Segundo Bernardes, Nakao, Évora (2003) esse requerimento institucional tende a mantê-los na posição que convém à instituição, alienados do que poderia significar a consciência de sua identidade profissional e da confiança no seu próprio saber.

Estas concepções reiteram a posição de Ferraz (1989) quando comenta que o mundo do enfermeiro não está ao “redor do paciente”, “não está ao redor do cuidar”, mas está ao redor da instituição hospitalar, quando através da sua função administrativa, presta-se à manutenção desse sistema.

Para Bernardes, Nakao, Évora (2003) o enfermeiro não deve deixar de lado sua competência profissional, sua autoridade, sua autonomia para seguir normas e regras previamente elaboradas por outros; deve planejar suas ações e de seu pessoal, visando primordialmente o cliente.

Justificamos estas percepções através do relato do enfermeiro E 3: (...)” *ser enfermeiro é trabalhar com a humanização, saber ouvir os funcionários, e por trabalhar neste hospital seguir as normas e rotinas administrativas.*”

Através dos depoimentos, neste local de estudo, as competências profissionais relacionam-se muitas vezes ao cumprimento de regras e normas administrativas, porém estas obrigações não devem restringir a capacidade de os enfermeiros planejarem uma assistência de enfermagem eficaz.

Estrutura Relevante 2

Enfermagem como ideal

KAKEHASHI (1999) comenta que o ideal, para a enfermagem, é considerado como a força que rege a verdadeira enfermeira, que faz vencer as dificuldades, e o incentivo quando está prestes a esmorecer.

Conforme a definição apresentada, no dicionário de língua portuguesa, ideal pode ser compreendido como a reunião de toda perfeição possível ou o objeto do mais alto desejo. Ou ainda, pode ser algo que esteja no mundo das idéias, que pode representar grande dificuldade para ser transposto para o mundo material.

Atualmente, a idealização de uma enfermeira pode cristalizar uma imagem que já não mais se apropria à realidade solicitada.

A interpretação da enfermagem como ideal, perpassa as representações históricas e sociais da profissão. O perfil de enfermeira como pessoa devotada, abnegada, observadora, fiel e de sentimentos delicados, conforme definido na segunda metade do século XIX por Florence Nightingale, aparece no único relato definidor do ser enfermeiro:

E 8: “Ser enfermeiro é trabalhar com dedicação, carinho com os pacientes para ajudar na recuperação. É trabalhar com idealismo, não só pelo emprego. Eu gosto muito do que eu faço. Eu achava que, sendo enfermeira eu poderia passar para os outros colegas, o conhecimento e a habilidade, para que todos cuidassem dos pacientes da maneira que eu cuido. Durante 17 anos eu fui técnica e, eu queria passar como enfermeira para os outros colegas esse idealismo, de ser enfermeira para o cuidar. (...) Eu escolhi especializar-me em UTI porque estes pacientes precisam sempre de alguém, para fazer por eles.”

Nestas considerações encontramos implícitos os conceitos de perfeição e altruísmo.

Padilha (1998) considera que a enfermagem profissional no Brasil e no mundo foi influenciada pelas bases científicas de Florence Nightingale. Muitos conceitos defendidos por Florence foram adquiridos por sua passagem em locais onde eram difundidos cuidados de enfermagem leigos, baseados em princípios religiosos de caridade, amor ao próximo, doação, humildade. O cuidado aos enfermos foi uma das muitas formas de caridade difundida pela igreja e que se conjuga à história da enfermagem, principalmente após o advento do cristianismo. Os ensinamentos de amor e fraternidade transformaram a sociedade e o desenvolvimento da enfermagem, marcando,

ideologicamente, a prática de cuidar do outro e modelando comportamentos que atendessem a esses ensinamentos.

O relato do enfermeiro E 8 é uma pequena amostra do sentimento de altruísmo assumido por alguns profissionais ao optarem pela profissão. Este paradigma está fortemente entrelaçado ao paradigma de ser a enfermagem uma profissão de mulheres, do gênero feminino, que envolve representações sociais inerentes às “características” de mulher ideal, tais como: submissão, abnegação, disciplina, pureza, humildade e domesticidade (Spindola, Santos, 2005).

Estrutura Relevante 3

Enfermeiro líder

Nesta estrutura relevante, ressaltamos a única consideração sobre o ser enfermeiro, diretamente relacionada com liderança. Para E 2, ser enfermeiro é:

“Ser tudo. Basicamente coordenação, liderança, atitude, então engloba todas estas partes, aí. Eu acho que a atitude está em observar o funcionário, né. O que ele está fazendo, o que ele está realizando, e dentro dessas ações e procedimentos, ver o certo ou o errado, se precisa melhorar mais, se precisa de um treinamento, engloba tudo.”

Diferente dos demais enfermeiros deste local de estudo, que apresentam o conflito de ser enfermeiro assistencial ou administrativo, o relato do enfermeiro E 2, nos chama a atenção pela referência ao aspecto de liderança da equipe. Sem manifestar dúvidas quanto às suas funções, este enfermeiro reconhece a necessidade de liderar a equipe de enfermagem, embora tropece na maneira de exemplificar as funções de um líder.

A liderança em enfermagem é um tema de grande interesse entre educadores e profissionais. Conforme Chaves (1993), liderar não significa administrar; um administrador pode planejar, organizar e controlar de maneira eficiente, porém o líder realiza as atividades do administrador com eficácia porque conhece a si mesmo e as características individuais

de cada elemento do seu grupo. Cabe ao enfermeiro desenvolver as habilidades que o tornem um bom líder. A busca do autoconhecimento, o envolvimento com a estrutura organizacional e sua filosofia, pode ser o primeiro passo.

No relato do enfermeiro E2 percebemos a utilização da palavra liderança, porém, os exemplos relacionam ações de controle e orientação dos trabalhadores com características de supervisão.

Concordamos com Chaves (1993, p. 58) quando cita que a liderança eficaz não se desenvolve através de uma fórmula ou receita:

É uma tarefa desafiadora e difícil que exige uma visão global que acentua o clima total e reconhece as diferenças individuais, exigindo um esforço contínuo; as várias técnicas de liderança são meios para conseguir-se um fim e não um fim em si mesmo.

O desenvolvimento da habilidade de liderança do enfermeiro requer mudanças tanto nos órgãos formadores como nas instituições de saúde. Segundo Galvão (1998, p.305) *“as escolas de enfermagem necessitam viabilizar conteúdos e estratégias nos atuais currículos que permitam o aprendizado sobre liderança, bem como compete aos serviços de saúde propiciar o aperfeiçoamento de seus profissionais.”*

A liderança é uma competência indicada nas Diretrizes Curriculares Nacionais que se relacionam diretamente com a área de Administração em Enfermagem. Durante a formação do profissional espera-se que este desenvolva potencialidades de liderança e um estilo gerencial orientado para resultados e necessidades dos grupos, além de um compromisso com a qualidade da assistência.

Entretanto, Bernardes, Nakao, Évora (2003, p.32) acentuam que:

“alcançar estes objetivos exige enfrentamento das dificuldades, que são várias, uma vez que ele ocupa, na organização, um lugar intermediário entre os profissionais do topo da pirâmide e aqueles que atuam no cotidiano do trabalho cuidando diferentemente dos pacientes, e vive o conflito de atender as expectativas desses dois segmentos.”

Conhecendo e valorizando o gerenciamento da assistência, como campo fértil de seus conhecimentos, o enfermeiro pode desempenhar uma liderança efetiva que proporcione dignidade para a pessoa humana.

UNIDADE TEMÁTICA II

CONTRADIÇÕES PARA EXERCER A ENFERMAGEM

Após análise sobre as definições apresentadas pelos enfermeiros, neste local de estudo, sobre o que significa ser enfermeiro, ressaltamos nesta unidade temática a desarticulação entre os conhecimentos teóricos e práticos adquiridos na graduação.

Encontramos semelhanças nas declarações de alguns entrevistados, quando indagados sobre as contribuições da graduação na vida profissional. Para estes enfermeiros a graduação oferece subsídios teóricos, mas a prática apenas se desenvolve no campo do trabalho.

Outros enfermeiros declararam que a contribuição da graduação ocorreu apenas no campo de conhecimentos administrativos.

Propomos através das estruturas relevantes apresentadas analisar as desarticulações apresentadas nos relatos dos entrevistados entre os conhecimentos teóricos e práticos; e a valorização das técnicas de administração clássica em detrimento aos saberes científicos da enfermagem.

Nossa intenção é desvelar se ocorre formação de uma identidade profissional, mesmo que incipiente, durante a graduação e como a identidade é modificada ou influenciada no campo da atuação.

Estrutura Relevante 1

Algumas relações entre teoria e prática

Nesta “Estrutura Relevante” os depoimentos dos enfermeiros apontam uma desarticulação entre teoria e prática, entendida por eles como formação e campo de trabalho, respectivamente. O trabalho contribuiu de forma significativa para o aprendizado técnico.

Os depoimentos foram:

E 1: *“Não dá para dizer: - eu consegui fazer tal coisa, porque aprendi isso na faculdade, talvez não seja assim, minha relação da faculdade com a prática. Mistura muito, e eu aprendi muito, depois da faculdade. Coisas assim, que a faculdade não deu ou passou muito pouco, e aí eu fui aprender na hora... O conhecimento teórico muitas vezes não dava segurança para a técnica. Os conhecimentos teóricos foram fundamentais, mas eu tenho muito que aprender e aprendi muito depois que comecei a trabalhar neste hospital”.*

E 4: *“Eu tive uma boa formação. Mas, minha base foi a residência. Passar 24 horas num hospital, além de estudar, fazer estudos de caso e apresentar. Eu consegui aplicar boa parte daquilo na prática. Eu saí muito mais segura para atuar na prática depois da residência.”*

E 8: *“Os conhecimentos ajudaram, mas só no dia-a-dia mesmo, com a instituição, conhecendo normas e rotinas eu aprendi mais. A faculdade passa vários conhecimentos, mas ela não ensina o dia-a-dia do trabalho.”*

E 2: “*O que eu obtive mais de conhecimentos foi na parte administrativa, porque como técnica a gente não adquire experiência nesta área. Então, a prática eu já tinha e a faculdade complementou com a parte administrativa. Essa parte administrativa engloba coordenação, planejamento, elaboração de escalas, centro de custos*”.

A enfermagem é uma profissão cujo ensino teórico articula-se ao ensino prático. Para cuidar pressupõe-se o saber fazer, mas esse fazer deve estar vinculado ao conhecimento teórico.

Concordamos com Silva (1998) quando aponta os fatores que vêm contribuindo para que essa proposta não se concretize, dentre eles os currículos de enfermagem são formados por disciplinas teóricas e práticas com cargas horárias definidas e estágios que não contemplam as práticas correlatas às teorias abordadas; além do período acadêmico curto e parcelado.

Para Silva (1998, p.131):

o aluno recebe, na maioria das vezes, um ensino dividido em segmentos repletos de técnicas de enfermagem, que se resumem em simples receitas de como efetuar condutas diante de algumas situações. Mas poucos recriam ou participam criticamente do estágio, inovando, discutindo, apresentando claramente as suas percepções e expectativas da realidade mais global do serviço.

Nestes relatos, percebemos o quanto a teoria encontra-se distante da prática, fragmentando-se:

E 1: “*Coisas assim, que a faculdade não deu ou passou muito pouco, e aí eu fui aprender na hora...*”

E 8: “*A faculdade passa vários conhecimentos, mas ela não ensina o dia-a-dia do trabalho*”.

Esta situação pode estar relacionada com a estruturação dos currículos de enfermagem implantados no Brasil.

De acordo com Germano (1985), no que diz respeito ao processo de construção profissional, na época da colonização, a enfermagem foi exercida com base em conhecimentos empíricos. Os cuidados aos doentes eram praticados por religiosos, voluntários, leigos e escravos selecionados. Com o cuidar nas mãos das religiosas, em especial, fundam-se as primeiras Santas Casas de Misericórdia com o objetivo de abrigar pobres, órfãos e os enfermos miseráveis. O cuidado possuía uma característica exclusivamente caritativa. O ensino era oferecido em instituições religiosas sem nenhuma preocupação efetiva com um programa formal de aprendizado teórico e prático. Portanto, acreditava-se que o cumprimento das tarefas diárias, relacionadas com a assistência ao doente, as atividades de limpeza e higiene do ambiente, mereciam mais atenção do que o desenvolvimento intelectual das alunas.

Mendes (1996) comenta que desde a criação da Escola Anna Nery os programas de ensino de 1923, 1926 e 1949, enfocavam a atuação do profissional em procedimentos de cuidados para o conforto da “alma” do doente e aspectos sociais. Os currículos mínimos de 1962 e 1972 davam ênfase às clínicas especializadas, de caráter curativo. Nesses currículos o modelo hegemônico era, portanto, centrado em práticas curativas, alicerçado no referencial biológico e na visão cartesiana.

Percebemos, então, a formação do enfermeiro centrada no pólo indivíduo – doença-cura e na assistência hospitalar.

Segundo Freitas, Fávero, Scatena (1993), nas décadas de 70 e 80 o marco conceitual do ensino de enfermagem centra-se, então, na formação do enfermeiro para as necessidades do mercado de trabalho com ênfase na técnica, na eficiência e na eficácia dos procedimentos. As discussões sobre a formação do enfermeiro intensificam-se e, em 15 de dezembro de 1994, o Ministério da Educação e do Desporto, através da Portaria 1721, propõe a mudança no chamado currículo mínimo de enfermagem, enfatizando a formação de um profissional “generalista”, para atuar nas áreas de assistência, gerência, ensino e pesquisa.

No final do último século, para Sena, Costa, Meireles (2001), o campo da educação na área da saúde esteve marcado por uma visão transformadora com base em teorias críticas, na concepção construtivista, na problematização das práticas e dos saberes, opondo-se às posições conservadoras, sustentadas por convicções positivistas, biologicistas, centradas no professor e na transmissão do conhecimento em detrimento da qualidade do processo de aprendizagem.

Segundo Nakatami (2000) o fenômeno educativo não ocorre de forma única e precisa, não se apresenta como uma fórmula acabada. Ao contrário, nele estão presentes as dimensões humanas, a dimensão técnica, a empatia, a emocional, a sócio-política e a cultural. Sendo assim, a educação na enfermagem deveria também estar fundamentada em bases transformadoras, formando consciência crítica e reflexiva sobre sua prática e compromisso com a sociedade.

Na organização do trabalho em enfermagem percebemos uma tendência histórica de valorização do fazer, desarticulando os saberes intelectuais das atividades manuais. Para que se possa ultrapassar este paradigma pautado na técnica, é necessário reconhecer o desafio de encontrar alternativas pedagógicas que associem o saber com vistas ao desenvolvimento do “aprender a aprender”, o “aprender a ser”, “o aprender a fazer” e o “aprender a conviver”, que constituem atributos indispensáveis à formação do enfermeiro (ABEn, 2003).

Chamou-nos a atenção, também, o relato do enfermeiro E 2 sobre a contribuição, ao exercício da profissão, dos conhecimentos administrativos adquiridos na graduação.

“o que eu obtive mais de conhecimentos foi na parte administrativa, porque como técnica a gente não adquire experiência nesta área. Então, a prática eu já tinha e a faculdade complementou com a parte administrativa. Essa parte administrativa engloba coordenação, planejamento, elaboração de escalas, centro de custos”.

Este relato evidencia outro desafio para as faculdades de enfermagem. Muitos profissionais optam pelo curso de graduação, após um período de experiência no campo de trabalho como auxiliar ou técnico de enfermagem. Estes profissionais já possuem o conhecimento prático e vivências que não podem ser desconsideradas no momento de sua formação. O desafio consiste em atribuir cientificidade a este fazer, articulando com as teorias de enfermagem que não são exploradas e desenvolvidas no ensino médio.

De acordo com as novas diretrizes educacionais os recursos pedagógicos devem ser compatíveis com as necessidades da sociedade. A categoria profissional deve preocupar-se com a valorização do saber científico relacionando-o ao saber técnico.

A graduação em enfermagem não deve diferenciar-se dos cursos de nível médio apenas pelo enfoque administrativo nos conteúdos curriculares, mas sim, consolidar a pesquisa associada à prática do cotidiano do enfermeiro, elevando o nível educacional, e favorecendo os projetos que são de interesse da categoria profissional. A metodologia, a ética, a política e outros saberes adquiridos na graduação devem ser ferramentas para o enfermeiro desempenhar a sua profissão de forma competente.

Observamos que já houve na história da enfermagem a tentativa de formar uma nova categoria de profissionais, com potencial para substituir o trabalho do enfermeiro, principalmente se estes profissionais não justificarem suas ações de forma consistente. Esta nova categoria chamada de tecnólogo foi uma proposta articulada através de um projeto de lei no final da década de 90, que não se consolidou, em parte, por um grande movimento social das várias categorias profissionais contrárias ao projeto proposto.

Segundo Leopardi (1995), as decisões cotidianas de vida e de saúde vêm impregnadas pelo poder instituído, pela formação técnica e pela própria sobrevivência do trabalhador, avançando para além de aspectos puramente técnicos.

Quando o enfermeiro pontua na sua formação apenas aspectos administrativos, deixa de valorizar a base científica do cuidar e não os utiliza como ferramenta para o exercício de suas competências profissionais. Neste aspecto, as escolas de enfermagem avaliando suas posturas pedagógicas e curriculares assumem um compromisso com a educação, dificultando o caminho para a mercantilização do saber, onde predomina a compra e a venda de conhecimentos.

UNIDADE TEMÁTICA III

ATUAÇÃO PROFISSIONAL DOS ENFERMEIROS

Horta (1979) define enfermagem como: “*a ciência e a arte de assistir o ser humano nas suas necessidades básicas, de torná-lo independente desta assistência através da educação, de recuperar, manter e promover sua saúde, contando para isso com a colaboração de outros grupos profissionais*”.”“.

Para que estas ações sejam realizadas com qualidade e eficiência, o enfermeiro precisa assumir atividades específicas e o melhor plano de cuidados direcionados ao paciente.

Para Lacerda (1998, p. 214) as ações dos enfermeiros envolvem “*sua forma de ser, estar, pensar, fazer, acontecer, transformar*”. Para a autora a forma de cada enfermeiro fazer enfermagem se dá pela autonomia profissional, pela sua prática independente.

Interpretando a autonomia como a liberdade para fazer escolhas, tomar decisões ou selecionar um curso de ações sem controle externo podemos julgar a enfermagem como uma profissão autônoma. Porém, se o enfermeiro não evidenciar suas competências, a conquista de autonomia torna-se problemática.

A dificuldade para os enfermeiros definirem suas competências foi descrita na Unidade Temática I, e a decorrente ausência de autonomia é destacada nos recortes das estruturas relevantes a seguir, quando questionados sobre suas ações.

Estrutura Relevante 1

Ausência de autonomia nas ações

Este tema é amplo e conflitante. Porém, sua análise torna-se necessária, porque muitos enfermeiros queixaram-se de falta ou dificuldade para exercer o trabalho com autonomia.

A noção de autonomia de acordo com Schneider (1995) é derivada do grego ‘autós’, que significa eu (auto) e ‘nomos’, que significa lei (regra, norma).

Portanto, de acordo com Nietzsche, Backes, (2000), o enfermeiro possui a capacidade de decidir, sobre a assistência de enfermagem sempre respeitando o direito do paciente de decidir sobre si mesmo. Como coordenador da equipe de enfermagem precisa ter a capacidade para ensinar e avaliar a qualidade da assistência prestada, em situações específicas de seu trabalho, e, assim, exercer sua autoridade para identificar e resolver os problemas que possam surgir.

Buscaremos evidenciar os fatores que dificultam a percepção e a conquista da autonomia dos enfermeiros neste local de estudo. Reconhecemos nos depoimentos características retratadas pelos enfermeiros decorrentes das condições de trabalho estabelecidas pela Instituição.

Para o enfermeiro E3, E7 e E8 a autonomia é limitada:

E 3: “os enfermeiros são bons, alguns enfermeiros sabem tomar decisões, mas outros são crianças. O grupo de maneira geral sabe tomar decisões e liderar. As ações às vezes são limitadas, porque por mais que falem que aqui a gente tem autonomia, a gente fica com o pé atrás para tomar algumas decisões. Parece que a gente fica amarrado com algumas coisas, por ser cooperativa, a parte administrativa é hierarquizada. Eu acho que, se a gente tivesse mais condições de agir por decisão própria, seria melhor. Às vezes, parece que a gente toma uma atitude com medo de que aquela não seria a atitude esperada”.

E 7: “por ser um hospital que está caminhando para a qualidade e melhora na assistência, o controle, o cuidar e as exigências acabam tornando o enfermeiro bastante ativo. (...) Porque se você deixa de passar, eles cobram de você. Porque alguém está comandando, porque quer um retorno. Porque nos hospitais cooperativistas existem donos e eles querem retorno. Digamos que eles querem qualidade, se você é membro da equipe e não está dando lucro ou produção é claro que vai ser retirado”.

E 8: *“os enfermeiros devem seguir a filosofia da empresa. A gente consegue atuar até um certo limite, mas tem coisas que não dependem da gente. Somos humanos, podem existir falhas, mas neste local não é possível ocorrer falhas, por mexermos com vida. Mas, existem coisas que podem ser corrigidas conversando sem punições. As ações ficam difíceis com esta filosofia, porque a gente tenta melhorar, mas sempre percebe que algo fica a desejar e a instituição nunca está contente com o trabalho da gente”.*

Nestes relatos, percebemos que embora o enfermeiro possua condições de definir metas, objetivos e outros aspectos relacionados à assistência de enfermagem, fatores que conferem autonomia no direcionamento da assistência de enfermagem, algumas decisões ou posturas devem responder aos interesses administrativo-institucionais.

Segundo Dei Salvi, (2000) os enfermeiros submetidos ao modelo clássico de administração, permanecem numa posição de subalternidade, acatando as imposições e sujeitando-se à rigidez hierárquica, o que lhes retira grande parte do exercício de sua autonomia, criatividade e capacidade de inovar.

Sobre esta estrutura, Dei Salvi (2000, p.25) considera que *embora o trabalhador gerencie sua própria família, seu patrimônio e ajude a sua comunidade, não tem no trabalho, possibilidade de agir autonomamente.*

Consideramos que apesar da busca pela qualidade na assistência hospitalar, citada nos comentários do enfermeiro E 7, a estrutura de comando apresenta-se hierarquizada e burocrática gerando o temor da demissão, não se diferenciando das demais instituições hospitalares:

E 7: *“(...) Porque alguém está comandando, porque quer um retorno. Porque nos hospitais cooperativistas existem donos e eles querem retorno. Digamos que eles querem qualidade, se você é membro da equipe e não está dando lucro ou produção é claro que vai ser retirado.”*

Neste relato o enfermeiro comenta que, no local de estudo, existem donos. Nesta estrutura cooperativista os donos são médicos, e o hospital é gerenciado por médicos. O que chama a atenção, são as características de hospital privado, que a cooperativa assume, visando lucro e produção. Talvez esta característica seja assumida pela cooperativa para manter funcionando um hospital próprio da cooperativa, sem déficits e com qualidade para os clientes conveniados e particulares.

Dentro desta estrutura, os enfermeiros podem sentir sua autoridade diminuída pelo domínio médico nas estruturas de comando. Este caráter repressivo, também pode impedir o pensar e o agir com criatividade. As exigências, a sobrecarga de trabalho, podem fazer com que alguns membros da equipe se acomodem ou vivam em constante insatisfação, como no relato da enfermeira E 3 e E 1:

E 3: “(...) Parece que a gente fica amarrado com algumas coisas, por ser cooperativa, a parte administrativa é hierarquizada. Eu acho que, se a gente tivesse mais condições de agir por decisão própria, seria melhor. Às vezes, parece que a gente toma uma atitude com medo de que aquela não seria a atitude esperada”.

E 1: “A gente faz, a gente tem uma certa autonomia, eu falo autonomia (...) Porém, não sei se é uma sobrecarga de funções em cima de um enfermeiro só, talvez se a forma como nós estamos distribuídos fosse um pouquinho diferente, eu acho que ia andar melhor e o enfermeiro conseguiria mostrar aquilo que é capaz”.

Concordamos com Martins (1998) ao afirmar que a relação médico-enfermeiro não deve ser de superioridade ou inferioridade, mas sim de igualdade, já que ambos desenvolvem suas atividades com um propósito maior, que é o bem-estar do indivíduo, da família e da comunidade.

Nesta estrutura os profissionais sempre serão interdependentes e nunca independentes, porque o trabalho deverá sempre ser em conjunto. Cada profissional deverá agir com autonomia, sem deixar de cooperar para que outros profissionais atinjam seu objetivo, que é a satisfação do paciente. No local de estudo, os enfermeiros participam de

um ciclo que valoriza a submissão quando não conseguem reconhecer suas competências, sujeitando-se às decisões médicas por receio ou dificuldade de argumentar por falta de conhecimento, ou de comunicação.

Estrutura Relevante 2

Limites e possibilidades na atuação profissional

A organização do trabalho introduzida pelo modo de produção capitalista possui características do parcelamento das tarefas e divisão social do trabalho.

Para Lunardi Filho, Lunardi, Spricigo (2001), o processo de trabalho na enfermagem caracteriza-se, predominantemente, por apresentar-se de modo que sua execução encontra-se distribuída entre os seus vários agentes, teoricamente determinada, de acordo com a qualificação exigida pelo grau de complexidade das tarefas que o compõe. Essa forma de divisão do trabalho, pautada pela qualificação e legitimada pela formação escolar, estabelece uma hierarquização de tarefas. Cabe aos menos qualificados a ação mais simples, quando estas se tornam mais complexas são assumidas por aqueles que possuem maior grau de qualificação, culminando com as funções privativas do enfermeiro.

Por outro lado, tal forma de divisão exige a integração destas atividades, ou seja, seu gerenciamento que vem sendo exercido pelo enfermeiro, por ser quem detém o saber e o controle acerca de todo o processo de trabalho da enfermagem.

Os enfermeiros, no local de estudo, percebem a hierarquização das funções e a divisão do trabalho como maior fator de dificuldade para suas ações. As falas dos enfermeiros E 4 e E 8 evidenciam essas dificuldades:

E 4: *“existem dificuldades relacionadas a alterações de folgas e férias. Eu possuo autonomia na parte técnica, mas barreiras na parte administrativa. A administração é centralizada. Existe cobrança sobre a coordenadora e ela repassa sobre os enfermeiros”.*

E 8: *“Quando eu preciso de funcionário eles sempre colaboram, mas quando o funcionário precisa, muitas vezes eu não posso atender porque eu não tenho autonomia para alterar algumas folgas. Nesse caso eu preciso responder para a direção de enfermagem, eu não posso alterar folgas. Isso dificulta o relacionamento com os funcionários, gerando descontentamento. Existe também a necessidade pessoal dos funcionários, não tem como trabalhar somente o aspecto profissional”.*

Estas características do trabalho da enfermagem, apresentadas pelos enfermeiros, são peculiares ao modo de produção capitalista. Segundo Lunardi Filho, Leopardi, (1999) apesar de em toda e qualquer sociedade existirem diferentes formas de organização do processo de trabalho, a valorização do capital é uma dinâmica própria da sociedade capitalista. Neste tipo de sociedade, a divisão do trabalho constitui-se numa primeira forma de organização, segundo os objetivos de valorização do capital. Dessa forma, o capital, pela divisão do trabalho, consegue parcelar, desvalorizar e simplificar o trabalho individual.

Na sociedade capitalista para Skinner (1983) algumas pessoas detêm o poder sobre as outras, através dos meios de produção. Assim, àquelas menos influentes resta-lhe pouco a fazer, senão trabalhar para garantir a produtividade e ser valorizado naquilo que faz pelo dono do capital.

Sobre esta cadeia de relações de poderes e influências, concordamos com Lunardi Filho, Leopardi (1999). Para este autor esta relação torna-se uma cadeia reprodutiva da lógica mercantil. Na medida em que a administração utiliza sobre os enfermeiros mecanismos disciplinares, como instrumento de controle do processo produtivo, controla também o processo de trabalho dos demais trabalhadores da enfermagem. Temos ainda a técnica que, se cobrada sem a devida consciência, se torna um instrumento de alienação, pois o indivíduo a reproduz sem ter consciência da sua importância, de suas repercussões na saúde do indivíduo e de sua importância na cadeia de produção.

O enfermeiro E 7 percebe esta cobrança como um risco:

“Dificuldades existem a todo momento. Quando você assume um trabalho desse, nossa se eu fizer algo que não der certo, eu tenho riscos. Risco de ser dispensado da empresa. Hoje o hospital prega a qualidade e exige que todos falem a mesma língua. Se você não tiver base, você não consegue acompanhar este movimento”.

Neste relato, assim como nos demais apresentados nesta unidade temática, evidenciamos traços fortes do modelo funcionalista-burocrático de gestão que repercutem na segurança do trabalhador diante de suas funções. Existe uma ênfase na autoridade e hierarquia vertical, bem como no apego às normas e regulamentos que podem levar a um comportamento rotinizado e padronizado. Este comportamento pode tornar-se rígido e inflexível anulando a criatividade e a liberdade nas atitudes dos demais profissionais da equipe de enfermagem. Percebemos esta realidade organizacional, presente no hospital em estudo, através dos relatos dos enfermeiros.

Porém, conforme Lunardi Filho, Leopardi (2001) no fazer do enfermeiro e das demais categorias de enfermagem existem inúmeras possibilidades de organização do trabalho. Para estes autores, o trabalho em si desses profissionais, permite vários espaços de criação, seja na seqüência das tarefas a serem executadas ou na iniciativa de realizá-las ou não.

Pires (2000, p.91) defende a posição de que:

“é preciso pensar e propor formas de organização do trabalho que tenham um impacto na qualidade da assistência e, ao mesmo tempo, considerem a possibilidade da realização de um trabalho interdisciplinar, criativo e integrador da riqueza e da diversidade de formação dos profissionais da saúde. Um trabalho que possibilite a satisfação pessoal e a integração do potencial humano do trabalhador”.

Quando os enfermeiros reproduzem formas de organização do trabalho com evidentes imposições da sociedade capitalista e das organizações hospitalares, diminuem a satisfação e a criatividade dos colaboradores. Na medida em que, os enfermeiros incorporam mudanças em suas ações, a equipe de enfermagem contagia-se com a satisfação de trabalhar e assistir os pacientes em suas necessidades conservando a sua dignidade. Os enfermeiros e a equipe de enfermagem podem posicionar-se de maneira favorável ao desenvolvimento da profissão, não reproduzindo um discurso limitante de profissionais que escolheram esta profissão por falta de opção ou por que sempre existirão hospitais e indivíduos doentes.

Estrutura Relevante 3

Conquista de autonomia profissional

Ressaltamos a importância desta estrutura relevante, através do relato do enfermeiro E 2, porque encontramos neste relato aspectos contrários aos relatos dos enfermeiros apresentados anteriormente. Por que, como veremos a seguir, mesmo nesta estrutura hospitalar de hegemonia médica, alguns enfermeiros conseguem conquistar seu espaço?

Através deste relato, percebemos que a estrutura organizacional pode reprimir ou estimular o enfermeiro, dependendo da maneira como este profissional valoriza suas ações.

E 2: *“Particularmente, eu acho que as ações do enfermeiro neste hospital são muito boas. Eu trabalho em Pronto Atendimento, então eu tenho uma liberdade a mais para estar implementando alguma coisa, coordenando o setor, fazendo mudanças. A não ser quando é uma mudança radical, que eu preciso da intervenção da administração. (...) No começo tudo é difícil, depois que o enfermeiro adquire experiência e segurança, eu acho que o enfermeiro adquire mais liberdade. Eu percebi isso em mim, mesmo. Segurança até demonstrada para a administração, quando estão seguros que o enfermeiro trabalha bem e demonstra um serviço bom, então a partir daí, a gente começa a ter autonomia no setor”.*

Neste discurso, apesar de percebermos a influência de comando da administração, o enfermeiro posiciona-se de forma segura quanto às suas funções adquirindo autonomia nas ações.

O enfermeiro E 2 aponta sua autonomia nas atividades do setor, apesar dos discursos anteriores reforçarem que esta atitude seria impossível, nesta instituição estudada.

Observamos que existe de forma dominante na categoria de enfermagem uma construção histórica que perpassa pela submissão dos enfermeiros (Pires, 1989; Silva, 1998) , que reforça as relações de subalternidade dos integrantes da equipe de enfermagem, descrevendo-os como seres dóceis, afáveis, submissos, passivos, bondosos e, pouco questionadores.

Concordamos que exista uma influência negativa sobre o trabalho da enfermagem em instituições hierarquizadas e burocráticas, porém a enfermagem possui muitas maneiras de valorizar suas condutas, reconhecendo-se como categoria importantíssima dentro da estrutura hospitalar. A primeira forma de valorização de condutas, implica a condução da assistência ao paciente com evidências de resultados das ações desenvolvidas, e outras apresentadas a seguir por Lunardi Filho (1998, p.276).

Este autor aponta as várias atividades desenvolvidas pelos enfermeiros dentro da estrutura hospitalar, que reforçam sua autonomia:

ser detentora da quase totalidade das informações relativas às condições do ambiente de trabalho e do processo assistencial; ser a organizadora do ambiente e do cuidado, zelando pela sua funcionalidade, segurança, manutenção e realização do trabalho assistencial; ser o guardião das normas e rotinas institucionais e ser o organizador da assistência de enfermagem prestada.

Assim, nos apoiamos em Boreinstein (2000), para afirmar que os enfermeiros precisam perceber que essas atividades os colocam numa posição de centralização no contexto da organização e da assistência. Esta centralização faz com que o enfermeiro seja um elemento de referência entre os usuários do setor ou unidade em que atua, exercendo

uma autonomia que, na maioria das vezes se apresenta informal, sutil e aparentemente invisível, mas sem dúvida nenhuma, real.

A concepção de que na estrutura hospitalar o poder é hegemonicamente médico, deve ser repensada. Em qualquer estrutura hospitalar a assistência direta aos pacientes é realizada pela equipe de enfermagem, por isso, na maior parte do tempo a enfermagem tem mantido a organização e o controle da situação no hospital. Boreinstein (2000) considera que através da enfermeira, passam todas as informações acerca do doente, do seu diagnóstico, tratamento e prognóstico, e, também, acerca dos funcionários e até, mesmo, da equipe multidisciplinar. São elas que, na maioria das vezes, decidem, inclusive a necessidade ou não da presença médica e do tratamento a ser instituído.

Portanto, se todos os enfermeiros, neste local de estudo, reconhecerem e valorizarem a fundamental importância do seu trabalho dentro dessa estrutura de saúde, para a recuperação e manutenção da saúde dos indivíduos, na direção de uma assistência de enfermagem que se realize de forma integral e não fragmentada, a ausência de autonomia poderá ser descartada de suas concepções.

UNIDADE TEMÁTICA IV

CONDIÇÕES DE TRABALHO

Consideramos, assim como Júnior (2001); que o trabalho em um ambiente hospitalar pode ser considerado heterogêneo, quando envolve atividades insalubres, penosas e difíceis e atividades que promovam satisfação aos profissionais por estarem contribuindo com o bem-estar ou reduzindo a dor de um paciente. Nenhuma atividade está isenta de propiciar satisfação ou desgaste físico e mental, mas, na dependência de fatores decorrentes de sua própria natureza, de sua forma de organização e de condições de realização, estes poderão estar presentes em maior ou menor grau.

De acordo com Oddone (1986) ao longo da história, o ambiente laboral tem sido causa de mortes, doenças e incapacidade para uma considerável parcela de trabalhadores. Entendido como o conjunto de condições de vida no local de trabalho,

engloba tanto as características do próprio lugar (dimensões, iluminação, aeração, presença de poeiras, gases ou vapores e fumaças, dentre outros) quanto os elementos conexos à atividade em si (tipo de trabalho, posição do trabalhador, ritmo do trabalho, ocupação do tempo, horário diário, semanal, sistema de turnos, alienação e não valorização do patrimônio intelectual e profissional).

Ao questionarmos os enfermeiros sobre as dificuldades e facilidades evidenciadas em suas ações no local de estudo, encontramos aspectos relacionados ao ambiente de trabalho e também aos elementos conexos às atividades, conforme citação acima apresentada.

Nos depoimentos, encontramos como dificuldade a organização do trabalho de enfermagem na estrutura hospitalar e como facilidade os recursos humanos e materiais.

Discutiremos as condições de trabalho favoráveis na estrutura relevante a seguir.

Estrutura Relevante 1

FACILIDADE: condições de trabalho favoráveis

As condições de trabalho relacionadas aos aspectos ambientais, estrutura física, recursos humanos e materiais foram apontadas, pelos enfermeiros, como facilitadores do trabalho.

Os entrevistados salientam que o hospital possui uma estrutura física funcional e agradável, recursos tecnológicos e manutenção adequada das instalações e equipamentos, além de um quadro de pessoal adequado para a complexidade da assistência oferecida.

E 2: “eu tenho facilidade na parte de orientação, além dos processos de apoio, mão de obra e organização do setor”.

E 3: “Facilidades são os funcionários poderem fazer horas extras quando solicitados e materiais disponíveis”.

E 6: “Facilidades são os materiais, medicações, estruturas, espaço físico e médicos disponíveis”.

E 7: “Existe material, equipamentos e mão de obra”.

Nos relatos dos enfermeiros, percebemos que o local de estudo oferece condições para o desempenho da assistência de enfermagem com recursos materiais, físicos e de recursos humanos adequados para a demanda do serviço.

O que nos chama a atenção, nos relatos dos enfermeiros, nesta estrutura relevante, é que a satisfação profissional não depende apenas de uma estrutura física adequada, equipamentos de alta tecnologia, recursos humanos e materiais suficientes, ela depende também de uma organização hospitalar participativa, menos hierarquizada.

Quando um destes recursos encontra-se deficiente, o entusiasmo e a criatividade dos trabalhadores de enfermagem diminui. Uma vez que a organização hospitalar é citada pelos enfermeiros como burocrática e hierarquizada, é possível que exista uma insatisfação entre os enfermeiros e a equipe de enfermagem, justificada pelas queixas de falta de autonomia ou dificuldade em valorizar o trabalho realizado, evidenciado nas unidades temáticas anteriores.

Conforme Chiavenato (1998), as empresas precisam encontrar meios de delegar autoridade, deslocar a responsabilidade para os executores, criando equipes que trabalhem de forma participativa, que sejam engajadas e comprometidas.

Segundo Dei Salvi, Lunardi Filho (2000), os enfermeiros são profissionais capazes de valorizar e incorporar estas mudanças e defendê-las, porque se encontram na interface da assistência com o cliente e precisam de uma estrutura operativa que lhes dêem respaldo e poder para desenvolver seu trabalho de forma digna.

UNIDADE TEMÁTICA V

CARACTERÍSTICAS PROFISSIONAIS E PESSOAIS MODIFICADAS

Consideramos essenciais ao enfermeiro buscar conhecer-se como pessoa e como profissional. Concordamos com Medeiros (1997, p.289), que *esta busca se faz quando o enfermeiro se localiza na sua realidade, no seu contexto, em seus conflitos e indefinições, procurando questionar tais fatos e envolver-se nos interesses econômicos e políticos que norteiam suas ações.*

As características pessoais e profissionais podem modificar-se de acordo com as experiências e exigências do meio em que vivemos.

Conforme Dei Salvi, Lunardi Filho (2000) aos poucos as pessoas, estão procurando e encontrando, novos conhecimentos e novas posturas. Estas posturas vêm provocando, ainda que incipientes, o desenvolvimento de relações interpessoais mais abertas às negociações nos sistemas organizacionais, trazendo como resultado um novo modo de existir.

A seguir, apresentamos alguns relatos dos enfermeiros quanto a estas características. Alguns enfermeiros perceberam mudanças em seu comportamento profissional, mas as alterações mais impactantes foram as mudanças pessoais.

Estrutura Relevante I

Modificações profissionais e pessoais

Muitas características profissionais e pessoais relatadas pelos enfermeiros foram modificadas para atender às exigências do trabalho.

O enfermeiro E 1 apresenta, em seu relato, a responsabilidade como característica profissional modificada:

E 1: *“Eu tinha uma personalidade pessoal, eu tive que crescer muito como pessoa e ficar mais adulta, porque eu não tinha responsabilidades”.*

E 6: *“Eu não era tão exigente”.*

Os direitos e deveres, a ética profissional, a moral institucional e profissional predominam em muitos ambientes hospitalares impondo ao enfermeiro responsabilidades, não desenvolvidas durante os estágios na graduação, forçando-o a assumir *uma atitude mais adulta*, como relata o enfermeiro E 1 no ambiente de trabalho, ou *mais exigente*, como relata o enfermeiro E 6.

No relato, a seguir, percebemos a tendência de o enfermeiro se preocupar, neste local de estudo, com aspectos administrativos da enfermagem, atendendo às exigências institucionais.

E 2: “Quando eu trabalhava como auxiliar e técnica de enfermagem eu terminava o meu período e ia embora sem preocupar-me com a parte administrativa, porque eu era apenas uma funcionária. Sendo enfermeiro você precisa se preocupar com a escala, número de funcionários, atendimento, qualidade e coordenação”.

Estas características administrativas são exigências, de acordo com Silva, Gomes, Anselmi (1993, p. 60):

de um mercado de trabalho centrado em um modelo de atenção à saúde que privilegia a relação individual médico-paciente, com destaque para o corpo humano numa perspectiva físico-patológica. Modelo no qual a enfermeira é o agente necessário, em escala, social, para viabilizar e facilitar a relação individual médico-paciente, através do gerenciamento do “espaço” onde esta relação acontece.

Nessa relação, atividades de organização, planejamento dos serviços e, supervisão de pessoal, escala mensal e distribuição de tarefas diárias e o controle de materiais e equipamentos são valorizadas nos discursos dos enfermeiros.

Para Silva, Gomes, Anselmi (1993) estas exigências sobre os enfermeiros emanam de instâncias superiores, cabendo à enfermeira executar e viabilizar normas e rotinas. Dessa forma, a enfermeira com os instrumentos da administração geral viabiliza a assistência à saúde.

As características pessoais modificadas pelos enfermeiros estão apresentadas nos relatos a seguir.

E 7: “Às vezes você acaba tendo que dosar suas características, moldando-se às exigências da instituição. Não ocorreu mudança, mas dosagem. As características modificadas ou adaptadas foram pessoais”.

E 8: “Eu era, e ainda sou muito ansiosa. Eu quero resolver tudo na hora e não dá. Hoje eu estou priorizando e delegando mais... aqui na instituição a gente tem que cumprir as metas, os indicadores, tudo deve estar anotado diariamente. Não dá para deixar de fazer.”

Estas características pessoais são reforçadas pelas expectativas da instituição, quanto aos aspectos gerenciais dos enfermeiros. Pesquisa realizada por Melo (1996) concluiu que os administradores esperam que os enfermeiros desenvolvam funções de planejamento, organização, direção e controle.

Historicamente, estas expectativas surgiram com o desenvolvimento econômico e tecnológico dos anos 70. Gastaldo, Meyer (1989) comentam que o conhecimento produzido na enfermagem deste período volta-se para o aprimoramento técnico vinculada ao consumo de equipamentos e de materiais sofisticados. Neste mesmo período, Germano (1985, p.73) enfatiza que a administração aplicada à enfermagem desenvolve-se no sentido da *“intensificação do controle e da racionalização, em busca da eficiência empresarial, em total acordo com as teorias da administração”* da época.

Atualmente, ainda percebemos esta tendência de racionalização e controle em algumas condutas gerenciais dos enfermeiros. Porém, para conduzir as pessoas e fazer com que o grupo produza frente aos objetivos que devam ser atingidos, os enfermeiros estão sendo desafiados a liderar.

Este é um tema crucial para os enfermeiros. O que observamos muitas vezes são enfermeiros com habilidades práticas, mas com muita dificuldade em trabalhar conflitos, desenvolver potencialidades e valorizar as pessoas.

A tendência do mercado de trabalho e também dos hospitais é a valorização das pessoas. Os enfermeiros deverão perceber a importância de ir além das expectativas dos clientes e familiares. Uma formação centrada na ética, em políticas de saúde e humanista poderá fornecer subsídios aos profissionais para, sempre pensar, em algo que poderia ser feito melhor para o paciente; isso acaba se tornando um ciclo, cujo resultado final é a satisfação dos pacientes, familiares e colaboradores de enfermagem.

5- CONSIDERAÇÕES FINAIS

A vivência como trabalhadora de enfermagem no contexto de uma instituição hospitalar cooperativista e as dúvidas e dificuldades próprias de uma enfermeira, em busca de sua identidade profissional, desencadearam este estudo. As inquietações residiam em saber como os outros enfermeiros, colegas de trabalho nas instituições, percebiam o desempenho de suas funções e quais modificações pessoais e profissionais eram desenvolvidas para atender às exigências hospitalares. Todos estes fatos relacionam-se com a identidade profissional dos enfermeiros, sujeitos da pesquisa, analisada através dos relatos.

Organizamos e apresentamos os resultados através de Unidades Temáticas e Estruturas Relevantes, elaboradas após uma leitura atenta dos dados, na expectativa de alcançar os objetivos propostos: estudar as percepções dos enfermeiros sobre o trabalho em um Hospital Cooperativista e analisar os limites e possibilidades do enfermeiro diante das exigências institucionais.

Concordamos com os vários autores pesquisados que apresentam a identidade como um processo dinâmico e adaptável. As análises dos recortes dos depoimentos dos enfermeiros entrevistados permitiram considerar que as adaptações de identidade ocorrem de acordo com a estrutura do hospital. No local de estudo, os enfermeiros procuram atender às expectativas de uma instituição líder no mercado de saúde suplementar e em constante crescimento.

Esta procura por satisfazer as exigências institucionais pode motivar ou alienar, escravizar e diminuir a criatividade dos trabalhadores, quando os enfermeiros desvalorizam suas competências profissionais, subjugando-se às regras pré-definidas da instituição.

Quando os enfermeiros se desvalorizam, diante dos desafios, assumem uma identidade esperada pela instituição e pelos sujeitos, que estão em escalas hierárquicas superiores, sem crítica e sem motivação para implementar mudanças ou arranjos que permitam ações de enfermagem mais eficazes para a equipe e para os pacientes.

Poucos conseguem ousar e fazer com que seu trabalho dê resultados satisfatórios para si, para a equipe, para os clientes e para a instituição. Muitos permanecem em uma zona de conforto, pacíficos e esperando que as ordens surjam para, então, iniciar suas ações.

A análise apresentada na UNIDADE TEMÁTICA I que, relaciona as concepções sobre o ser enfermeiro, evidencia três definições importantes para os entrevistados: as definições atendem às práticas assistenciais e administrativas; a enfermagem como ideal e a enfermagem como liderança. Cada enfermeiro percebe seu trabalho e possui maneiras distintas de compreender seu papel na instituição. Não há, neste local de estudo, elementos definidores comuns sobre o ser enfermeiro, como apresentamos a seguir.

A maior parte dos enfermeiros definiu-se como enfermeiro assistencial e administrativo. Esta realidade apresenta-se pela dificuldade de o enfermeiro assumir sua função de administrador do cuidar. Para Bernardes, Nakao, Évora (2003) o enfermeiro deve planejar suas ações e de seu pessoal, visando o cliente. Quando as atitudes gerenciais direcionam-se para a resolução de problemas de setores de apoio e manutenção de regras básicas e normas dentro das unidades hospitalares, os enfermeiros distanciam-se das necessidades reais dos pacientes.

Em contraponto à definição conflitante citada anteriormente, o enfermeiro E 8 apresenta em seu discurso conceitos de perfeição e altruísmo para a enfermagem. Este paradigma está fortemente entrelaçado às representações sociais de mulher ideal, porém nos últimos anos percebe-se que as escolhas pela profissão de enfermagem estão mais relacionadas à oferta de campo de trabalho, do que pelo ideal de amor, caridade e no auxílio ao indivíduo doente.

A definição de enfermagem como liderança também aparece de forma isolada no relato do enfermeiro E 2. Entretanto, apesar do enfermeiro focar a postura de liderança assumida diante da equipe, suas ações estão direcionadas para o controle e direção dos trabalhadores, já ultrapassados e relacionados a um modelo clássico de administração, distanciando-se do gerenciamento da assistência e valorização da equipe de enfermagem.

A interpretação dos enfermeiros sobre o que representa “ser enfermeiro” é ampla e redundante. Consideramos que, se a opção pelo gerenciamento da assistência de enfermagem fosse assumido, os enfermeiros poderiam apresentar maior consistência na

definição sobre “ser enfermeiro”, independente de sua escola de formação ou tempo de serviço. Para que este comportamento fosse assumido os enfermeiros não poderiam ter medo, como apresentado na ilustração à seguir: “(...) *eu acho que, se a gente tivesse mais condições de agir por decisão própria, seria melhor. Às vezes, parece que a gente toma uma atitude com medo de que aquela não seria a atitude esperada.*” Estes limites de autonomia estabelecidos pela instituição, faz com que cada trabalhador vislumbre de forma diferente a sua atuação. Alguns tomam conhecimento desse limite e se fecham, considerando-se incapazes para agir; outros persistem em suas crenças e conseguem atingir mudanças, mesmo que pequenas à primeira vista.

Acreditamos que na organização do trabalho da enfermagem e na liderança ficar esperando é o pior caminho; as ações em enfermagem podem direcionar para os resultados em saúde e bem-estar dos indivíduos, compreendidos entre clientes, familiares e equipe de enfermagem.

Os pontos fundamentais de discussão da UNIDADE TEMÁTICA que demonstram dúvida e incertezas sobre o que é ser enfermeiro relacionam-se à UNIDADE TEMÁTICA II, que considera as contradições para exercer a enfermagem. Para que se possa superar o paradigma pautado na técnica ou na definição de enfermagem como assistencial, a categoria de enfermeiros precisa refletir sobre a formação crítica-reflexiva. Na estrutura relevante que apresenta relações entre teoria e prática abordamos a importância da dimensão humana e técnica, emocional, sócio-político e cultural no processo de formação.

Estas características quando não desenvolvidas na graduação podem desencadear uma formação deficiente, principalmente para aqueles profissionais que já possuem habilidades práticas e conhecem as rotinas hospitalares. Estes profissionais tendem a não valorizar aspectos de relacionamento interpessoal, ou científicos. Preocupam-se com os aspectos administrativos, porque este é o único diferencial em comparação à formação do ensino médio.

Esta é a grande perda para a enfermagem, porque quando o enfermeiro pontua sua formação apenas em aspectos administrativos, valoriza em menor grau o gerenciamento da assistência de enfermagem e as bases científicas para os cuidados.

Todas as variações evidenciadas nas definições sobre ser enfermeiro, a falta de vínculo teoria e prática afloram na UNIDADE TEMÁTICA III, que distingue as ações do enfermeiro. Na maioria dos relatos, os enfermeiros atribuem a ausência de autonomia como consequência de ter que responder aos interesses administrativo-institucionais, na maioria das vezes médicos. Nesta realidade, reiteramos que para o adequado andamento do trabalho, enfermeiros e médicos assumem relações interdependentes. Cada profissional assume sua função, contribuindo com o objetivo de satisfazer as necessidades dos clientes. Se o enfermeiro não souber quais são as suas competências, a conquista da autonomia será problemática.

Uma prova de que isso é possível, está no relato do enfermeiro E 2. Através deste relato percebemos que a estrutura organizacional pode reprimir ou estimular o enfermeiro, dependendo da maneira como este profissional valoriza suas funções.

Concordamos que exista uma influência negativa sobre o trabalho da enfermagem em instituições hierarquizadas e burocráticas, porém a enfermagem possui muitas maneiras de valorizar suas condutas, reconhecendo-se como elemento fundamental nas instituições de saúde, através do domínio da assistência de enfermagem que é realizada. O discurso de que na estrutura hospitalar o poder é hegemonicamente médico, deve ser repensado pela categoria de enfermeiros. Mesmo sendo uma cooperativa de médicos, como no local de estudo, a enfermagem tem mantido a organização, e o controle das atividades no hospital, na maior parte do tempo.

Estes conflitos evidenciados na organização do trabalho da enfermagem podem ser amenizados quando o enfermeiro conhece suas características pessoais e busca relacionamentos interpessoais mais abertos. Na UNIDADE TEMÁTICA V o discurso esteve centrado nas características pessoais modificadas, porém reforçadas pelas expectativas da instituição, e não por iniciativa própria dos enfermeiros, após uma reflexão e busca de mudança de conduta. Conforme Silva (2001) existem muitos atributos preconcebidos do profissional enfermeiro. Estes atributos tornam-se negativos quando são de submissão e dedicação, impostos pela identidade que o enfermeiro deve assumir para provar competência e flexibilidade.

Na realidade estudada, alguns enfermeiros sentem-se pressionados em suas decisões, com muito medo de serem dispensados do serviço por não corresponderem às expectativas da administração. Este sentimento de impotência torna-se um ciclo vicioso: o enfermeiro não faz, porque fica esperando uma ordem superior, com a criatividade anulada e a satisfação pelo trabalho diminuída. Outros partem para o desafio, e provam ser competentes através dos resultados obtidos.

Esta situação nos enche de esperanças, porque percebemos que é possível buscar, e questionar valores, teorias e caminhos, não esperando que alguém decida por um decreto legal qual a conduta a seguir. O enfermeiro pode decidir qual caminho a seguir, ficar lamentando e pensando sempre de forma negativa não constrói uma identidade transformadora; ter consciência de que o momento presente sempre é o nosso momento, é o grande desafio. Cada um de nós é responsável pelo próprio futuro por meio da consciência e pró-ativação no presente e esta individualidade vai influenciar na construção da identidade coletiva.

O conceito de adaptação da identidade que buscamos identificar neste local de estudo ocorre, como identificamos, nos relatos. Porém, compreendemos que a adaptação traz embutidas noções de passividade, de conformação e defesa, ou de motivação frente aos desafios.

Os enfermeiros precisam buscar sua inserção no ambiente de trabalho através de um processo de tomada de decisão. A tomada de decisão sugere um agir e não apenas a obediência às regras. Esta forma de atuação é sutil, mas marca e define o trabalho do enfermeiro de maneira eficiente próximo à equipe, a instituição e principalmente junto aos pacientes. Temos consciência que este processo depende do enfermeiro querer assumir suas competências profissionais de maneira consciente e livre de paradigmas.

As inquietações que deram origem a este estudo, num hospital cooperativista, podem ser freqüentes para muitos enfermeiros que buscam a sua identidade profissional e acreditam que os grandes causadores desta crise são as empresas contratantes, o meio onde estamos trabalhando ou a história de abnegação, submissão e altruísmo da enfermagem.

A revisão da literatura mostrou que estas influências são reais, mas a vontade profissional pode superá-las, conseguindo a diferença nas relações e na organização do trabalho. A resposta para esta crise de identidade muito discutida entre os enfermeiros está em cada profissional; os enfermeiros podem buscar a ciência com qualidade, lutando para elevar o nível educacional, defendendo projetos que são favoráveis aos interesses da categoria profissional.

Cada um de nós é responsável por aquilo que cativa...Na verdade a busca pela identidade se faz na contradição entre a construção da identidade sob a perspectiva individual e a influência que este avanço individual vai provocar na identidade da enfermagem em geral, que seria a construção da identidade coletiva. Por outro lado a identidade coletiva influi na construção da identidade individual, esta é a contradição interna e externa do fenômeno chamado enfermagem.

6- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALCÂNTARA G de. A enfermagem moderna como categoria profissional: obstáculos à sua expansão na sociedade brasileira. Ribeirão Preto, 1966. 125p. Tese (Cátedra) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.

ALMEIDA MCP de, ROCHA JSY. O saber da enfermagem e sua dimensão prática. São Paulo, Cortez, 1986. 128p.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM. In: Relatório Final do 7º Seminário Nacional de diretrizes para a educação em Enfermagem no Brasil. Brasília (DF), 18 a 21 de Setembro de 2003. Brasília; ABEn Seção DF, 2003.

BACKES VMS. O legado histórico do Modelo Nightingaleano: seu estilo de pensamento e sua práxis. Rev Bras Enferm, Abr./Jun.1999, v.52, n.2, p.251-264

BERNARDES A, NAKAO JR da S, ÉVORA YDM. O trabalho administrativo do Enfermeiro sob a ótica dos técnicos e auxiliares de enfermagem. Revista Nursing, maio 2003; v.60, n.6, p.31-36.

BENATO JVA. O ABC do Cooperativismo. 4ª Edição, OCESP, outubro,1997.

BERGER P. A construção social da realidade: tratado de Sociologia do Conhecimento. Tradução de Floriano de Souza Fernandes. Petrópolis, Vozes, 1973, p.173-236.

BORENSTEIN MS. Poder da enfermagem no espaço hospitalar. Texto Contexto Enferm ago./dez. 2000, v.9, n.3, p.42-53.

BORENSTEIN MS. Porque conhecer a história da enfermagem? Texto Contexto Enferm 1995, v.4, p.14-18.

BRAGA JC, PAULA AG. Saúde e previdência: estudos de política social. São Paulo: CEBES/HUCITEC, 1981.

BRASIL, CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. CÂMARA DE EDUCAÇÃO SUPERIOR. Resolução CNE/CES nº3, de 7 de nov. 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/sesu/arquivos/pdf/030/enfermagem.pdf>, Acesso em 04/11/2005.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos: Resolução nº 196/96. Brasília (DF): MS/FIOCRUZ; 1996.

CHAVES EHB. Aspectos da liderança no trabalho do enfermeiro. Rev Gaúcha de Enferm, jan.1993, v.14, n.1, p.53-58.

CHIAVENATO I. Os novos paradigmas: como as mudanças estão mexendo com as empresas. São Paulo: Atlas, 1998.

CIAMPA A da C. A Estória do Severino e a História da Severina. Um ensaio de Psicologia Social. São Paulo:Brasiliense, 1987.

CUNHA ICKO, XIMENES NETO FRG. Competências gerenciais de enfermagem: um novo velho desafio? Texto Contexto Enferm, jul./set 2006, v.15, n.3, p.479-82.

COOPERATIVISMO. Disponível em: < <http://www.aliancaunimed.com.br/cooperativismo>> Acesso em 04 dez. 2005.

COOPERATIVISMO. Disponível em: < <http://www.centralnacionalunimed.com.br/quemsomos>> Acesso em 04 dez. 2005.

DEI SALVI JS, LUNARDI FILHO WD. Poder e gerenciamento na enfermagem. Texto Contexto Enferm, ago./dez. 2000, v.9, n.3, p.22-41.

DUARTE CMR. UNIMED: história e características da cooperativa de trabalho médico do Brasil. Cad Saúde Coletiva, jul./ago 2001; v.17, n.4.

ERIKSON EH. Identidade, juventude e crise. Rio de Janeiro: Zahar, 1972.

ESPÍRITO SANTO FH do, ESCUDEIRO CL, CHAGAS FILHO GAS das. O tom do cuidado de enfermagem para alunos de graduação. Rev Bras Enfermagem, jan/mar, 2000; v.53, n.1, p.23-29.

FERNANDES CN da S. Refletindo sobre o aprendizado do papel do educador no processo de formação do enfermeiro. Rev Latino-Am Enfermagem, ago 2004; v.12, n.4, p.691-693.

FERRAZ CA. Compreensão de exercício profissional do enfermeiro – uma análise fenomenológica. [Dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, 1989.

FREITAS DMV de, FÁVERO N, SCATENA MCM. O ensino de graduação na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP: suas perspectivas. Rev Latino-AM Enferm, 1993; v.1, nº esp, p.25-34.

GALVÃO CM. A liderança do enfermeiro no século XXI: algumas considerações. Rev Esc Enf USP, dez 1998, v.32, n.4, p.302-306.

GALVÃO CM. Liderança e comunicação: estratégias essenciais para o gerenciamento da assistência de enfermagem no contexto hospitalar. Rev Latino-Am Enfermagem, out. 2000, v.8, n.5, p.34-43.

GASTALDO DM, MEYER DE A formação da enfermeira: ênfase na conduta em detrimento do conhecimento. Rev Bras Enfermagem, jan./dez. 1989, v.42, n.1,2,3/4, p.7-13.

GERMANO R. Educação e ideologia da Enfermagem no Brasil. 2ed, São Paulo, Cortez, 1985.

HORTA WA. Processo de Enfermagem. São Paulo: EPU, 1979, 99p.

JÚNIOR LIMA JHV, ÉSTHER AB. Transições, prazer e dor no trabalho de enfermagem. Revista de Administração de Empresas, jul./set. 2001, v.41, n.3, p.20-30.

KAKEHASHI TY. Revista Brasileira de Enfermagem e a política de identidade profissional da enfermeira no Brasil – 1932 a 1941. Tese (Doutorado). São Paulo (SP): Escola de Enfermagem – Universidade de São Paulo, 199, 275p.

KIRCHHOF ALC. As forças da paixão e da razão como mediadora da promoção da enfermagem. Texto Contexto Enferm ago/dez. 2000; v.09, n.3, p.175-92.

KOPNIN PV. A dialética como lógica e teoria do conhecimento. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1978.

LACERDA MR. Enfermagem: uma maneira própria de ser, estar, pensar e fazer. Revista Brasileira de Enfermagem, abr./jun. 1998; v.51, n.2, p.207-216.

LEOPARDI M T. A finalidade da enfermagem: a ética como fundamento decisório. Texto Contexto Enfermagem, jul/dez 1995, v.4, n.2, p.23-9.

LIMA MA da C, CASSIANI SH de B. Pensamento crítico: um enfoque na educação de enfermagem. Rev. Latino-Am Enfermagem, jan.2000, v.8, n.1, p.23-30.

LIMA JC. O trabalho autogestionário em cooperativas de produção: o paradigma revisitado. Rev Bras Ci Soc, out.2004, v.19, n.56.

LUDKE M A M. Pesquisa em educação: abordagens qualitativas. São Paulo. Editora EPU, 1986.

LUCHESI LB, SANTOS CB dos. Enfermagem: o que esta profissão significa para adolescentes. Uma primeira abordagem. Rev Latino-Am Enfermagem, abr. 2005, v.13, n.2, p.158-164.

LUNARDI FILHO WD, LEOPARDI MT. O trabalho da enfermagem: sua inserção na estrutura do trabalho geral. Rio grande, 1999, 84p.

LUNARDI FILHO WD, LUNARDI VL, SPRICIGO J. O trabalho da enfermagem e a produção da subjetividade de seus trabalhadores. Rev Latino-Am de Enfermagem, abril 2001, v.9, n.2, p.91-96.

MARTINS MAF, GUERRA DR, GUEDES MVC. Libertas que serás enfermagem. Ver Bras Enferm, jul./set., 1998, v.51, n.3, p.511-522.

MANSUR MC. O financiamento federal da saúde no Brasil: tendências da década de 1990. [Dissertação]. Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, 2001. 116p.

MEDEIROS LC. O papel do enfermeiro hoje. Rev Bras Enferm, abr.jun, 1997; v.50, n.2, p.275-290.

MELO C. Divisão Social do Trabalho e Enfermagem. São Paulo: CORTEZ Editora, 1986, 94p.

MELO MRAC. Expectativa do administrador hospitalar frente as funções administrativas realizadas pelo enfermeiro. Rev Latino-Am Enfermagem, Jan 1996; v.4, n.1, p.131-144.

MENDES MMR. O ensino de graduação em enfermagem no Brasil, entre 1972 e 1994. Mudança de paradigma curricular? [Dissertação], Ribeirão Preto (SP): escola de Enfermagem de ribeirão Preto USP, 1996.

MERHY EE, QUEIROZ MS. Saúde Pública, rede básica e o sistema de saúde brasileiro. Cad Saúde Pública; 1993; v.9, n.2, Rio de Janeiro, abril/jun.

MINAYO MCdeS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo-Rio de Janeiro:HUCITEC/ABRASCO,1994.

Minidicionário da Língua Portuguesa, 1 ed. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira S.A; (s.d) Ideal, p.255.

NAKATAMI AAK. Processo de enfermagem: uma proposta de ensino através da pedagogia da problematização [Dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, USP, 2000.

NETTO LFS de A. Para compreender a identidade do enfermeiro: situando o objeto na produção científica da enfermagem. Rev Bras Enferm, Set./Out.2002, v. 55, n.5, p.580-585.

NIETSCHE EA, BACKES VMS. A autonomia como um dos componentes básicos para o processo emancipatório do profissional enfermeiro.Texto Contexto Enferm, Ago./Dez.2000, v.9, n.3, p.153-174.

NIETSCHE EA. Tecnologias educacionais, assistenciais e gerenciais: uma reflexão a partir da concepção dos docentes de enfermagem. Rev Latino-Am Enfermagem, Jun 2005; v.13,n.3, p.344-352.

NUNES ED. Saúde Coletiva: história e paradigmas. Agosto, 1998.

<<http://www.interface.org.br/revista3/debates1.pdf>> Acesso em 18 de julho de 2006.

ODDONE I. Ambiente de trabalho: a luta dos trabalhadores pela saúde. São Paulo:Hucitec, 1986.

PADILHA MIC de S. O Legado e o (Re) Legado – a enfermagem e as ordens / associações religiosas. Texto Contexto Enf, jan./abr. 1998; v.7, n.1, p.71-89.

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

PIRES D. Hegemonia Médica na Saúde e a Enfermagem – Brasil 1500 a 1930.São Paulo:CORTEZ Editora, 1989.156p.

PIRES D. Reestruturação Produtiva e Trabalho em Saúde no Brasil. São Paulo: Confederação Nacional dos trabalhadores em Seguridade Social – CUT; ANNAblume, 1998. 254p.

PIRES D. Novas formas de organização do trabalho em saúde e enfermagem. Rev Baiana de Enf, 2000, v.13, p.83-92.

ROCHA JSY SIMÕES BJK. Estudo da assistência hospitalar pública e privada em bases populacionais, 1986-1996. Rev Saúde Pública, fev.1999; v.33, n.1, São Paulo.

SÁ LD de. ... E a Enfermagem no século XXI? Rev Bras Enferm jul./set.1999; v.52, n.3, p.375-384.

SANTOS SSC. Currículos de enfermagem do Brasil e as Diretrizes – Novas Perspectivas. Rev Bras Enferm jul/ago 2003, v.56, n.4, p. 361-364.

SENA RR, COSTA FM, SILVA KL, MEIRELES VN. Movimento de mudança no modelo de ensino de enfermagem: um estudo de caso. Rev Mineira de Enfermagem, dezembro-janeiro 2001,v.5, n1/2, p.60-6.

SCHERER ZAP, SCHERER EA, CARVALHO AMP. Reflexões sobre o ensino da enfermagem e os primeiros contatos do aluno com a profissão. Rev Latino-Am Enfermagem, Abr 2006; v.14, n.2, p.285-291.

SCHNEIDER JF. Enfermagem e autonomia do paciente. In: Seminário Internacional de filosofia e saúde. Anais: Imprensa Universitária – UFSC, 1995, p.169-174.

SILVA EM, GOMES ELR, ANSEMI ML. Enfermagem: realidade e perspectiva na assistência e no gerenciamento. Rev Latino-Am Enfermagem. janeiro 1993, v.1, n.1, p.59-63.

SILVA EV dos S. Elementos constituintes da identidade de enfermeiro no discurso de graduandos. Rev Gaúcha de Enferm. jan.2001, v.22, .n.1, p.83-100.

SILVA GB da. A enfermagem profissional: análise crítica. São Paulo: Cortez, 1986, 143p.

SILVA MAPD da. As Representações Sociais e as Dimensões Éticas. Taubaté, Cabral Editora Universitária, 1998. 189p.

SILVA MAPD da SILVA EM. Materialismo Histórico e Dialético: Contribuições para a Pesquisa em Enfermagem. In: BARROS, N.F. de. (Org.). Pesquisa qualitativa em saúde: múltiplos olhares. Campinas: UNICAMP, 2005. p.109-18.

SOUZA RG de BODSTEIN RC de A. Inovações na intermediação entre os setores público e privado na assistência à saúde. Ciência e Saúde Coletiva 2002; v.7, n.3, Rio de Janeiro.

SPINDOLA T, SANTOS R da S. O trabalho na enfermagem e seu significado para as profissionais. Rev Bras Enferm Mar/Abr 2005; v.58, n.2, p.156-60.

SKINNER BF. O mito da liberdade. 3ed; São Paulo: Summus, 1983.

TREVISAN MA. A Função Administrativa do Enfermeiro no contexto da burocratização hospitalar. Rev Bras de Enferm out./dez 1987; v.40, n.4, p.204-208.

TRIVINOS ANS. Introdução à pesquisa em Ciências Sociais. A pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1992.

UHLMANN CMDG. Ensino de enfermagem e cuidado humanizado: estudo das representações sociais de professores do ensino médio. [Dissertação]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas, 2004.

VIOLANTE MLV. A construção teórica do objeto de pesquisa: a conceituação de identidade. In: Identidade: teoria e pesquisa / Diversos autores. São Paulo: EDUC, 1985 (Série Cadernos PUC): 20.

VENDRÚSCOLO DMS, MANZOLLI MC. O currículo na e da enfermagem: por onde começar a renovar. Rev Latino-Am Enfermagem Jan 1996; v.4, n.1, p.189-196.

WALDOW VR, MEYER DS, LOPES MJ. Maneiras de cuidar/maneiras de ensinar: a enfermagem entre a escola e a prática profissional. Porto alegre: Artes Médicas, 1995, 203p.

WALDOW VR. Cuidado humano: o resgate necessário. 3ª edição. Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 2001, 202p.

ZANOTTI R. Expandindo as fronteiras da educação em enfermagem globalmente. Rev Latino-Am Enfermagem Jan. 1996, v.4, .1, p.189-196.

7- ANEXOS

ANEXO I
ROTEIRO DE ENTREVISTA

1. Dados de Identificação

Sexo:

Graduação (nome da instituição):

Tempo de formado:

Tempo de contratação no Hospital:

2. Para você o que é ser enfermeiro (a)?

3. Como os conhecimentos adquiridos na graduação auxiliaram no exercício da profissão, neste Hospital?

4. Como você analisa as ações do(a) enfermeiro (a) neste Hospital? Por que?

5. Quais as dificuldades e facilidades você evidencia nas suas ações neste Hospital. Por que?

6. Você precisou modificar alguma característica profissional anteriormente construída para trabalhar neste Hospital? Por que?

7. Você gostaria de acrescentar algum outro comentário?

ANEXO II

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

Pesquisa: Estudo sobre a identidade do enfermeiro em uma Instituição Hospitalar Cooperativista

Orientador: Prof. Dr. Mauro Antonio Pires Dias da Silva

Pesquisadora: Daniele Cristina Zuza

Justificativa:

Este estudo pretende favorecer a reflexão da categoria de enfermeiros sobre as influências e conseqüências das exigências hospitalares na sua identidade e no cotidiano de sua prática profissional.

Objetivos:

1. Estudar as percepções dos enfermeiros sobre o trabalho
2. Descrever as adaptações de identidade do enfermeiro para a adequação ao exercício profissional

Eu, _____, concordo em participar da pesquisa e declaro que estou ciente do propósito do estudo e que os dados coletados poderão ser divulgados em eventos científicos, mas que terei garantido o sigilo de minha identificação pessoal, profissional e da instituição.

A pesquisa em questão tem como objetivo investigar a construção da identidade do enfermeiro em uma instituição privada. Além disso, estou ciente de que:

- 1- serei submetido a uma entrevista, que será registrada (gravada) pela própria pesquisadora;
- 2- recebi e receberei resposta a qualquer pergunta e esclarecimento acerca dos assuntos relacionados com a pesquisa;
- 3- além do sigilo, será garantido o compromisso de privacidade e de confiabilidade dos dados utilizados, preservando o anonimato e eliminando as informações identificáveis presentes;
- 4- as informações obtidas, assim como as análises dados, estarão disponíveis para os professores sujeitos da pesquisa;
- 5- estou ciente dos números de telefones do orientador, Prof. Dr. Mauro Antonio Pires Dias da Silva: (019) 3788 88 29 ou (19) 9774 03 39; do Comitê de Ética em Pesquisa (19) 3788 89 36; e da pesquisadora, En^ª Daniele Cristina Zuza: (19) 3456 25 53

Data ____/____/____

Nome do participante: _____

Endereço: _____

Telefone: _____ RG: _____ Assinatura: _____

Assinatura do pesquisador

ANEXO III

MODELO DE ENTREVISTA

1. Dados de Identificação

Sexo: Feminino

Graduação: Escola Privada

Tempo de formado: 5 anos

Tempo de contratação no Hospital: Aproximadamente 9 anos

2. Para você o que é ser enfermeiro?

“Bom pra mim, ser enfermeiro é tudo. Basicamente coordenação, liderança, atitude, então, engloba todas estas partes, aí. Eu acho que a atitude dos enfermeiros nestas situações é observar o funcionário, né. O que ele está fazendo, o que ele está realizando, e dentro dessas ações e procedimentos, ver o certo ou errado, se precisa melhorar mais, se precisa de um treinamento, engloba tudo.”

3. Como os conhecimentos adquiridos na graduação auxiliaram no exercício da profissão neste Hospital?

“O que eu obtive mais de conhecimento, foi na parte administrativa, né; porque como técnica ou auxiliar de enfermagem, a gente não adquire esta experiência. Então, na parte administrativa eu obtive mais conhecimentos como um treinamento. A prática eu já tinha e a faculdade complementou com a parte administrativa. A parte administrativa engloba como coordenar um setor, como gerenciar, a liderança com os funcionários, planejamento, elaboração de escalas, centro de custos, engloba tudo”.

4. Como você analisa as ações do(a) enfermeiro (a) neste Hospital? Por que?

Particularmente, eu acho muito boa, eu trabalho em Pronto Atendimento, né. Então, eu tenho uma liberdade a mais para estar implementando alguma coisa, coordenando o setor, estabelecer mudanças. A não ser quando seja uma mudança radical, que eu preciso da intervenção da administração. Mas, nos demais, pelo menos no meu trabalho eu acho que tem uma ação muito boa. Os demais enfermeiros precisam adquirir experiência, e pelo menos na parte da direção de enfermagem a gente tem bastante autonomia em estar passando as coisas e implantando, através da troca de idéias. Se entra um enfermeiro novo, ele vai ter que adquirir experiência e segurança. Aí existe liberdade para o enfermeiro saber usar. No começo tudo é difícil, depois que o enfermeiro adquire experiência e segurança, eu acho que o enfermeiro consegue mais liberdade. Eu percebi isso em mim mesmo. Segurança até demonstrada para a administração, quando estão seguros que o enfermeiro trabalha bem e demonstra um serviço bom, então à partir daí, a gente começa a ter autonomia no setor.”

5. Quais as dificuldades e facilidades que você evidencia nas suas ações neste Hospital. Por que?

“Dificuldades eu vejo praticamente todo dia. Como eu trabalho num setor aberto, cada dia surge uma coisa nova e através disso eu vou adquirindo mais conhecimento. No andamento do setor, como resolver e como evitar que isso ocorra novamente. Os usuários, os clientes são mais difíceis e a gente não agrada o atendimento de todos; então, às vezes, surge uma reclamação que você precisa conversar como o paciente; surge uma medicação que você nunca realizou, que você tem que estudar, ver como fazer, discutir com o farmacêutico, né. Mas, assim como eu já trabalhei muito tempo no pronto atendimento, eu já tenho uma segurança, mas como é uma porta aberta, a todo momento estamos sujeitos a dificuldades, mas nada impede de a gente estar melhorando e aprimorando mais. Facilidades – eu tenho facilidades na parte de orientação, além dos processos de apoio. Mão de obra e organização do setor. Inclusive treinamentos dos funcionários.”

6. Você precisou modificar alguma característica profissional anteriormente construída para trabalhar neste Hospital? Por que?

“Primeiramente enquanto técnico ou auxiliar de enfermagem, você assume uma postura diante do que acontece, então se você vai fazer algo e surge uma reclamação ou crítica, você acaba passando para o enfermeiro decidir. O enfermeiro acaba decidindo tudo o que ocorre. Você trabalhava e terminava seu período indo embora sem a parte administrativa, porque você era apenas o funcionário, sem preocupação. Sendo enfermeiro você precisa se preocupar com a escala, número de funcionários, atendimento, qualidade e coordenação. As características profissionais foram melhoradas por uma cobrança particular. A postura profissional eu sempre tive em relação aos colegas e enfermeiros, o que diferenciou na minha característica profissional foi a preocupação com aspectos administrativos.”

ANEXO IV

PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

www.fcm.unicamp.br/pesquisa/etica/index.html

CEP, 26/09/06.
(Grupo III)

PARECER PROJETO: Nº 405/2006 (Este nº deve ser citado nas correspondências referente a este projeto)
CAAE: 1382.0.000.146-06

I-IDENTIFICAÇÃO:

PROJETO: “ESTUDO SOBRE A IDENTIDADE DO ENFERMEIRO EM UMA INSTITUIÇÃO HOSPITALAR COOPERATIVISTA”.

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Daniele Cristina Zuza

INSTITUIÇÃO: Unimed Cooperativa de Trabalho

APRESENTAÇÃO AO CEP: 08/08/2006

APRESENTAR RELATÓRIO EM: 26/09/07 (O formulário encontra-se no *site* acima)

II - OBJETIVOS

Analisar as exigências do trabalho, percepções dos enfermeiros e adaptações de identidade profissional do enfermeiro em uma instituição hospitalar cooperativista.

III - SUMÁRIO

Pesquisa qualitativa mediante a aplicação de instrumento padronizado, por entrevista, cujos dados serão interpretados discursivamente.

IV - COMENTÁRIOS DOS RELATORES

Projeto bem redigido, sem riscos para os sujeitos de pesquisa. Termo de Consentimento adequado.

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 complementares, resolve aprovar sem restrições o Protocolo de Pesquisa, bem como ter aprovado o Termo do Consentimento Livre e Esclarecido, assim como todos os anexos incluídos na Pesquisa supracitada.

O conteúdo e as conclusões aqui apresentados são de responsabilidade exclusiva do CEP/FCM/UNICAMP e não representam a opinião da Universidade Estadual de Campinas nem a comprometem.



VI - INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96 – Item IV.1.f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (Item IV.2.d).

Pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS Item III.1.z), exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade do regime oferecido a um dos grupos de pesquisa (Item V.3.).

O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS Item V.4.). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projeto do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res. 251/97, Item III.2.e)

Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, de acordo com os prazos estabelecidos na Resolução CNS-MS 196/96.

VII - DATA DA REUNIÃO

Homologado na IX Reunião Ordinária do CEP/FCM, em 26 de setembro de 2006.


Profa. Dra. Carmen Sílvia Bertuzzo
PRESIDENTE DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
FCM / UNICAMP