

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL ESCOLA  
DE ENFERMAGEM CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

**O TRABALHO DA ENFERMEIRA NO ÂMBITO  
HOSPITALAR: IDEALIZAÇÃO E REALIDADE**

**ANDRÉIA DA SILVA GUSTAVO**

Porto Alegre, maio de 2001

# **Livros Grátis**

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

**ANDRÉIA DA SILVA GUSTAVO**

**O TRABALHO DA ENFERMEIRA NO ÂMBITO HOSPITALAR:  
IDEALIZAÇÃO E REALIDADE**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora:  
ProF D<sup>ca</sup> Maria Alice Dias da Silva Lima

Porto Alegre, maio de 2001

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP)

G982t Gustavo, Andréia da Silva.

O trabalho da enfermeira no âmbito hospitalar: idealização e realidade/  
Andréia da Silva Gustavo; Orientação de Maria Alice Dias da Silva Lima.  
Porto Alegre, 2001.

115p.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Escola de Enfermagem. Curso de Mestrado em Enfermagem.

1. Trabalho da enfermeira.-2. Organização do trabalho em enfermagem. - 3. Funções. da enfermeira em hospitais- I. Título.

## SUMÁRIO

### RESUMO

1 INTRODUÇÃO.....	08
2 A CONSTRUÇÃO DO OBJETO DE INVESTIGAÇÃO E O REFERENCIAL TEÓRICO .....	13
3 A TRAJETÓRIA METODOLÓGICA DA INVESTIGAÇÃO .....	31
3.1 Caracterização do estudo.....	31
3.2 Coleta de dados .....	32
3.3 Caracterização do espaço da pesquisa .....	37
3.4 Análise dos dados .....	41
4 O TRABALHO DA ENFERMEIRA EM UNIDADES ESPECIALIZADAS 44	
4.1 A organização do trabalho da enfermeira.....	44
4.2 O espaço social do trabalho da enfermeira.....	52
4.3 A articulação do trabalho coletivo.....	64
4.4 Coordenação, supervisão e controle do trabalho.....	71
4.5 Idealização e realidade .....	84
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	101
ABSTRACT.....	104
RESUMEN.....	106
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	108
ANEXOS .....	113
Anexo A - Roteiro para Entrevista.....	114
Anexo B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido .....	115

## 1 INTRODUÇÃO

Este estudo trata do trabalho da enfermeira<sup>1</sup> em unidades especializadas, no modelo clínico de atenção à saúde<sup>2</sup>. A definição desse objeto de investigação surgiu a partir de indagações e controvérsias que foram identificadas em nossas experiências profissionais no âmbito hospitalar, no que diz respeito ao cotidiano da enfermeira.

O interesse pelo tema também se deu tendo em vista que participamos do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva e Serviços de Saúde – NESCOSS, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, no qual já estudamos o trabalho da enfermeira em unidades de internação. Sendo assim, um aspecto importante é que estamos dando continuidade à exploração de uma temática, pertinente dentro das propostas e possibilidades desse Núcleo de Estudos.

Durante nossa trajetória como discente e docente em Enfermagem, temos acompanhado a experiência dos alunos de graduação, no âmbito hospitalar, de

---

<sup>1</sup> Adotamos o substantivo feminino, de acordo com a designação cultural genérica utilizada para essa categoria profissional.

<sup>2</sup> O modelo clínico de atenção à saúde é um dos tipos de modelos assistenciais. Os modelos assistenciais são baseados em um determinado conjunto de saberes e instrumentos que organizam a produção de serviços de saúde e, também, possuem ações sociais específicas constituindo projetos de política social para a área de saúde, representando uma estratégia política de determinados agrupamentos sociais (Merhy, Cecílio e Nogueira Filho, 1991). Segundo Gonçalves (1992), o modelo clínico de atenção à saúde tem como finalidade recuperar os corpos incapacitados pela doença. A sustentação desse modelo dá-se através do diagnóstico e da terapêutica. Esse assunto será aprofundado no capítulo seguinte.

duas formas: na primeira, prestando cuidados a um único paciente, chegando, às vezes, a compartilharem esses cuidados com outro colega; na segunda, cada aluno tem que gerenciar a assistência prestada a um grupo de pacientes, envolvendo-se com a dinâmica de uma unidade de internação.

A partir daí, começamos a nos questionar a respeito de qual é a lógica do ensino voltado a prestar cuidados a um único paciente, na maior parte do curso de graduação, prática essa muito distante do cotidiano da enfermeira. Dessa forma, o aluno sai da faculdade com a imagem de que a enfermeira se encontra, fundamentalmente, ligada ao cuidado direto, e aquela que desempenha mais atividades gerenciais do que assistenciais está rompendo com preceitos, pois ela foi instruída a priorizar o cuidado, como se não fizesse parte disso a previsão de materiais, a educação continuada do pessoal, a organização do ambiente, a previsão da escala de folgas e de férias, enfim, toda a infra-estrutura necessária para viabilizar o trabalho coletivo nas organizações de saúde.

Deparamo-nos com uma visão dicotômica em relação ao cuidado<sup>3</sup> e ao gerenciamento<sup>4</sup>, que tem perpassado o ensino e a prática de enfermagem. Existem divergências no meio acadêmico, quando se discute qual o direcionamento do trabalho da enfermeira, encontrando-se duas posições distintas. Uma delas, com enfoque normativo e idealista, defende que as atividades assistenciais devem ser ressaltadas e que a predominância das

---

<sup>3</sup> Adotamos, neste trabalho, cuidado e assistência indistintamente.

<sup>4</sup> Utilizamos o termo gerência com base na definição de Motta (1991, p.26): “A gerência é a arte de pensar, de decidir e de agir; é a arte de fazer acontecer, de obter resultados. Resultados que podem ser definidos, previstos, analisados e avaliados, mas que têm de ser alcançados através das pessoas e numa interação humana constante.” Para Brito (1998), a palavra administração vem sendo substituída, através dos tempos, por gerência e gestão. Motta (1991) reconhece essas palavras como sinônimos. Sendo assim, optamos por utilizar os termos “gerência” e “administração” com o mesmo sentido, substituindo um pelo outro, no decorrer do texto, tendo como único propósito evitar o desgaste na utilização.

atividades gerenciais é um desvio de função. A outra posição, ao entender a enfermagem como uma prática estruturada histórica e socialmente, acredita que o gerenciamento faz parte desse trabalho, pois atende a uma necessidade sócio-organizacional e estrutural no processo de trabalho em saúde.

A dicotomia entre a formação e a prática concreta tem sido considerada como um dos motivos que geram polêmica em torno da realidade vivida pelas enfermeiras no cotidiano dos serviços de saúde. Leopardi et al. (1989), Lunardi Filho e Lunardi (1996) mencionam que a dicotomia entre a teoria e a prática tem originado crise de identidade profissional, provocando assim a evasão de muitas enfermeiras para outras áreas. Secaf e Rodrigues (1998) sugerem, para se evitar a evasão, que os responsáveis pelo ensino desenvolvam conteúdos em consonância com a realidade do trabalho, apontando, também, a necessidade de melhor definição do papel da enfermeira.

Muitas enfermeiras queixam-se que não conseguem prestar cuidados aos pacientes como gostariam, ou seja, priorizando em suas atividades a assistência aos pacientes. Essa é uma idealização, contrária à realidade expressa no âmbito hospitalar, que requer dessas profissionais a resolução de problemas referentes a pessoal, ao serviço e ainda à articulação dos demais profissionais que estão envolvidos na assistência do paciente. Mas todas essas atividades desenvolvidas pela enfermeira, de uma forma ou de outra, são em benefício do paciente. Na nossa visão, portanto, as atividades da enfermeira não são restritas ao assistir, englobam também o gerenciar.

O estudo de Silva (1998), ao tratar das representações sociais de professores de enfermagem a respeito da enfermeira, sua formação e trabalho,

identificou a necessidade de uma identidade relacionada com as atividades profissionais, pois foi assinalado o desconhecimento, por parte das enfermeiras, das especificidades do seu trabalho. De alguma forma, isso se reflete no ensino, sendo constatado um grande conflito entre o que é ensinado nas escolas de enfermagem e o que é exercido pelo enfermeiro no seu cotidiano profissional. Os sujeitos desse estudo consideraram que as atividades de cuidado direto junto ao paciente e as administrativas são, basicamente, as atividades profissionais das enfermeiras. As administrativas se realizam em vários âmbitos, desde a administração do cuidado do paciente até a administração de hospitais, unidades e setores da área da saúde como um todo.

Esta investigação leva em consideração algumas interrogações que permeiam o exercício profissional, visando a compreensão das dimensões do trabalho da enfermeira no âmbito hospitalar, podendo contribuir para reposicionar seus papéis<sup>5</sup> tanto de cuidar como de gerenciar. Através das concepções de enfermeiras podemos trazer à tona características inerentes ao processo de trabalho no modelo clínico de atenção à saúde, propiciando, assim, a apreensão de singularidades existentes no desempenho de suas atividades cotidianas, instigando-nos a buscar possibilidades de fortalecer uma formação polivalente para o exercício profissional no âmbito hospitalar.

A partir da descrição que as enfermeiras fazem das atividades que desenvolvem e de como elas se definem, buscamos subsídios para a reflexão sobre o trabalho da enfermeira perante as exigências das organizações de

---

<sup>5</sup> Segundo Stoner e Freeman (1999, p.9) “papel é o padrão de comportamento que se espera de alguém dentro de uma unidade funcional. Os papéis, portanto, são inerentes às funções.”

saúde e as necessidades sociais a que estão atendendo, de acordo com as singularidades de cada serviço.

A seguir, apresentaremos a construção do nosso objeto de investigação com base no referencial teórico utilizado, mostrando a formulação do pressuposto do estudo, os questionamentos que nos nortearam e os objetivos propostos.

## **2 A CONSTRUÇÃO DO OBJETO DE INVESTIGAÇÃO E O REFERENCIAL TEÓRICO**

Neste capítulo abordaremos aspectos relativos ao trabalho da enfermeira num dos modelos de organização tecnológica do trabalho em saúde, o modelo clínico de atenção à saúde.

Gonçalves (1979, 1992, 1994) identifica duas vertentes principais de organização tecnológica<sup>6</sup> do trabalho em saúde, consideradas como não excludentes: o modelo epidemiológico e o modelo clínico de atenção à saúde. Somente foi possível a abertura dessas vertentes de atuação para o trabalho em saúde devido ao advento do capitalismo, no qual os corpos humanos são tidos como sede da força de trabalho, envolvidos na dinâmica da produção social.

O modelo epidemiológico, cuja finalidade é controlar a doença em escala social, teve sua atuação alicerçada principalmente no saneamento ambiental e na educação em saúde. O seu domínio foi no século XIX. Nesse modelo, a doença é tida como um fenômeno coletivo que pode ser tomado como natural ou como social. É tomado como natural ao conceber os indivíduos como um

---

<sup>6</sup> Gonçalves (1994) considera a tecnologia como um conjunto de saberes e instrumentos específicos que repercute na rede de relações sociais, no processo de produção de serviço. A compreensão do autor sobre tecnologia vai além de objetos materiais desenvolvidos para maior produtividade do trabalho.

conjunto homogêneo, ou seja, a doença ocorre da mesma forma em todos os indivíduos, estando esses submetidos a diferenças ambientais externas casuais. No entanto, para ser tomado como social, deve referir-se à estrutura da sociedade como causadora da doença (Gonçalves, 1992).

O modelo clínico passou a se constituir historicamente no capitalismo, segundo Gonçalves (1992). Esse modelo tem como finalidade recuperar a força de trabalho incapacitada pela doença, considerada como alteração morfofisiológica do corpo humano em sua dimensão individual, reduzindo-se às suas dimensões biológicas, fundamentando-se nos conhecimentos da anatomia, fisiopatologia, patologia e farmacologia. O seu predomínio deu-se realmente no século XX, quando ocorreram avanços nessas áreas de conhecimento, necessários para a realização do diagnóstico e da terapêutica que dão sustentação a esse modelo.

De acordo com Mendes (1984), as características básicas do modelo clínico foram difundidas para o mundo todo com base nas recomendações do Relatório Flexner, publicado pela Fundação Carnegie, em 1910. As propostas desse relatório levaram a várias mudanças, tanto no ensino como na prática da medicina e, por conseguinte, na área da saúde. Por esse motivo, também houve grande influência flexneriana na enfermagem, em seu ensino e em sua prática.

Mendes (1984) mostra os seguintes elementos estruturais do modelo clínico ou paradigma da medicina científica:

- mecanicismo: ocorre o rompimento da imagem da totalidade corporal; faz-se uma analogia do corpo humano com o funcionamento de uma

máquina, passando a ser dividido em partes;

- biologismo: leva à concepção de história “natural” da doença, excluindo a história social, pois se baseia na natureza biológica das doenças, bem como em suas causas e conseqüências;
- individualismo: o indivíduo passa a ser o objeto, porém separado dos aspectos sociais de sua vida;
- especialização: ocorre devido ao mecanicismo, que necessita do aprofundamento do conhecimento específico, mas também pela divisão técnica do trabalho, devido à necessidade de acúmulo de capital exigindo a fragmentação do processo de produção;
- exclusão das práticas alternativas: fundamenta-se na superioridade da medicina científica em relação às práticas médicas alternativas, às quais atribui ineficácia;
- tecnificação do ato médico: desenvolvimento da tecnologia médica através de equipamentos caros e sofisticados que são produzidos e vendidos pela indústria;
- ênfase na medicina curativa: concentra-se na prática curativa individual, prestigiando o diagnóstico e a terapêutica, ou seja, o fisiopatológico em detrimento da causa. Sendo assim, esse âmbito torna-se mais suscetível à incorporação de tecnologia;
- concentração de recursos: a corporificação de alta densidade tecnológica pelos agentes especializados determina uma concentração dos recursos de saúde, tornando a medicina científica urbanizada e institucionalizada, cuja instituição central passa a ser o

hospital.

Conforme Foucault (1998), o saber clínico estabelece uma bipolaridade entre os conceitos do normal e patológico, pois se apóia na análise do funcionamento e estrutura do organismo, procurando o que causa distúrbio para restabelecer o funcionamento normal, baseado nos sintomas do paciente.

Inicialmente, no processo de trabalho em saúde, o diagnóstico e a terapêutica foram desenvolvidos por um único profissional, o médico. Esse profissional necessitou de local apropriado para trabalhar na construção da teoria das doenças, sendo que esse espaço se constituiu no hospital. Para Gonçalves (1979) o hospital, por ser o local de trabalho, é o instrumento mais importante entre aqueles que constituem as condições materiais necessárias para a concretização das práticas de saúde no modelo clínico de atenção à saúde. Essa instituição, por ser relativamente grande e complexa, levou ao aparecimento de trabalhos infra-estruturais, sendo o mais importante o da enfermeira (Gonçalves, 1979). Ela assumiu as atividades manuais de assistência direta ao doente nesse processo, ficando subordinada ao trabalho médico. Ao mesmo tempo, a enfermeira assumiu um trabalho mais intelectual dentro da equipe de enfermagem, relacionado à supervisão e ao controle de pessoal. Esse controle estendeu-se além da equipe de enfermagem, passando a ser responsável, também, pelo controle do espaço físico e de todas as articulações necessárias para a assistência do paciente.

Gomes et al. (1997), ao fazerem uma análise histórica da gênese e incorporação do saber administrativo na enfermagem, evidenciaram que foi a partir da necessidade de organizar os hospitais que o saber de administração,

paralelamente ao saber técnico, se constituiu como instrumento de trabalho da enfermagem. Essas autoras adicionam mais um instrumento no trabalho da enfermagem, a disciplina, ao se referirem à organização dos agentes de enfermagem por meio das técnicas disciplinares e da hierarquia no micropoder hospitalar. Esses instrumentos tiveram suas gêneses na Inglaterra, na segunda metade do século XIX.

Neste estudo, partimos do entendimento de que a enfermagem é uma prática social, com base em autores como Almeida (1988; 1991), Almeida e Rocha (1986), Castellanos et al. (1989), Gomes (1991), Almeida e Rocha (1997), que utilizaram pressupostos do materialismo histórico para analisar a enfermagem. Nessa vertente, o trabalho da enfermagem articula-se com os de outros agentes de saúde, configurando-se como parte do processo de trabalho, no qual estão contidas as relações sociais concretas interligadas à dinâmica da reprodução social requerida na sociedade capitalista brasileira. Sendo assim, a enfermagem não se reproduz isoladamente, tampouco se autodetermina. Portanto, consideramos a enfermagem como uma prática profissional, articulada às demais práticas que constituem o processo de trabalho em saúde.

Buscamos embasamento, também, na teoria do trabalho em saúde desenvolvida por Gonçalves (1979, 1992, 1994), que se fundamentou na abordagem marxista sobre o trabalho humano. Para ele, diversos agentes realizam as práticas de saúde<sup>7</sup>, cujas atividades se interdependem e se complementam e estão articuladas a outras práticas sociais, caracterizando-as

---

<sup>7</sup> Gonçalves (1994) entende por práticas de saúde o conjunto das práticas profissionalizadas e semiprofissionalizadas atuantes na promoção da saúde, na prevenção, tratamento e reabilitação da doença, considerando suas ações como processos de intervenção técnica e social da realidade.

como um trabalho coletivo. Atendem a finalidades que são construídas socialmente, portanto possuem uma autonomia relativa. Almeida e Rocha (1997), Lopes (1997) e Lima (1998) também compartilham da idéia do trabalho coletivo desenvolvido pelos agentes de saúde, bem como sobre a complementaridade e interdependência existente, fazendo com que a autonomia desses profissionais seja relativa.

Para caracterizarmos o processo de trabalho dos profissionais de saúde, concordamos com Pires (1999), que aponta o indivíduo como o objeto desse trabalho, independente de seu estado de saúde. O saber de saúde, representado pelas condutas terapêuticas, constitui-se no instrumental de trabalho, para atingirmos como finalidade a ação terapêutica de saúde. A própria prestação da assistência de saúde é o produto final do processo, sendo consumida ao mesmo tempo em que é produzida. Sendo a enfermagem uma prática de saúde, essa caracterização estende-se, também, para o seu processo de trabalho.

Alguns autores (Gonçalves, 1979; Almeida e Rocha, 1986; Leopardi, 1991, Lima, 1998), baseados na historicidade, mencionam que o trabalho da enfermeira se subordinou ao trabalho médico, pois surgiu da divisão vertical do trabalho na saúde, no qual tarefas mais manuais, antes executadas pelo médico, passaram a ser incorporadas ao trabalho da enfermeira. Partilhamos da idéia de Lunardi Filho (1998), ao afirmar que o predomínio da hegemonia médica não tem se mantido em igual intensidade.

Atualmente, a nosso ver, o trabalho de enfermagem, comandado pela enfermeira, é um co-participante no processo de trabalho coletivo em saúde,

mas não no sentido de subserviência. A enfermeira possui autonomia relativa, tanto em relação à equipe de enfermagem, como em relação à equipe médica e aos demais profissionais da saúde.

O trabalho de enfermagem desenvolve-se através de operações fragmentadas e hierarquizadas, que são executadas por mais de uma categoria profissional (enfermeira, técnico e auxiliar de enfermagem). Essa característica pode ser atribuída à divisão social e técnica do trabalho, que se constituiu, historicamente, desde a origem da enfermagem como profissão. A sociedade dividida em ocupações ligadas ao ramo da produção ou à prestação de serviços caracteriza-se como divisão social. Já a divisão técnica desmembra uma ocupação, parcelando o trabalho. Essa divisão ocorre, geralmente, baseada na complexidade de concepção (trabalho intelectual) e execução (trabalho manual), pois segundo Braverman (1987, p. 53):

*“(...) nos seres humanos, diferentemente dos animais, não é inviolável a unidade entre a força motivadora do trabalho e o trabalho em si mesmo. A unidade de concepção pode ainda continuar a governar a execução, mas a idéia concebida por uma pessoa pode ser executada por outra.”*

Assim, devido à divisão técnica e social do trabalho de enfermagem, a enfermeira é o profissional que detém o controle do processo assistencial de enfermagem e delega atividades parcelares aos técnicos e auxiliares de enfermagem. A execução de procedimentos de maior complexidade fica sob responsabilidade da enfermeira, bem como todo tipo de tomada de decisão em relação à organização do trabalho de enfermagem. No que se refere à tomada de decisão relacionada ao cuidado do paciente, sua autonomia é relativa, pois

há uma interdependência e, em alguns casos, até mesmo dependência (quanto à terapêutica medicamentosa e determinação de métodos invasivos), em relação ao médico, que conduz o diagnóstico e a terapêutica. Porém, a enfermeira tem liberdade para decidir a respeito de fármacos ou procedimentos que são prescritos para serem realizados conforme sua avaliação. Outro ponto é a existência de protocolos em alguns serviços, que liberam a enfermeira para a realização de determinadas ações.

Faz-se importante trazer a discussão de Almeida e Rocha (1986) baseada em diversos autores como Poulantzas, Gonçalves e Gramsci, mostrando que as junções dos dois pólos, intelectual e manual, são instrumentos necessários do trabalho em saúde, especificamente, no da enfermagem. Os autores, ainda, referem que o trabalho das profissionais de enfermagem não deve ser caracterizado por um ou outro, mas sim por determinadas condições e relações sociais. Salientam, também, a existência de atividade intelectual criadora, ainda que mínima, em qualquer trabalho físico.

O trabalho de enfermagem organiza-se em modalidades de prestação de cuidados distintas ou combinadas entre si. Garbett (1996) refere que os modelos de organização do cuidado são ferramentas que ajudam a enfermagem a dimensionar os recursos, quantidade de pessoal disponível e nível de qualificação, para o alcance das metas em relação aos cuidados que devem ser prestados aos pacientes. No entanto, o que determina essas metas é o foco de atenção das ações de enfermagem, ou seja, a importância dada ao paciente no processo de trabalho. Para Kron e Gray (1994) as modalidades mais freqüentes são as seguintes: modalidade funcional; modalidade em

equipe; modalidade de atendimento total; modalidade de enfermagem primária. O papel da enfermeira diferencia-se conforme a modalidade de cuidado eleita para organizar o trabalho de enfermagem no serviço.

No modelo de enfermagem funcional, o atendimento de enfermagem é fracionado em tarefas, as quais são executadas conforme a competência dos agentes, ou seja, uma determinada atividade será realizada pelo mesmo profissional a todos os pacientes da unidade. A coordenação desse trabalho é responsabilidade da enfermeira, bem como a execução de cuidados mais complexos (Kron e Gray, 1994).

Na modalidade de trabalho em equipe, um grupo de agentes é responsável pelo atendimento a um grupo de pacientes, com o intuito de que o foco de atenção seja o paciente e não a tarefa. A enfermeira planeja e coordena os cuidados prestados, distribuindo-os conforme a qualificação dos profissionais, relacionando com a necessidade do paciente (Garbett, 1996).

No modelo de atendimento total, é a enfermeira que realiza todo o atendimento direto ao paciente. Segundo Kron e Gray (1994), as auxiliares de enfermagem apenas ajudam nessa modalidade. A lógica é que a enfermeira é o profissional de enfermagem melhor preparado para o atendimento necessário ao paciente.

Quanto à enfermagem primária<sup>8</sup>, modalidade bastante incipiente na realidade hospitalar brasileira, caracteriza-se pela responsabilidade da enfermeira no planejamento e avaliação dos cuidados prestados a determinado paciente durante a sua estada no hospital, ou seja, essa enfermeira é a

---

<sup>8</sup> Essa modalidade tem sido, também, denominada como “*Primary Nurse*”, mas optamos por utilizar a expressão em língua portuguesa.

referência para o paciente e sua família nas 24 horas do dia, nos sete dias da semana (Garbett, 1996).

Pires (1999) identifica, historicamente, dois campos de atividades no trabalho da enfermagem e designa-os como sendo o dos cuidados e procedimentos assistenciais e o da administração da assistência de enfermagem e do espaço assistencial.

Castellanos et al. (1989) caracterizam o processo de trabalho da enfermagem no modelo de saúde individual, o clínico, como formado pelo “processo de trabalho cuidar” e pelo “processo de trabalho administrar”. O “processo de trabalho cuidar” utiliza a observação, o levantamento de dados, o planejamento, a evolução, a avaliação, os sistemas de assistência, os procedimentos técnicos, de comunicação e de interação como meios de trabalho. Os meios de trabalho para o “processo de trabalho administrar” compreendem a força de trabalho, o material disponível, os modelos e métodos administrativos. Ambos os processos de trabalho da enfermagem, um de uma forma mais direta (“processo de trabalho cuidar”) e outro de uma forma indireta (“processo de trabalho administrar”), têm como propósito curar os corpos individuais.

Embora exista essa caracterização do processo de trabalho da enfermagem em dois processos pelas autoras citadas, queremos salientar que não partilhamos dessa idéia. Entendemos a existência de um único processo de trabalho, no qual se interpenetram dimensões pertinentes ao cuidar e ao administrar. Essas dimensões são enfatizadas conforme as especificidades de cada cenário. Temos identificado que as atividades da enfermeira se modificam

conforme a diversidade dos inúmeros cenários que compõem o ambiente hospitalar. Esses cenários são distintos entre si, dependendo do tipo de serviço que prestam, a quem prestam esse serviço, de que forma, quais as tecnologias empregadas, enfim, retratam realidades singulares.

Almeida (1988), ao abordar que o processo de trabalho é socialmente determinado, passa a aceitar a multiplicidade de atividades do trabalho da enfermeira: do cuidado até a administração, dependendo do local e finalidade do trabalho. Associa o predomínio do cuidado direto no trabalho da enfermeira, em unidades de terapia intensiva, à necessidade de procedimentos mais complexos e de uma avaliação mais minuciosa realizada pela enfermeira. Lopes (1995) identificou que, nessas unidades, as enfermeiras têm uma relação direta com o paciente, permitindo que elas exerçam globalmente o cuidado.

Segundo Leopardi et al. (1992), não é possível caracterizar a assistência de enfermagem de forma universal e homogênea. Encontramos concordância dessa visão em Bellato e Carvalho (1998), que consideram o trabalho da enfermeira como multifacetado, atendendo a diferentes finalidades, pois o seu interesse está voltado para todo o ambiente de trabalho. Pereira e Silva (1999) também associam a multidimensionalidade ao trabalho da enfermeira, apontando a necessidade de atenção para a complementaridade e interpenetração das diferentes dimensões que constituem tal trabalho, sem banalizar nenhuma delas.

O estudo de Rodrigues e Sousa (1993) sobre as atividades das enfermeiras em Centro Cirúrgico evidenciou que grande parte das atividades

nesse setor é de cunho administrativo. Aponta que essas atividades são coerentes com os objetivos da instituição e que elas são, na realidade, necessidades do processo de trabalho, pois a finalidade do ato cirúrgico exige a organização do ambiente quanto à limpeza da sala, dos materiais e esterilização dos instrumentos médico-cirúrgicos.

Portanto, ao refletirmos sobre os achados de Almeida (1988) e Rodrigues e Sousa (1993), nos conduzimos para a idéia da diversidade do trabalho da enfermeira conforme o cenário em que se insere.

Trevizan (1987) mostra que as atividades da enfermeira, em um contexto hospitalar burocrático, se concentram mais nas atividades administrativas, descaracterizando a dimensão ideal que lhe foi ensinada, a assistência direta ao paciente. Menciona, também, que a enfermeira, ao desenvolver predominantemente as atividades administrativas, sofre críticas que são fundamentadas na associação do sentimento de ineficiência à burocracia. Para a autora, não se pode continuar insistindo em reiterar a ênfase da assistência direta nas atividades da enfermeira, pois a administração é um instrumento para o desenvolvimento da enfermagem, e a enfermeira deve administrar a assistência prestada aos pacientes. Nessa mesma direção, Bellato e Carvalho (1998) enfatizam que a assistência e a gerência de enfermagem se interpenetram uma e outra, dessa forma torna-se difícil qualificá-las como atividades estanques. Ferme (1999, p. 39) reforça essa idéia ao mencionar a importância de

*“evitar que se considere administração e assistência direta dois grandes pólos apartados da enfermagem ou campos*

*distintos do saber, como se não fossem porções do mesmo universo - tanto que são utilizados e compartilhados por todos os profissionais enfermeiros.”*

Lima et al. (2000) tiveram como objeto de estudo a concepção de enfermeiras de unidades de internação de um hospital universitário sobre as atividades que desenvolvem em seu trabalho. A análise dos resultados evidenciou uma predominância das atividades vinculadas ao gerenciamento da assistência, porém as enfermeiras têm uma concepção que denota pouca aceitação dessa atividade. Sobressaiu, em suas falas, a importância que atribuem ao cuidado direto como o ideal da profissão, o qual ainda está distante da realidade no cotidiano hospitalar. A interpretação dos resultados permitiu identificar uma contradição entre o que pensam sobre o seu trabalho e o que realmente fazem. Entretanto, a análise do material referente à descrição das atividades desenvolvidas em uma jornada diária sugeriu que a relação entre o cuidar e o gerenciar não é excludente e que o gerenciamento constitui-se em uma das dimensões do cuidado de enfermagem.

Lunardi, Lunardi Filho e Borba (1994), ao estudarem o tempo de trabalho destinado às diversas atividades desenvolvidas pelos enfermeiros de uma unidade de internação, verificaram que há um predomínio das atividades administrativas e das não específicas. Entendem as administrativas como necessárias e imprescindíveis no fazer do enfermeiro, permitindo, dessa forma, enfocarem a dimensão administrativa na assistência de enfermagem como agregado ao cuidado e não como um pólo oposto. Os resultados de Lima et al. (2000) mostraram, também, outras dimensões que a enfermeira desenvolve no

seu cotidiano de trabalho, enfatizando-se a dimensão de articulação dos profissionais no trabalho coletivo em saúde.

O estudo de Gaidzinski et al. (1998), enfocando a compreensão de um grupo de enfermeiras sobre a atividade administrativa e o objeto de trabalho no cotidiano da prática profissional, evidenciou que a questão entre o cuidar e o administrar continua ainda gerando polêmica. Os resultados mostram que os enfermeiros vêem a atividade administrativa como fundamental, pois é ela que assegura a organização do serviço e coordena a equipe, visando a assistência adequada à clientela. Referem, também, a existência de dois significados para a atividade administrativa. Um deles, relacionado à burocracia, objetivando o controle e manutenção da ordem dos recursos da unidade. O outro, relacionado à administração do cuidado, mas para o qual a enfermeira tem que participar e saber prestar o cuidado. Esse último significado foi considerado como o único que a enfermeira gostaria de exercer, contudo, a atividade administrativa é exercida por ela, independentemente do cargo ocupado.

Observa-se que, no trabalho da enfermeira, no âmbito hospitalar, há predomínio de atividades que envolvem a administração da assistência. O objetivo principal de seu trabalho é o atendimento das necessidades do paciente, mas para isso é preciso levar em consideração a organização e articulação, tanto em nível de recursos humanos como materiais. A enfermeira organiza os funcionários de enfermagem através de escalas mensais, diárias e de férias, realizando rearranjos conforme a necessidade do serviço. Também articula os demais agentes de saúde conforme a necessidade iminente. Ainda é preocupação dessa profissional o estoque dos materiais utilizados nos

procedimentos, bem como a manutenção da funcionabilidade dos equipamentos e da área física.

A enfermeira, no processo de trabalho no espaço hospitalar, assume diversas responsabilidades. Talvez isso se deva ao fato de que a enfermagem é um serviço atuante durante vinte e quatro horas, apresentando-se como um trabalho contínuo. Dessa forma, a enfermeira torna-se uma profissional-referência para os demais serviços, pela sua capacidade de informar sobre o quadro situacional do paciente com fidedignidade e, também, por contribuir na discussão sobre condutas terapêuticas a serem tomadas.

Tem-se percebido, em setores especializados no âmbito hospitalar, que a enfermeira participa na tomada de algumas decisões importantes quanto ao plano terapêutico do paciente. Pode-se identificar a participação, cada vez maior, de enfermeiras em reuniões com os demais profissionais da equipe de saúde, para o planejamento de condutas a serem tomadas com determinados pacientes, evidenciando-se a interdependência das ações para realização do diagnóstico e implementação do tratamento.

Para Lopes (1997), as enfermeiras são as profissionais que comandam as estratégias das ações eminentemente coletivas das equipes. Da mesma forma, Lima (1998) identificou que a enfermeira, ao realizar o seu trabalho, coordena as atividades dos demais trabalhadores da equipe de saúde envolvidos no cuidado do paciente. Podemos considerar essa convergência nos resultados encontrados por Lopes (1997) e Lima (1998) como similar à função de integração sugerida por Santos et al. (1984), ao traçarem uma proposta de um perfil do enfermeiro. Nessa função, incluem-se ações de relacionamento da

enfermeira com o paciente, com os ocupacionais de enfermagem e com os demais membros da equipe de saúde.

Segundo Lima (1998), a enfermeira articula, supervisiona e controla ações que são desenvolvidas parceladamente pelos trabalhadores da saúde, tanto referentes ao pessoal de enfermagem como aos procedimentos voltados para o diagnóstico e tratamento. É a enfermeira que interliga o trabalho médico ao trabalho de enfermagem, assim como estabelece a articulação da enfermagem com os demais trabalhos que conformam o processo de trabalho no hospital. A atividade gerencial da enfermeira é reconhecida e valorizada pelos demais agentes da equipe de saúde, que apontam inúmeras situações nas quais a presença da enfermeira se torna necessária e mesmo indispensável. Assim, a enfermeira ao coordenar e articular as atividades dos diversos agentes, desempenha ações imprescindíveis para garantir o desenvolvimento do trabalho coletivo no modelo clínico.

Embora sendo a atividade gerencial da enfermeira uma situação concreta na realidade histórica da enfermagem brasileira comprovada em diversos estudos (Castellanos, 1987; Castellanos et al., 1989; Almeida, 1988, 1991; Kurcgant et al., 1994a, 1994b; Lunardi, Lunardi Filho e Borba, 1994; Lima, 1998; Lima et al., 2000), parece-nos que persiste a discussão sobre qual a dimensão que deve prevalecer em seu trabalho, tanto entre as enfermeiras dos serviços de saúde como entre docentes de enfermagem e pesquisadores da área.

Logo, frente à diversidade de atividades que constituem o processo de trabalho da enfermeira, incluindo as atividades assistenciais e administrativas e

realizando essa profissional, também, atividades de articulação, coordenação dos processos de trabalho em saúde que se caracteriza por ser um trabalho coletivo, é visível a pluralidade do trabalho dessa profissional, tornando-se difícil a atribuição de uma única dimensão que identifique sua finalidade no processo de trabalho da enfermagem. Com base nessa idéia e em toda a exposição realizada, construímos o **pressuposto** deste estudo: **cuidar e gerenciar são dimensões do trabalho da enfermeira, que se modificam conforme a especificidade das atividades requeridas em diferentes unidades especializadas no âmbito hospitalar.**

Partindo de nossas indagações, fundamentadas pelas vivências em serviços de saúde, tanto como expectadoras quanto atrizes desses cenários e encontrando reforço na revisão da literatura apresentada sobre o trabalho da enfermeira, tivemos, para orientar-nos, os seguintes questionamentos: como se organiza o trabalho da enfermeira em unidades especializadas? Qual a descrição que a enfermeira faz do seu próprio trabalho? O que ela define como função da enfermeira? Como ela se reconhece, nessas funções? O que ela faz em sua jornada de trabalho para se definir como tal? Quais as práticas que se identificam com uma ou outra função? Como ela percebe a expectativa dos demais profissionais de saúde e da instituição, quanto ao seu trabalho?

Com o propósito de responder a esses questionamentos, alinhamos aqui os objetivos do estudo:

- analisar a organização do trabalho das enfermeiras com base em suas descrições sobre as atividades que desempenham no processo de trabalho em setores especializados;

- conhecer a concepção de enfermeiras sobre as atividades que desenvolvem no processo de trabalho em setores especializados, no modelo clínico de atenção à saúde.

A seguir, apresentaremos a trajetória metodológica eleita para o alcance de tais objetivos.

### **3 A TRAJETÓRIA METODOLÓGICA DA INVESTIGAÇÃO**

#### **3.1 Caracterização do estudo**

A abordagem qualitativa foi utilizada como referencial metodológico, por permitir apreender a realidade concreta e compreender os fenômenos e processos sociais que estão presentes no cotidiano da enfermeira, influenciando diretamente em sua concepção em relação a seu trabalho. Essa abordagem, segundo Minayo e Sanches (1993, p. 245), é adequada para “*a compreensão de fenômenos específicos e delimitáveis mais pelo seu grau de complexidade interna do que pela sua expressão quantitativa*”.

Na metodologia qualitativa buscamos as características da prática de enfermagem, procurando entender que suas singularidades contêm determinações da totalidade (Almeida e Rocha, 1997). Nessa perspectiva, abordamos as concepções das enfermeiras sobre as atividades que desenvolvem no seu trabalho, considerando-o como um processo histórico e dinâmico.

Este estudo caracteriza-se como descritivo: permite ao pesquisador detalhar sistematicamente como um fenômeno ocorre em seu ambiente natural. Este nível de pesquisa é usado quando o fenômeno já foi identificado,

mas pouco se sabe a respeito. O pesquisador acumula dados apenas descritivos e não procura explicar, predizer ou controlar variáveis. O propósito desse tipo de pesquisa é descrever os fenômenos identificados com clareza e refinamento, para gerar relações para pesquisas futuras ou modificação de teorias (Talbot, 1995).

### **3.2 Coleta de dados**

A coleta de dados foi realizada através de entrevista semi-estruturada com enfermeiras no período de 21 de julho a 30 de outubro de 2000. O tempo de duração das entrevistas variou de 10 a 30 minutos.

Selecionou-se essa técnica porque, conforme Minayo (1994), privilegia a obtenção de informações através da fala individual, que revela condições estruturais, sistemas de valores, normas e símbolos e transmite, através de um porta-voz, representações de determinados grupos. Assim, possibilitou conhecer a perspectiva das enfermeiras quanto ao trabalho que realizam no hospital. As entrevistas traduzem como concebem o seu trabalho e, dessa forma, constituem-se em uma aproximação do concreto vivido.

Utilizou-se um roteiro (Anexo A) contendo questões relativas à concepção das enfermeiras quanto ao trabalho que realizam. As entrevistas foram feitas pela pesquisadora com o uso de gravador e, posteriormente, transcritas na íntegra.

Os sujeitos deste estudo foram enfermeiras de diversos serviços especializados do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, que prestam assistência a pacientes. Esse critério de seleção dos indivíduos visou a

aprofundar o estudo do problema, uma vez que já se desenvolveu uma pesquisa sobre o trabalho da enfermeira em unidades de internação do mesmo hospital<sup>9</sup> (Lima et al., 1999).

Selecionaram-se as unidades especializadas a partir de informação obtida no Grupo de Enfermagem, que exerce a coordenação de todos os serviços de enfermagem do referido hospital. Com base na relação fornecida, entrevistamos as enfermeiras das seguintes unidades: Centro Cirúrgico Ambulatorial (CCA); Unidade de Bloco Cirúrgico (BC); Sala de Recuperação Pós-Anestésica (SRPA); Unidade de Transplante de Medula Óssea (TMO); Unidade de Centro Obstétrico (CO); Unidade de Neonatologia (Neo); Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP); Centro de Terapia Intensiva de Adultos (CTI - Área Cardíaca, Área 1 e Área 2); Emergência de Adultos; Emergência Pediátrica.

Para seleção dos sujeitos sorteamos duas enfermeiras entre aquelas que compõem o quadro funcional de cada unidade. No Centro de Terapia Intensiva de Adultos, sorteamos duas enfermeiras de cada uma das áreas que constituem essa unidade, pois existe um quadro de funcionários específico para cada área. Com isso, a amostra compôs-se de 24 enfermeiras.

Obteve-se autorização da Comissão de Pesquisa e Ética em Saúde da instituição. A seguir, entramos em contato com as chefias de serviço, entregando-lhes uma cópia do projeto. Contatamos as chefias de unidade do estudo, expondo brevemente o projeto e solicitando o nome das enfermeiras que constituem o quadro funcional de cada unidade estudada.

---

<sup>9</sup> Projeto de Pesquisa vinculado ao Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva e Serviços de Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, intitulado "O trabalho da enfermeira no modelo clínico de atenção à saúde".

A partir desse momento, realizamos o sorteio e a seguir o contato com as sorteadas por telefone, enquanto alinhávamos os objetivos do estudo, o modo como se realizaria a coleta, os princípios éticos que nortearam esta investigação e agendávamos a entrevista conforme a disponibilidade das enfermeiras. Através dos princípios éticos procuramos proteger os direitos dos indivíduos envolvidos, levando em consideração os aspectos apontados por Goldim (2000) e as questões éticas para pesquisas em enfermagem expressas por Polit e Hungler (1995). O consentimento do entrevistado foi obtido através de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo B) em duas vias, sendo que uma ficou com o sujeito e a outra com a pesquisadora, garantindo-se o anonimato e o direito de não participação em qualquer momento. Ainda, para preservar o anonimato, as entrevistadas foram identificadas por um código (E1, E2, E3, E4, ...), por ordem cronológica de realização da entrevista.

Algumas entrevistas tiveram que ser remarcadas devido ao fato de as enfermeiras se encontrarem bastante atribuladas com suas atividades. Apenas uma participante optou por realizar a entrevista fora do contexto de trabalho.

Todas as enfermeiras sorteadas aceitaram participar do estudo. Porém, tivemos que sortear novamente uma enfermeira que entrou em licença de gestação antes que pudéssemos realizar sua entrevista.

As enfermeiras selecionadas foram dez do turno da manhã, duas da tarde, totalizando 12 do diurno, nove da noite e três do final de semana, também chamado de 6º turno.

Em relação ao tempo de formada, a enfermeira com menor tempo é de três anos, ao passo que o maior tempo é de 25 anos, em dois casos. No que

diz respeito ao tempo de trabalho da enfermeira na unidade, o menor período de permanência é de três meses e o maior é de 20 anos, em dois casos.

O Quadro 1, na página a seguir, mostra a caracterização das enfermeiras entrevistadas quanto aos aspectos citados.

QUADRO 1 – Caracterização das enfermeiras entrevistadas no HCPA, 2000.

<b>Código</b>	<b>Tempo de trabalho na unidade</b>	<b>Unidade</b>	<b>Turno de Trabalho</b>
E1	0  — 1 ano	Emergência Pediátrica	Noite ou final de semana
E2	1  — 5 anos	Emergência Adultos	Noite ou final de semana
E3	5  — 10 anos	Emergência Pediátrica	Noite ou final de semana
E4	5  — 10 anos	Emergência Adultos	Diurno
E5	5  — 10 anos	TMO (1)	Diurno
E6	0  — 1 ano	CTI (2) Área 2	Diurno
E7	5  — 10 anos	TMO (1)	Diurno
E8	0  — 1 ano	UTIP (3)	Diurno
E9	10  — 15 anos	SRPA (4)	Diurno
E10	1  — 5 anos	CTI (2) Área 1	Diurno
E11	1  — 5 anos	CO (5)	Noite ou final de semana
E12	15  — 20 anos	SRPA (4)	Diurno
E13	1  — 5 anos	CTI (2) Área 2	Diurno
E14	10  — 15 anos	CTI (2) Cardíaca	Diurno
E15	10  — 15 anos	BC (6)	Diurno
E16	15  — 20 anos	CCA (7)	Diurno
E17	10  — 15 anos	CO (5)	Diurno
E18	5  — 10 anos	CCA (7)	Diurno
E19	5  — 10 anos	CTI (2) Cardíaca	Noite ou final de semana
E20	15  — 20 anos	Neo (8)	Noite ou final de semana
E21	1  — 5 anos	UTIP (3)	Diurno
E22	10  — 15 anos	BC (6)	Noite ou final de semana
E23	1  — 5 anos	CTI (2) Área 1	Noite ou final de semana
E24	5  — 10 anos	Neo (8)	Noite ou final de semana

- (1) TMO = Transplante de Medula Óssea  
(2) CTI = Centro de Terapia Intensiva  
(3) UTIP = Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica  
(4) SRPA = Sala de Recuperação Pós-Anestésica  
(5) CO = Unidade de Centro Obstétrico  
(6) BC = Unidade de Bloco Cirúrgico  
(7) CCA = Centro Cirúrgico Ambulatorial  
(8) Neo = Unidade de Neonatologia

### **3.3 Caracterização do espaço da pesquisa**

Este estudo foi realizado em um hospital universitário, o Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). Esse hospital é ligado ao Ministério da Educação e vinculado academicamente à Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Caracteriza-se como uma empresa pública de direito privado. Tem como objetivo prestar serviços nas áreas de assistência, ensino e pesquisa.

É um centro de referência para a formação de recursos humanos e o desenvolvimento de pesquisas na área da saúde. Na área de enfermagem, temos o Grupo de Enfermagem, denominação utilizada para o Serviço de Enfermagem deste hospital, o qual encontra-se vinculado à Presidência. A ligação da Escola de Enfermagem da UFRGS com o HCPA dá-se através de uma integração docente-assistencial representada pela ocupação dos docentes no cargo de coordenação do Grupo de Enfermagem e nas chefias dos serviços que constituem o Grupo de Enfermagem (Olschowsky, 1995). Os serviços de enfermagem existentes são: Serviço de Enfermagem Médica, Serviço de Enfermagem em Saúde Pública, Serviço de Enfermagem Cirúrgica, Serviço de Enfermagem em Centro Cirúrgico, Serviço de Enfermagem Materno-Infantil, Serviço de Enfermagem em Emergência, Serviço de Enfermagem em Terapia Intensiva e Escola de Técnicos de Enfermagem.

Além da integração docente-assistencial da Escola de Enfermagem da UFRGS com o HCPA, tem-se as seguintes possibilidades de integração dessas instituições: na graduação, através dos estágios regulares do curso e de estágios voluntários, bem como em pesquisas para o trabalho de conclusão do

curso; na especialização com os cursos de Enfermagem em Nefrologia e Enfermagem no Cuidado ao Adulto em Situação Crítica de Saúde; no Mestrado em Enfermagem, através da viabilização do desenvolvimento dos projetos de pesquisa.

Também desenvolve uma série de atividades que se caracterizam como de Atenção Múltipla, voltadas à promoção da saúde e à educação dos cidadãos. Incluem-se aqui os 18 grupos de auto-ajuda desenvolvidos pela enfermagem e as atividades da Escola de Auxiliares e Técnicos de Enfermagem (Hospital de Clínicas de Porto Alegre, 1999).

O universo desse hospital é constituído de uma infra-estrutura de 93.770,40 m<sup>2</sup> de área física construída, tendo a capacidade instalada de 725 leitos acrescida das áreas de apoio com 120 leitos, 9 cabinas e 8 poltronas (destinadas à quimioterapia). Essa instituição conta com 3.763 funcionários distribuídos em distintas categorias profissionais. Na categoria da enfermagem há 351 enfermeiros, 625 técnicos de enfermagem e 605 auxiliares de enfermagem. Há, também, a atuação de professores da Faculdade de Medicina e da Escola de Enfermagem, bem como de médicos residentes (Hospital de Clínicas de Porto Alegre, 1999).

Passaremos a caracterizar as unidades de trabalho das enfermeiras envolvidas na pesquisa.

O Centro Cirúrgico Ambulatorial (CCA) localiza-se no térreo do hospital, na ala sul. É composto de 12 salas, sendo quatro de procedimentos, seis de endoscopia, uma de fertilização, uma de curativos. A sala de recuperação pós-anestésica possui 15 leitos para adultos e cinco leitos pediátricos. A equipe de

enfermagem é constituída por 11 enfermeiras e 57 técnicos de enfermagem.

A Unidade de Bloco Cirúrgico (BC) localiza-se no 12º andar do hospital, na ala sul, e possui 12 salas para cirurgia. Os trabalhadores de enfermagem que atuam nesse local são 11 enfermeiras, 80 técnicos de enfermagem, cinco auxiliares de enfermagem e três instrumentadoras.

A Sala de Recuperação Pós-Anestésica (SRPA) localiza-se, também, no 12º andar, na ala norte. Sua capacidade é de 23 leitos para adultos e seis leitos pediátricos. O atendimento de enfermagem é realizado por nove enfermeiras, 25 técnicos de enfermagem e um auxiliar de enfermagem.

A unidade de Transplante de Medula Óssea (TMO) localiza-se nos fundos da unidade do 9º sul e possui dois leitos, a serem ampliados para cinco, já se encontrando em reformas. Oito enfermeiras e 6 técnicos de enfermagem compõem a equipe de enfermagem.

A Unidade de Centro Obstétrico (CO) localiza-se no 12º andar na ala norte. É composta por uma emergência obstétrica com uma secretária, dois consultórios e uma sala de observação com três leitos; a área semi-restrita, com sete salas de pré-parto individuais, uma de deambulação; a área restrita, com quatro salas de parto, duas de cesárea e uma de recuperação pós-parto com quatro leitos. O quadro funcional de enfermagem é constituído por 11 enfermeiras, 32 técnicos de enfermagem, cinco auxiliares de enfermagem e uma instrumentadora.

A Unidade de Neonatologia (Neo) localiza-se no 11º andar na ala sul, constitui-se pela UTI 1, onde ficam os recém-nascidos mais graves que necessitam de respirador; as UTIs intermediárias (2 e 3), na qual os recém-

nascidos estão em estado de saúde melhor que na UTI 1; a sala de isolamento e a de admissão, onde se fazem os atendimentos necessários aos recém-nascidos que serão encaminhados para o alojamento conjunto com sua mãe. O total de funcionários de enfermagem é de 23 enfermeiras, 87 técnicos de enfermagem e quatro auxiliares de enfermagem.

A Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP) localiza-se no 10º andar, na ala norte, e possui 13 leitos, sendo a assistência de enfermagem distribuída entre as 17 enfermeiras e 51 técnicos de enfermagem, conforme escala mensal de trabalho.

O Centro de Terapia Intensiva de Adultos (CTI) situa-se no 13º andar, na ala norte, e constitui-se de três áreas de atendimento, totalizando 33 leitos: Área 1, com oito leitos para pacientes clínicos e cirúrgicos e três para pacientes em isolamento; Área Cardíaca, com seis leitos para o atendimento de pacientes da cirurgia cardíaca e três para pacientes coronarianos; Área 2, com um leito para pacientes transplantados (coração, fígado, rim), um para pacientes em isolamento, 11 para pacientes clínicos e cirúrgicos. O total de pessoal de enfermagem dessas três áreas compõe-se de 34 enfermeiras, 118 técnicos de enfermagem e sete auxiliares de enfermagem.

A Emergência de Adultos e a Emergência Pediátrica localizam-se no térreo do hospital. A primeira possui 33 leitos, 15 enfermeiras, 37 técnicos de enfermagem, dois auxiliares de enfermagem e a segunda, 13 leitos, nove enfermeiras e 29 técnicos de enfermagem. Ambos os serviços possuem triagem, sala de procedimentos e sala de observação.

### **3.4 Análise dos dados**

Utilizamos a fundamentação da perspectiva dialética, que permite contemplar o material empírico com suas particularidades, sem perder de vista a correlação com a perspectiva histórica e social em que estão inseridos. Conforme proposta de Minayo (1994), constitui-se operacionalmente dos seguintes passos: ordenação, classificação dos dados e análise final.

A fase de ordenação constou de transcrição das fitas e releitura das entrevistas, com a utilização de códigos para cada entrevista.

Após essa fase, procedemos à classificação, através da leitura exaustiva e repetida do conjunto das entrevistas (leitura flutuante), buscando uma maior aproximação dos dados coletados para identificar idéias centrais e aspectos relevantes. A leitura flutuante deu-se tanto no sentido vertical, ou seja, de cada entrevista, quanto no horizontal, que consta da leitura do conjunto dos dados empíricos.

No momento classificatório estabelecemos estruturas de relevância, identificando as idéias centrais transmitidas pelos atores sociais que puderam ser apreendidas nas entrevistas conforme a ênfase dada, determinando o confronto do material empírico com a fundamentação teórica (Minayo, 1994).

As estruturas de relevância, num primeiro momento, foram estabelecidas com base em um estudo anterior (Lima et al., 2000), sendo elas atividades administrativas, atividades assistenciais, atividade de articulação, autoconcepção, ênfase do trabalho da enfermeira, expectativa da instituição quanto ao trabalho da enfermeira, expectativa dos profissionais quanto ao trabalho da enfermeira, interdependência e complementaridade, atividades

educacionais. Posteriormente foram acrescentadas outras duas estruturas de relevância: organização do trabalho, educação em serviço.

Russel e Gregory (1993) comentam que é enorme o tempo a ser despendido na fase de análise em uma pesquisa qualitativa, sendo uma parte significativa relacionada à organização manual do material a ser analisado. A utilização de sistemas de manipulação de dados qualitativos através do computador é uma alternativa para diminuir esse tempo de organização. Existem diferentes sistemas que podem ser usados de acordo com o desenho da pesquisa, entre os quais se destaca o Ethnograph versão 5.0 (Qualis Research Associates), que utilizamos para operacionalizar a análise, agilizando a organização do material em estruturas de relevância.

Ao utilizarmos o Ethnograph, tivemos a possibilidade de emitir relatórios sempre que necessário, fazer busca nos documentos por uma palavra ou por índices de referência, cruzar as estruturas de relevância, enfim, houve inúmeras possibilidades de tratamento dos dados sem descaracterização do documento original.

A utilização de software na análise dos dados qualitativos facilitou o processo de interpretação e construção teórica, porém não dispensou o envolvimento do pesquisador quanto ao conhecimento minucioso do material a ser analisado.

Para realizar a análise final, procuramos, com base em Minayo (1994), articular o material empírico e o referencial teórico, num movimento interpretativo e de abstração, visando ultrapassar a simples descrição dos dados e tentando estabelecer relações que possibilitem novas explicações.

Assim, buscamos o encontro com os fatos empíricos, retomando os fundamentos da teoria e estabelecendo articulações entre o concreto e o abstrato, o geral e o particular, a teoria e a prática, para construirmos uma nova aproximação do objeto.

## **4 O TRABALHO DA ENFERMEIRA EM UNIDADES ESPECIALIZADAS**

Para a apresentação da discussão dos resultados, neste capítulo, optamos por agrupar as estruturas de relevância sobre o trabalho da enfermeira em unidades especializadas, em cinco núcleos: a organização do trabalho da enfermeira; o espaço social do trabalho da enfermeira; a articulação do trabalho coletivo; coordenação, supervisão e controle do trabalho; idealização e realidade. Isso se deu tendo em vista a necessidade de reconstituir o cotidiano do trabalho. Não seria possível fazer uma reconstituição mantendo a fragmentação inicialmente utilizada. Porém a divisão foi necessária para o conhecimento das partes que constituem o todo, ou seja, a classificação das atividades da enfermeira foi importante para o entendimento do modo como seu trabalho está organizado e como se dá sua inserção no modelo clínico de atenção à saúde.

### **4.1 A organização do trabalho da enfermeira**

No modelo clínico, os trabalhos dos profissionais de saúde se organizam em torno do ato médico, o qual determina o diagnóstico e a terapêutica, que responde à finalidade desse processo de trabalho. Identificamos, através dos

relatos das entrevistas, que o trabalho desenvolvido nas unidades especializadas é coletivo, no qual diversos agentes compartilham o objeto de trabalho no desenvolvimento de suas atividades, mas é a racionalidade médica que o comanda.

Lima (1998), ao estudar o processo de trabalho em uma unidade de internação de clínica médica de um hospital universitário, procurando apreender a configuração das práticas, dos saberes, das relações sociais e das tecnologias operadas pelos agentes para intervenção sobre o corpo doente, verificou que a especialização do trabalho em saúde acarreta a fragmentação do tratamento dado ao paciente. Isso se deve à progressiva especialização do saber e à necessidade de vários profissionais envolvidos no atendimento. Portanto, os cuidados desenvolvidos no espaço hospitalar são especializados e possuem um alto grau de complexidade.

Ao penetrarmos nas situações do cotidiano dessas profissionais, pudemos identificar que a lógica que o organiza é a que se faz presente no modelo clínico de atenção à saúde, através de alguns elementos estruturais que o constituem, como o mecanicismo, no qual o paciente é visto como uma máquina com uma parte avariada, o reparo de tal sistema levando ao efeito desejado, isto é, a reabilitação do organismo; a especialização, na qual diversos profissionais com saberes específicos tratam o doente, cuidam dele de forma parcelar. A especialização do trabalho da enfermeira, de certo modo, dá-se através do desenvolvimento de atividades que requerem um nível de maior complexidade, caracterizando a divisão técnica do trabalho da enfermagem.

O trabalho de enfermagem, na maioria das unidades estudadas, é desenvolvido pela enfermeira e pelo técnico de enfermagem, com exceção das unidades de Bloco Cirúrgico, Sala de Recuperação Pós-Anestésica, Centro Obstétrico, de Neonatologia, CTI e Emergência de Adultos, que ainda possuem alguns auxiliares de enfermagem<sup>10</sup>.

Ao analisarmos a organização do trabalho da enfermagem nessas unidades, chegamos ao entendimento de que as atividades desenvolvidas pela enfermeira se modificam conforme a complexidade do cuidado. Sendo assim, muitas das técnicas (procedimentos) antes realizadas pela enfermeira, podem ser delegadas aos técnicos de enfermagem, liberando a enfermeira para concentrar-se na realização do processo de enfermagem, com atividades relacionadas ao planejamento do cuidado e à execução de técnicas que necessitem um saber tecnológico mais específico. Esses procedimentos podem ocorrer no CTI, por exemplo, a instalação de diálise peritoneal, hemodiálise lenta e contínua, colocação de cateter de schilley, intubação e extubação do paciente; na emergência pediátrica e de adultos, ao se triarem os pacientes que chegam ao serviço e ao se realizarem os atendimentos de urgência; na UTIP, com a montagem dos respiradores, aspiração de pacientes graves que apresentam muita secreção, troca da fixação do tubo endotraqueal, punções venosas.

Continuando tal análise, verificamos que a modalidade de organização do cuidado que prevalece no trabalho de enfermagem nas unidades do CO, CTI,

---

<sup>10</sup> Na realidade, uma grande parte desses auxiliares já são técnicos de enfermagem, apenas aguardam a abertura de vagas para realizarem suas promoções. Soubemos do caso de duas auxiliares de enfermagem do Centro Obstétrico que não possuem o curso de técnico e que, portanto, futuramente, serão remanejadas para as unidades que comportam a atuação de tal profissional em suas equipes.

UTIP, SRPA, Neo é a de trabalho em equipe, na qual a enfermeira coordena um grupo de pessoas, nesses casos os técnicos de enfermagem e alguns auxiliares de enfermagem, que atuam em conjunto para prover cuidados de enfermagem a um grupo de pacientes:

“(...) e aí a gente desenvolve todas as atividades, faz a avaliação do paciente, faz a assistência, pelo número de pacientes que a gente faz, presta uma assistência bem direta ao paciente, e se faz assim no decorrer da manhã, então, avaliação, o cuidado do paciente, junto com o técnico de enfermagem, (...)” (E21- UTIP)

“(...) a gente avalia, vê o paciente quando ele chega. Durante a permanência de duas, três, quatro, mais horas nesse intervalo, ele é avaliado, se apresenta alguma intercorrência, que é quando o técnico de enfermagem avalia, solicita e na alta. E eu também, o paciente que fica, a cada trinta minutos, cada hora mais ou menos, eu mesmo, sem solicitar avaliação, eu avalio o paciente igual. (...)” (E9 – SRPA)

Para o planejamento da escala diária, a enfermeira realiza a divisão dos trabalhadores de enfermagem pelo número de pacientes existentes e leva em consideração o grau de dependência de cada um. Ela também considera a necessidade de manter a dinâmica do serviço, tendo consciência de que esse funciona 24 horas por dia:

“(...) a gente faz a escala dos funcionários, (...) a gente sempre tenta ver o rodízio dos funcionários também, e essa escala é feita também conforme a gravidade dos pacientes, para o número de funcionários disponíveis.” (E12 – UTIP)

“Distribuir que funcionário vai cuidar de qual paciente, (...) temos onze, temos X pacientes e vamos dividi-los em onze. E o colega que chega, então, que está no turno, distribui qual funcionário vai cuidar de qual paciente.” (E10- CTI Área 1)

As enfermeiras do CTI – Área 1 e Cardíaca mencionaram que a organização do trabalho entre elas ocorre conforme a demanda e a gravidade

do paciente, pois mesmo tendo três ambientes distintos nessa unidade, a distribuição é feita de maneira que nenhuma das enfermeiras fique sobrecarregada:

“Aí nós contamos, quantos pacientes temos. Nós somos em três ou quatro enfermeiros na área 1. (...) A área 1 tem oito leitos gerais mais três leitos de isolamento. Então a gente vê quantos pacientes, nós somos mais ou menos fixas por leito, quando nós estamos em três enfermeiras acontece o enfermeiro da cardíaca ficar na cardíaca, ele é fixo lá naquela área e ele atende a cardíaca e a coronariana e os outros dois enfermeiros dividem, então, o restante da área um (...) nós mais ou menos nos distribuímos assim. Se, por exemplo, a coronariana está muito pesada, que o colega da cardíaca não vai poder assumir os dois, então a gente divide aqueles pacientes, se a gente está em quatro aí um assume só aqueles pacientes e mais algum onde está precisando mais gente, vai de acordo com o trabalho, com a demanda.” (E10 – CTI Área 1)

“(...) nós nos dirigimos para áreas específicas, eu não, no momento eu estou, fixa na área da cardíaca, da cirurgia cardíaca. (...) dependendo da gravidade do paciente, dos pacientes, a gente faz uma divisão entre nós que somos três à noite e fazemos uma divisão assim, porque às vezes posso ficar mais sobrecarregada, de pacientes graves neste momento, (...)” (E14 – CTI Área Cardíaca)

A organização do trabalho de enfermagem no TMO diferencia-se das demais unidades estudadas. A enfermeira, nessa unidade, realiza grande parte da assistência ao paciente. As atividades de competência do técnico de enfermagem nesse local são a verificação de sinais vitais, administração de medicação via oral, nebulização, cuidados com eliminações do paciente, pesagem do paciente, controle de material, cuidados de higiene:

“Então o técnico faz, cuidar o controle de material, controle de sinais vitais, leva o paciente para o banho, cuidado mais básico. Nós enfermeiras, o que nós fazemos? Preparo e administração de todas as medicações e infusões, realização de exame físico, todos os curativos a gente faz também, coleta de exames, participação dos rounds, (...) todo o cuidado direto com o paciente somos nós enfermeiras que fizemos. Administração de medicações, curativos, passagens de sonda e obviamente a parte toda de registros. Praticamente, prescrição de enfermagem, todo o histórico de enfermagem, prescrição, evolução, basicamente isso. Então a grande característica, a grande diferença em relação ao resto do hospital é isto, nós aqui,

enfermeiras, fazemos os cuidados assistenciais todinhos, literalmente todinho, com exceção de controle de sinais vitais e organização dos materiais da unidade.” (E5 - TMO)

Portanto, podemos designar a modalidade de atendimento total ao trabalho da enfermeira no TMO. Esse modelo de organização do cuidado preconiza uma enfermeira, profissional melhor preparado para realizar o atendimento necessário do paciente, podendo ter algumas atividades desempenhadas pelo auxiliar ou técnico de enfermagem (Kron e Gray, 1994). Sendo assim, o local que elege esse modo de organização do cuidado necessitará um maior número de enfermeiras do que de auxiliares de enfermagem ou técnicos de enfermagem. A lógica é que a enfermeira presta a maioria dos cuidados, e no TMO podemos identificar essa característica, reforçada pelo quantitativo maior, proporcionalmente ao número de pacientes, de enfermeiras em relação ao de técnicos de enfermagem, ficando a composição da equipe de enfermagem com oito enfermeiras e seis técnicos de enfermagem.

O paciente internado no TMO necessita de uma assistência diferenciada, pois, devido à doença, torna-se mais suscetível à infecção. A razão, pois, de haver uma única profissional prestando cuidados mais diretos na maior parte do tempo é com o objetivo da profilaxia de infecções:

“A nossa grande ênfase no transplante de medula é a profilaxia de infecção.(...) noventa por cento do sucesso do transplante depende da assistência da enfermagem, porque se o paciente pegar alguma infecção todo o sucesso fica comprometido. Então a nossa grande ênfase é a profilaxia de infecção.(...) O nosso técnico tem tarefas bem específicas. (...) Quem leva infecção é nossas mãos, então, quanto menos mãos melhor. Um dos motivos de o enfermeiro fazer assistência integral é essa. No transplante só quem toca no cateter é o enfermeiro, ele colhe exames, administra medicações, soluções, faz hemotransfusão, tudo com o cateter é o enfermeiro, assim, em princípio não é a tarefa do técnico essa, ele está eximido

disso, só quando por exemplo eu estou num plantão, tem uma urgência que eu preciso, ele tem condições de fazer, vai lavar a mão e vai fazer, mas a gente evita que muitas mãos toquem no paciente.” (E7 - TMO)

Na Emergência de Adultos e Pediátrica, a organização do trabalho também se diferencia. A distribuição de atividades entre as enfermeiras é feita por setores, quais sejam, triagem, sala de procedimentos, sala de observação de adultos e pediátrica:

“(…) na unidade tem toda a questão de escala organizacional dos funcionários. A escala entre os próprios enfermeiros pra se saber (…) onde nós vamos ficar. Ou se é na triagem, sala de procedimentos, sala de observação pediátrica, sala de observação de adultos.” (E3 – Emergência Pediátrica)

A escala de trabalho é um reflexo do modelo de organização do cuidado, constatando-se certos princípios decorrentes da racionalidade utilizada. Assim, nessas unidades, o trabalho da enfermeira estrutura-se de acordo com a modalidade de trabalho funcional, em que as atividades ocorrem de forma compartimentalizada, pois o paciente passa por setores nos quais o atendimento recebido é específico, conforme a finalidade do local.

Na triagem, avalia-se qual a necessidade de atendimento para o paciente e faz-se o encaminhamento indicado para cada caso. Na sala de procedimentos, são realizados cuidados de menor complexidade de acordo com o problema do paciente, segundo a prescrição médica, visando uma resolução rápida do estado clínico do paciente. Nesse local os pacientes não são considerados internados no hospital. As salas de observação de adultos e pediátrica destinam-se à internação de pacientes com comprometimento agudo e que permanecerão em observação até a estabilização, com posterior

transferência interna ou alta hospitalar.

No CCA, a escala das enfermeiras também se divide por setores e a ênfase de suas atividades passa a ser distinta de acordo com a especificidade dos procedimentos, isto é, salas de exames endoscópicos, salas de cirurgia, sala de curativos e pequenos procedimentos, sala de admissão, sala de recuperação:

“(…) aqui é dividido, uma enfermeira na admissão, uma na recuperação e uma no andar na ala cirúrgica e outra na endoscopia, (…) ala cirurgia e a endoscopia, vejo o acompanhamento das salas, os problemas que tem que resolver (…), a gente admite todos os pacientes, faz as entrevistas com todos, vê o que tem de problema ou não tem, (…), aí eu acompanho os procedimentos, já que estão em andamento nas salas. (…) eu me dedico mais à endoscopia, então fico mais acompanhando os pacientes das salas, (…) acompanho todo o procedimento, nas crianças na sala 24 são pacientes, normalmente são crianças, então o anestesista, se está sozinho, te ajuda a posicionar, puncionar. E muito trabalho com controle de materiais e equipamentos.”  
(E18 - CCA)

No BC, a escala das enfermeiras, dos auxiliares e técnicos de enfermagem faz-se com base nas especialidades, por exemplo, cirurgia vascular, urologia, cirurgia geral, cirurgia plástica e outras. Muitas vezes, o critério para organização da escala dos funcionários é a experiência em determinada especialidade, pois com isso se agiliza o andamento das cirurgias:

“(…) nós somos divididas por salas, conforme as especialidades, cada uma de nós, são três enfermeiras, assume algumas especialidades então, ficamos com as salas que têm essas especialidades, no caso nosso lado, cirurgia vascular, urologia, cirurgia geral, cirurgia plástica, e eventualmente a gente fica em qualquer outra sala que tenha qualquer outra especialidade, assim, não tem nenhum problema a esse respeito.” (E15 – BC)

Neste sentido, pudemos constatar que a organização do trabalho das enfermeiras das unidades especializadas deste hospital segue a lógica do

modelo biomédico. A enfermeira organiza o trabalho de enfermagem tendo em vista os recursos disponíveis para atingir a finalidade do serviço. Sendo assim, evidenciamos que o trabalho em equipe, a assistência integral e a modalidade funcional são as formas de organização de cuidado de enfermagem desenvolvidas nessas unidades.

#### **4.2 O espaço social do trabalho da enfermeira**

A enfermeira ocupa um determinado espaço social no trabalho coletivo em saúde no hospital. Esse espaço é delimitado pela interdependência de suas atividades com os demais profissionais de saúde que atuam na organização. A liberdade de ação conquistada pela enfermeira na equipe de saúde faz com que ela amplie esse espaço.

No CCA, na SRPA, na triagem da emergência pediátrica e de adultos, na Neo e no CO, a atuação da enfermeira, relacionada com aspectos específicos de cada unidade, define questões que envolvem tanto o paciente como outros profissionais. Esse tipo de atuação da enfermeira denota uma liberdade de ação conquistada perante os demais profissionais da equipe de saúde. Lopes (1995) utiliza a expressão “margens de liberdade”, mas nós nos servimos da expressão liberdade de ação, para descrevermos as situações nas quais as enfermeiras definem essas questões.

No CCA, mais especificamente na SR ali existente, a alta do paciente fica condicionada à avaliação da enfermeira. O anestesista, na maioria das vezes, deixa a alta assinada, ficando a critério dela o tempo de permanência do paciente. As enfermeiras seguem normas estabelecidas de acordo com cada

paciente, levando em consideração se ele está internado no hospital, se é de ambulatório, o tipo de anestesia que recebeu, enfim, analisam tecnicamente a situação do paciente ao avaliá-lo:

“(…) quando ele [paciente] tem condições de alta, nós temos umas rotinas que podem ser quebradas conforme a avaliação anestésica, (…) aqui, como é um setor de alta rotatividade e de muitos pacientes, e pacientes de pequenas cirurgias de pequeno porte, endoscopias também, então, a equipe médica deixa a prescrição e deixa prescrição com a alta assinada quando o paciente tiver condições. É, realmente, a enfermeira que avalia se o paciente tem condições, e então libera o paciente quando ela achar que ele pode. A não ser em pequenos casos, poucos casos, que deu algum problema, alguma confusão. Então eles anotam, alta só após avaliação médica.” (E16 - CCA)

Na SRPA, também acontece algo semelhante, mas sua liberdade de agir fica no plano da avaliação do paciente. Quando conclui que ele tem condições de alta conforme a escala de avaliação, ela chama os anestesistas para assinarem a alta. Alguns reavaliam o paciente, outros não, pois confiam nela, consideram sua capacidade e seu conhecimento:

“Quando a gente acha que o paciente está em condições de alta, a gente chama o anestesista para assinar. (…) a gente costuma dizer assim, o anestesista vai avaliar, na verdade, a gente é que avalia e ele só assina. Tem uns que confiam plenamente na gente, tem algum que outro que olha para o paciente e conversa, outros nem olham, eles confiam na gente.” (E 12 - SRPA)

O estudo de Lopes (1995, p. 167) evidenciou, da mesma forma, que “ *O cirurgião encontra sustentação na avaliação competente e detalhada da enfermeira*” e que a confiança médica em relação ao seu trabalho é motivo de valorização para essa profissional.

Na triagem pediátrica e de adultos, a enfermeira tem liberdade de ação para decidir sobre os atendimentos que serão prestados às pessoas que

procuram o serviço de emergência. Ela avalia os pacientes e faz os encaminhamentos necessários, conforme critérios estabelecidos pela equipe e que resultam na manutenção da dinâmica do serviço:

“A triagem é um local do serviço de emergência, que foi criado exatamente com a intenção de se poder discernir casos graves de não graves. Com o intuito de se poder propiciar um atendimento rápido e efetivo pros casos graves. Por que isso? (...) Exatamente em função disso é que o sistema de triagem foi implantado pra que se pudesse, além disso, se direcionar os casos adequadamente conforme queixas e sintomas, encaminhar os pacientes para as áreas de clínica médica, para clínica cirúrgica, para ginecologia que são as áreas com as quais nós trabalhamos. E na área da pediatria também, de acordo com a questão do estado de saúde da criança. O estado geral, sintomatologia.” (E3 - Emergência Pediátrica)

“(…) aqui tem uma triagem que não existe em outros hospitais, o paciente não chega no médico sem passar pela enfermeira, nesse ponto, eu vejo que os enfermeiros conseguiram um grande crescimento, porque muitas vezes quando chega um paciente lá na frente, o médico pede para esperar para passar pela avaliação do enfermeiro. Isso eu vejo que é um grande avanço, (...)” (E1 – Emergência Pediátrica)

A triagem pode ser considerada uma tecnologia do processo de trabalho na emergência, e a enfermeira é a responsável pela sua execução. Percebe-se que há confiança, por parte da equipe médica e da instituição na avaliação que ela realiza, ao discernir os casos mais graves com base na sintomatologia apresentada pelo paciente.

Na Neo, a equipe médica consulta a enfermeira e decide junto com ela, após um consenso, sobre a possibilidade de vaga para internação de algum bebê. Isso mostra que os médicos reconhecem que a enfermeira é responsável por programar os recursos humanos e materiais para receber determinado paciente, ou seja, cabe a ela a manutenção da infra-estrutura necessária para prover a assistência:

“(...) quando é dado vaga para um nenê, nós somos sempre consultados, se tem vaga, se não tem, se tu pode fazer alguma, às vezes tu tem que diminuir de uma sala, alguma transferência, às vezes tu não tem material suficiente, (...) isso é sempre discutido com a gente, por que a gente tem que ver se tem pessoal, se tem material disponível, por exemplo, (...)” (E24 - Neo)

No BC é a enfermeira quem distribui as salas de cirurgias, muitas vezes, ocasionando certos atritos com algumas equipes que se sentem prejudicadas. Ela também é procurada quando há necessidade de uma sala disponível para a realização de uma cirurgia de urgência. Cabe-lhe o rearranjo da distribuição e alocação das salas:

“Na realidade, a gente tem uma função, acho que até entre aspas, administrativa que é a condução do que está acontecendo no turno e até no que vai acontecer no turno seguinte, em termos de ocupação de sala, (...) a história de ter uma sala livre, de quem vai operar nessa sala, se ele usa o aproveitamento da sala, então todas essas coisas a gente gerencia. De repente essa cirurgia ficaria melhor naquela sala, vamos trocar, se conversa com a equipe se dá ou não para trocar. Essas coisas todas também fazem parte, além da assistência, essa parte administrativa, e muitas outras coisas com que, às vezes, o cirurgião se chateia, (...). Problemas com material que não está esterilizado, que deu problema no centro de material, na realidade a linha de frente sempre somos nós aqui dentro, todo o andamento na realidade é gerenciado por nós porque nós estamos aqui vinte e quatro horas.” (E15 - BC)

Lopes (1995) afirma que o funcionamento dos serviços de cirurgia fica condicionado à relação harmônica com os serviços de enfermagem, estabelecendo alianças. Entendemos que essas alianças denotam uma interdependência da equipe médica em relação à enfermeira, pois é ela quem planeja a distribuição das salas.

Para Lopes (1995) as práticas de saúde são práticas sociais, cuja produção é coletiva, e os resultados das atividades são elaborados, principalmente, nas relações. Essa autora utiliza a noção de estratégia proposta por Crozier e Friedberg para a compreensão das ações coletivas. O

conjunto complexo das ações orientadas pelos atores, como indivíduos e, também, pelas suas posições ocupadas no sistema, caracteriza as estratégias. Essas podem ser influenciadas pelos obstáculos e limitações que ocorrem nas relações e tem por objetivo a resolução dos problemas pertinentes à organização da ação.

No CO, os médicos querem fazer trocas, remanejamentos que, muitas vezes, acarretam em dispêndio de recursos materiais, como roupas, e recursos humanos, sobrecarregando os funcionários, pois terão que aprontar duas camas ao invés de uma. Ao relatar essas situações, a enfermeira consegue externar a sua concepção quanto à organização da unidade como sendo uma atividade sua:

“(…) Estão todos os prês [sala de pré-parto] cheios, aí chega uma [paciente] e eles querem mudar aquela paciente de lugar, eles querem botar pra cá, botar pra lá e, muitas vezes, a gente não concorda com a mudança, e daí a gente vai questionar, olha, é melhor tu botar essa aqui que tá chegando. Por quê? Ah, porque economiza mais roupa, tempo, trabalho, eu não preciso carregar e tal. (...) na verdade quem está sabendo da organização somos nós, (...)” (E11 - CO)

Encontramos uma contradição entre enfermeiras de uma mesma unidade, a emergência pediátrica, quanto à liberdade de discussão com a equipe médica referente a aspectos relacionados à dinâmica do serviço, especificamente à infra-estrutura. Uma delas relata que a liberação de leitos e transferência dos pacientes é de responsabilidade dos médicos, mas a outra afirma que essa dinâmica é discutida entre as enfermeiras e os médicos:

“(…) aqui a equipe médica é a equipe médica, a equipe de enfermagem é a equipe de enfermagem. Até por que aqui eles dão os leitos, eles fazem transferências. Tudo é feito pelos médicos.” (E1 – Emergência Pediátrica)

“(…) nos casos de superlotação, por exemplo, quem estabelece quem [paciente] vai ficar, juntamente com a equipe médica, é a equipe de enfermagem, quem tem prioridade pra entrar na SO, quem vai ter prioridade pra internação é exatamente a observação do enfermeiro ou da enfermeira junto com o médico.” (E3 – Emergência Pediátrica)

Ao tentarmos buscar a compreensão desses relatos, fizemos associação com o tempo de atuação dessas enfermeiras na emergência e percebemos que a primeira trabalha há menos de um ano no local, ao passo que a segunda atua na unidade há cinco anos. Sendo assim, cabe refletir sobre a conquista do espaço nesse tipo de discussão e tomada de decisão pela segunda enfermeira junto à equipe médica. Pode ser fator decisivo para tal conquista a sua competência profissional e o tempo em que atua junto à equipe.

A liberdade de ação dessas enfermeiras, de certa forma, está imbricada com um nível de interdependência e complementaridade entre as ações dos profissionais da equipe de saúde. As situações eleitas, anteriormente descritas, para tais liberdades, retratam a necessidade de dinamizar a prestação da assistência, e nada mais lógico que a enfermeira assuma essas atividades, tendo como base sua formação com um saber especializado, também por ser uma profissional-referência devido à continuidade do seu trabalho nas 24 horas do dia e possuir as mais diversas informações sobre o paciente. De certa forma, a dinamização da assistência pode ser uma forma de aliviar o trabalho do médico, mas, para a enfermeira, caracteriza-se como valorização profissional e não como uma sobrecarga de trabalho. Ela sente que nessas situações, mais do que em outras, a equipe médica depende da sua ação e com isso a sua posição na equipe de saúde fica no mesmo patamar do médico, na horizontalidade quanto às tomadas de decisão.

Lunardi Filho (1998) também apresenta essa designação de profissional-referência à enfermeira em seu estudo, expondo que os médicos interdependem da enfermagem quanto à organização e gerenciamento do ambiente de cuidado, mas principalmente das habilidades e conhecimentos dos profissionais de enfermagem relacionados ao paciente para construir subsídios nas tomadas de decisões.

A enfermeira do TMO ocupa um espaço no planejamento da conduta terapêutica do paciente, mostrando-se ativa nas discussões pertinentes ao quadro do paciente, exames e condutas:

“No TMO, graças a Deus, a gente consegue ter um trabalho de equipe mesmo onde todos os profissionais são respeitados dentro da sua área, todos são ouvidos e todos participam efetivamente, no meu ponto de vista. Então no round, o médico residente começa a falar do aspecto clínico do paciente, e a gente que tem o contato vinte e quatro horas, é questionada. Se não é, a gente coloca também a nossa observação: "- Não está acontecendo isso, as fezes tão assim, o curativo está assim, as náuseas e vômitos estão assim." Tu colocas todo o aspecto de enfermagem, o que tu achas em relação àquele momento (...). Assim se reúnem todas estas informações e a conduta se toma a partir dessa informação de todos os profissionais. Então eu me sinto bem respeitada, me sinto com voz ativa no round (...).” (E7 - TMO)

A importância da participação da enfermeira do TMO nos *rounds* torna-se inquestionável, visto que possui conhecimentos específicos e especializados sobre o paciente. Torna-se visível nesse momento, a predominância do saber clínico em seu cotidiano, realizando uma avaliação a partir da observação do paciente, permitindo-lhe fazer interpretações e sugestões de conduta. Alves (1998) menciona que a enfermeira vem assumindo novos desafios e busca criar condições de autonomia para seu exercício profissional, almejando essa condição de igualdade com outros profissionais da área da saúde. Refere-se, também, à inserção da enfermeira numa nova lógica de trabalho, a qual se

baseia no conhecimento como condição para se posicionar que as enfermeiras do TMO possuem. Cada vez mais fica evidente a necessidade de a enfermeira buscar conhecimentos condizentes com a sua realidade de trabalho, propiciando, dessa forma, o reconhecimento dos demais profissionais quanto à posição ocupada no processo de trabalho.

Concordamos com Lunardi Filho (1998) ao afirmar que o patrimônio técnico-científico da enfermagem é constituído pelas habilidades de observação minuciosa e precisa, associadas às habilidades técnicas e ao acervo de conhecimentos em saúde.

A enfermeira do CTI também tem essa oportunidade e sua atuação situa-se no âmbito de informações e discussões referentes aos cuidados prestados, valorizando o fazer e saber da enfermagem como parte integrante do trabalho coletivo desenvolvido nesse local. Essa enfermeira demonstra que não possui uma visão limitada do paciente, como um indivíduo separado da sociedade, pois consegue dar-se conta da necessidade dos familiares e trabalha esse aspecto com a equipe:

“É bem livre. O residente, que é o responsável pelo paciente, faz a explanação do caso, do que tem aquele paciente, do que ele está apresentando, que medicação está usando, como é que estavam os exames. O enfermeiro também contribui assim, não existe assim um momento - bom agora é a vez do enfermeiro falar, não. Existe um momento em que o residente expõe o caso e depois o caso é discutido, e o enfermeiro tem um livre acesso a essa parte, a fazer essa colocação, de qualquer nível, assim. Lógico, nós enfermeiros, a gente é mais voltado à enfermagem, a gente procura trazer aspectos de cuidados, o que vimos daquele paciente, se estamos sentindo alguma coisa com relação aos familiares, enfim, e aí se determina ali as condutas e se incrementa.” (E10 – CTI Área 1)

Para Lopes (1995) as enfermeiras, baseadas na contingência (tipo de paciente, tipo de serviço), jogam com suas “margens de liberdade” para impor

seu poder e construir seu espaço no cotidiano. Sua competência desenvolvida através do saber aplicado à prática e, vice-versa, servirá como encorajamento na busca de ampliações dessas margens.

A busca e o reconhecimento do espaço da enfermeira na equipe multidisciplinar pôde ser identificada através da fala da enfermeira do CTI – Área Cardíaca. Ela relata o reconhecimento, por parte dos médicos, das contribuições da enfermeira na conduta terapêutica do paciente, conseguindo intervir em conjunto com os demais profissionais da saúde:

“(…)colegas ali, médicos da cardíaca, eles respeitam muito a nós como profissionais, as idéias que a gente coloca, as opiniões, em cima do quadro do paciente, eles consideram e esperam também, a nível científico (...) pra ter uma idéia melhor do que está acontecendo com o paciente, poder atuar realmente, mais próximo a eles. As coisas, estão se inovando, são esses novos aparelhos, novos atendimentos, cateteres, sondas,(...) então que a gente tenha conhecimento pra realmente poder até opinar, com o atendimento do paciente, a terapêutica, (...). Eles esperam também da gente uma independência, vamos dizer assim, do que se sabe. Por exemplo, o paciente pós-operatório, (...), qual é o parâmetro de pressão arterial média, dentro desse parâmetro eu sei, eu, com as orientações que eles dão, o que que eu vou fazer, infundir soro, conforme a orientação deles, ou infundir drogas, alterar gotejo de drogas vasopressivas. Eles querem, eles esperam da gente que a gente tenha uma visão mais ampla nesse sentido. (...) alguns médicos, tem um que outro que é difícil, não se tenta nem a abordagem, mas com a maioria a gente consegue opinar, falar alguma coisa - olha o paciente está hipotenso, tu já deu tanto de volume, está com uma determinada PVC, quem sabe agora dopamina tu não, não pensa em iniciar - alguma coisa assim, no dia-a-dia a gente vai adquirindo uma experiência, (...)” (E14 – CTI Área Cardíaca)

Esse reconhecimento está condicionado ao conhecimento científico da enfermeira. A expectativa dos médicos é que a enfermeira possua saberes específicos dessa área de atuação, conquistando uma liberdade de ação com a existência de alguns protocolos, com os quais ela avalia o paciente e procede a conduta. Encontramos reforço para essa conquista em Menezes e Carraro (2000, p.4). Ao estudarem os saberes e poderes dos profissionais de CTI apontam que

*“as diferenças entre as distintas categorias profissionais, como entre médicos e enfermeiros somem diante da construção da identidade comum de intensivista. É no contato com os serviços hospitalares referentes a outras especialidades que o intensivista demarca mais claramente seu campo de saber e poder. Sua identidade profissional é assim construída por contraste aos demais setores da instituição.”*

Ao final da fala da enfermeira do CTI – Área Cardíaca percebemos que a sua participação na conduta terapêutica dá-se, também, através de sugestões que são fundamentadas em seu parecer técnico. Lima (1998) trata essa situação como favorecedora do enfraquecimento na relação do domínio médico no hospital, resultando numa mudança qualitativa nas relações das enfermeiras com a equipe médica. As sugestões dadas pela enfermeira acabam interferindo no diagnóstico e no tratamento, repercutindo em seu envolvimento, cada vez maior, nas tomadas de decisão.

Na Emergência Pediátrica a enfermeira, também, consegue interferir no planejamento da terapêutica medicamentosa devido ao fato de estar mais junto do paciente, ou seja, a sua prática contribui na especificidade do seu saber, atribuindo-lhe determinada competência:

*“(…) mas também na emergência eu vejo assim, como tu estás só na assistência consegues interferir junto ao médico, por exemplo, aquela medicação não está funcionando, o que tu achas de nós começarmos com essa medicação.” (E1 – Emergência Pediátrica)*

*“(…) Partindo pela questão das observações dentro das salas de procedimento onde, claro que concomitante, se trabalha com a equipe médica, mas muitas vezes a observação parte da enfermagem, vai auxiliar e auxilia no tratamento mais efetivo de algum tipo de emergência. Então favorecendo o atendimento dos pacientes.” (E3 – Emergência Pediátrica)*

Uma enfermeira do CTI – Área 2, ao discorrer sobre suas atividades, relata que manipula com diversas informações e mostra-nos a interdependência e complementaridade do trabalho do médico em relação ao seu, mas ela não valoriza a importância dessa ação, que é tão importante para o benefício do paciente e das práticas coletivas de saúde:

“(...) você fica jogando numa situação onde você pouco aparece, mas você manipula muito. (...), você atenta o pessoal, você chega no médico assim, assado, a paciente está com índice de volume, não está tendo diurese, mas é porque está com dor, está com isso e aquilo outro, mas você só foi lá e avisou.”  
(E6 – UTI Área 2)

Essa fala permite identificar que a finalidade do modelo clínico de assistência não está presente na concepção que essa enfermeira tem de seu trabalho. O médico é quem conduz o diagnóstico e o tratamento, mas, muitas vezes, para redirecionar suas ações, necessita das informações da enfermeira acerca das reações do paciente à implementação do tratamento inicial. Dessa forma, a interdependência e complementaridade das ações desses profissionais são imprescindíveis.

Já a enfermeira da UTIP comporta-se com naturalidade, quando diz que comunica ao médico as alterações do paciente avaliada por ela e implementa alguma conduta após essa ação como algo já inserido no seu cotidiano, reconhecendo, dessa forma, a existência de interdependência e complementaridade entre os diversos trabalhos, de cuja integração resulta o trabalho coletivo em saúde. Denota, também, reconhecimento de sua parte da centralidade do diagnóstico e da terapêutica como função primordial do trabalho do médico na organização do processo de trabalho no modelo clínico:

“(...) Depois que tu avalias o paciente, que revisas as pastas, que vês alguma alteração, comunica ao médico, implementa. O que for indicado pra aquela intercorrência, (...).” (E8 – UTIP)

Na equipe de enfermagem, visualiza-se a interdependência existente entre a enfermeira e o técnico de enfermagem. A enfermeira depende das informações que o técnico de enfermagem fornece sobre os pacientes, e o técnico precisa de esclarecimentos diversos, sejam referentes a dúvidas quanto a determinados medicamentos e procedimentos, ou quanto ao estado do paciente. Ao ouvir os relatos das enfermeiras sobre o modo de agir tanto dos médicos como dos técnicos de enfermagem, percebemos que esses profissionais reconhecem a existência de interdependência entre as suas atividades e as da enfermeira. Isso se torna evidente quando na SRPA os funcionários de enfermagem comunicam à enfermeira tudo o que está relacionado com a assistência do paciente e esperam dessa a liberação de algumas condutas pertinentes à situação:

“(...) as enfermeiras aqui são bem valorizadas porque assim o funcionário não pode fazer nada com o paciente, nem um anti-hemético sem comunicar a gente, nada é feito, só os antibióticos e... e o soro sem nos questionar. Um anti-hipertensivo não é dado, mesmo que esteja prescrito ali, sistemático, a gente é que vai dizer não, tu podes fazer.” (E12 – SRPA)

A interdependência e complementaridade são elementos indissociáveis no trabalho coletivo no hospital. A dinâmica das relações dos agentes permite que um profissional dependa mais das ações de outro para complementar a finalidade do seu trabalho, assim como poderá complementar vários trabalhos. A expansão da liberdade de ação da enfermeira está diretamente relacionada

com a interdependência e complementaridade que os demais profissionais de saúde têm em relação ao seu trabalho.

### **4.3 A articulação do trabalho coletivo**

A atividade de articulação que a enfermeira desenvolve pôde ser identificada em diferentes situações e diferenciou-se conforme a natureza da unidade. Caracteriza-se pela articulação na enfermagem e dessa com o médico e demais setores do hospital, esclarecimentos para a família do paciente sobre condutas médicas que não foram entendidas, encaminhamentos para resolução de problemas da família do paciente, para providenciar a manutenção da infra-estrutura da unidade, bem como a organização de pessoal e material.

Os médicos reconhecem a hierarquia existente na equipe de enfermagem e fazem as comunicações à enfermeira. Nessa situação, ela destaca-se nas atividades cotidianas das unidades, atuando como mediadora, articuladora de todas as práticas de saúde nesses espaços e, também, supervisionando e controlando o trabalho da equipe de enfermagem:

“Nada é feito sem a gente, e o anestesista ou qualquer médico, se tiver alguma coisa pra passar, ele vem direto pra gente, ele nunca vai dar um recado pro técnico, vai ser sempre com a gente.” (E12 – SRPA)

“(...) os técnicos, eles me comunicam tudo, (...) comunicam logo as intercorrências, fazem observações importantes, (...), eu logo já dou encaminhamento, já falo com o médico, ele me dá o retorno, (...).” (E14 – CTI Área Cardíaca)

A enfermeira reconhece a sua atuação na resolução de problemas que

envolvem, muitas vezes, profissionais de diferentes áreas, articulando a comunicação das diferentes especialidades envolvidas, tornando-se o elo entre elas. Ela necessita avaliar previamente a situação, para planejar quais serão os profissionais que necessitam ser contatados para o alcance da resolução:

“Ai, o que é ser enfermeira? Eu acho que é o profissional, (...) que congrega, que é o elo de ligação entre as outras especialidades, entre as outras profissões que também atendem o paciente, (...) Somos nós que comunicamos a nutrição, comunicamos com a equipe médica, comunicamos com a psicologia, comunicamos com a manutenção, com o serviço de manutenção (...) aqui no CTI nós temos um administrador, então somos nós que nos comunicamos com o administrador. Assim, o enfermeiro congrega, é esse elo da corrente que agrega todos. Ah, e somos nós que estamos também junto aos técnicos que nos trazem as coisas do paciente, dos familiares, são eles que estão ali mais junto. Ah, eu diria que é isso.” (E10 – UTI Área 1)

“(…) o enfermeiro está presente em muitas realidades. Por exemplo, apto a avaliar muitas coisas, tanto da parte médica, quanto da parte de enfermagem, claro dentro da ética, dentro dos limites, entendeu? O enfermeiro então tem um certo conhecimento que abrange muitas coisas e facilita a resolução de alguns problemas, (...) tem o pessoal de nutrição, higienização, aqui é uma unidade muito dinâmica. Então chega algum pessoal da nutrição: olha, nós estamos com um problema, ou os técnicos estão com um problema, um tipo de coisa que o enfermeiro centraliza.” (E2 – Emergência Adulto)

No CTI, o trabalho de articulação realizado pela enfermeira envolve comunicação e ação, buscando, com o médico, a resolução de problemas identificados pelos técnicos de enfermagem. Nesse caso, a articulação dos trabalhos está interligada com a atividade de coordenação da enfermeira, sendo primordial a orientação efetuada por essa profissional:

“(…) nós damos assessoria aos técnicos de enfermagem nesse sentido de levar as informações aos médicos e tentar resolver os problemas que vão aparecendo, desde alarme de aparelhos até condutas que têm que ser mudadas, ou que não estão muito bem explicadas, que não estão bem claras (...).” (E6 - CTI Área 2)

Num trabalho coletivo, no âmbito hospitalar, o fluxo das informações é fator determinante para a implementação e continuidade da terapêutica do paciente. A articulação desenvolvida pela enfermeira torna-se fundamental nesse processo:

“Pesquisadora: Quando tu falas assim, nestas questões de resolver os problemas de uma parte com outras, quais são estas partes...?”

Enfermeira: Ah de tudo. São os problemas administrativos, os problemas de ordem de relacionamento de informação de levar e trazer informações, colher as informações mais corretas possíveis, são coisas assim, entre médicos. De médico para o auxílio de técnico, de médico para enfermeiro e tal. (...) na realidade a gente funciona como catadoras de informações, (...).” (E6 – CTI Área 2)

Ao questionarmos as enfermeiras sobre a expectativa dos outros profissionais de saúde que atuam neste espaço, tivemos a oportunidade de conhecer a concepção delas sobre essa questão. Ficou evidente que a equipe de saúde converge na expectativa de algumas atividades a serem realizadas por essa profissional, sendo que, uma delas, é a articulação do trabalho coletivo. A enfermeira possui todas as informações referentes a rotinas, condutas, o que foi feito com o paciente e o que não foi. Por ser grande conhecedora do paciente, portanto ao centralizar informações que interessam aos outros profissionais, torna-se um sujeito de referência entre os demais integrantes do trabalho coletivo, com grande solicitação para a resolução de problemas. O mesmo também ocorre com a administração da unidade, fazendo com que o trabalho flua:

“(...) o enfermeiro é o único profissional que faz ponte com todos os outros profissionais, então, muitas vezes, algum problema que não é específico do enfermeiro acaba vindo para ele resolver. Porque é o único profissional que tem contato com o raio X, com médico, com o eletroencefalo, com a nutrição, com a

psicologia. Se se perdeu um raio X lá em cima e o paciente está aqui, ou uma tomografia, é comunicado o enfermeiro e não o setor responsável. Tem que se fazer uma transferência, é com o enfermeiro, mas por ele ter essa ponte, como eu chamo, com todos os profissionais. Qualquer profissional aqui dentro no hospital tem contato com o enfermeiro, isso não acontece em outras áreas talvez. O fisioterapeuta vem aqui, faz a fisioterapia e vai embora, o médico vem, atende, a nutrição traz a comida, mas todos eles conversam com o enfermeiro, por um lado isso é muito bom.” (E1 – Emergência Pediátrica)

“(…) eu acho que o que eles esperam é que eu seja um elo de ligação entre o paciente e o médico, porque, como a gente fica 24 horas, não eu mas a enfermagem em si, 24 horas do lado do paciente, tem que haver essa comunicação, alguém tem que dizer para o médico o que que está acontecendo em relação àquele doente, então o que eles esperam é que haja essa comunicação e um atendimento em relação ao que o paciente necessita naquele momento, essa é a cobrança maior, em relação de como está o paciente, das intercorrências que aconteceram, como é que ele vem evoluindo, o que que tem que ser feito, porque se tu não disser para o médico que o paciente faz cinco dias que não faz cocô, às vezes ele não se dá conta disso, - olha, aconteceu isso e isso - ele não sabe, se não está escrito ali, se ele não evoluiu, se tu não evoluiu e se não está escrito, se ele não vê, às vezes, ele não fica sabendo.” (E19 – CTI Área Cardíaca)

“Eu acho que eles mais esperam da gente é a parte de administração, assim, de ver a coisa andar, de fazer, de controle, eu acho que é isso que eles nos cobram como enfermeiros.” (E11 – CO)

No TMO a enfermeira manipula os resultados dos exames e emite opinião sobre os mesmos, sentindo, muitas vezes, a necessidade de articular com a equipe médica algumas ações assistenciais cujo início não pode ser retardado:

“E a gente trabalha muito com a educação em relação à doença de um modo geral, profilaxia da infecção no que diz respeito aos cuidados de higiene mas ele [o paciente] também é orientado, o que é 400 leucócitos, 2000 leucócitos, 3000 plaquetas, o que isso repercute nele, que cuidados ele tem que ter em relação a isso.” (E7 – TMO)

O encaminhamento dos pacientes para outras unidades também é realizado pela enfermeira através de uma nota de alta no prontuário do paciente. Ela transmite as condições do paciente, por telefone ou

pessoalmente em alguns casos, para a enfermeira da unidade que o recebe:

“(...) crianças que tenham que passar para as enfermeiras dos andares, alguma criança que precise de UTI. As crianças que vão para os andares eu não acompanho, as que vão pra UTIP sim, sou eu que levo (...).” (E1 – Emergência Pediátrica)

“(...) No caso de alta, nós devemos fazer a evolução de alta, orientar o paciente pra alta e fazer a transferência dele pro andar, quando houver leito, isso é uma atividade que pode, acontecer durante o turno. (...)” (E10 - CTI Área 1)

“(...) além disso tudo que se faz, acompanha a paciente até lá dentro da sala de parto, eu sempre costumo ir junto entregar os papéis, passar pra minha colega o nome da paciente, os dados da paciente, a idade gestacional, a que hora rompeu a bolsa ou foi feita amniotomia, que tipo de líquido é (...)” (E11 – CO)

A família também está presente no espaço hospitalar, tentando entender o estado de saúde em que se encontra o seu familiar, o paciente. Em alguns momentos, torna-se impossível prestar assistência ao paciente sem resolver problemas familiares que interferem de alguma forma nessa dinâmica. Sendo assim, a enfermeira solicita a avaliação e o atendimento por profissionais aos quais competem tais problemas:

“(...) mas geralmente a enfermeira que vê se o familiar ou se há necessidade, de solicitar a psicóloga. A enfermeira faz a solicitação, ou passa pro pediatra e o pediatra solicita, mas geralmente é a enfermeira que tem esse contato.” (E20 – Neo)

“A gente tem o grupo de pais, também, que eu participo, pais dos pacientes, agudos, nós temos o grupo de pais de pacientes de longa permanência, a gente tem pacientes de bastante tempo. Então também tem essas atividades assim que a gente faz no decorrer da semana. (...)a gente tem assim um momento pra ter um contato com eles, pra, eu acho, ser um ponto até de referência. É o momento que a gente senta com uma equipe maior pra conversar assim com esses pais, pra ver assim como é que eles tão se sentindo, como é que tá sendo aqui, pra ver o é que que a gente pode ajudar.” (E21 – UTIP)

A enfermeira torna-se, também, o elo entre o médico e a família, esclarecendo informações desse médico para aquela, configurando-se, dessa forma, como uma porta voz:

“(...) eu acho que o nosso trabalho também é ser um porta voz, eu acho que a gente é um elo entre o médico e o familiar, porque as vezes o familiar recebe uma informação, ele parece que não entende, daí ele vem perguntar pra nós a mesma coisa que foi explicado antes, só que eu acho que, de repente, a gente explique de uma maneira mais simples, com menos termos técnicos, daí o familiar acaba sempre te procurando, (...)” (E24 – Neo)

Essas situações evidenciam, uma vez mais, que a enfermeira articula e coordena as atividades dos diversos agentes. Algumas vezes, vai além da equipe de enfermagem, envolvendo-se com os demais profissionais que prestam serviços na unidade:

“O enfermeiro é muito responsável, entendeu? Por manter muitas vezes a rotina de todos estes outros setores. A gente tá com a rotina de higiene, serviço de higienização, nutrição, médica, a gente tá envolvida em todos estes setores de radiologia.” (E2 – Emergência Adulto)

No BC e CCA, a articulação realizada pela enfermeira volta-se mais para a manutenção da infra-estrutura, solicitando consertos de equipamentos, adaptação de materiais, fornecimento de material para outra unidade. Tudo isso a enfermeira realiza com o objetivo de manter o funcionamento das salas cirúrgicas, enfim, a manutenção do andamento dos serviços depende da sua agilidade em resolver essa questão. Nos casos de consertos e adaptações, a enfermeira aciona os serviços de mecânica e de eletrônica:

“(...) os funcionários podem te passar alguma coisa - essa aqui não tá funcionando,

essa aqui tá funcionando, então a gente passa pra secretária avisar, quem chamar, conforme a gente tem coisas que tem que adaptar, que não dá pra fazer, se trabalha muito em conjunto com a mecânica, (...) a gente tem muito material que tem que se, ah, consertado, a mecânica faz isso, (...) a gente trabalha muito em conjunto, tem muita torre de vídeo e tem muito problema de eletrônica. A gente chama sempre a eletrônica, se usa o endoscópio, tem algum problema de visão, se o comando não tá funcionando, se tá entupido. Alguma coisa que a gente não consiga resolver tem que entrar em contato com a eletrônica. Normalmente eu entro e já falo o que tá acontecendo, aí a gente decide se tem que mandar pra consertar ou não. Eu já faço um encaminhamento da especialidade, isso sempre é a enfermeira que faz. A gente que decide se vai ou não.” (E18 – CCA)

Os achados de Lima (1998) e Lima et al. (2000) identificaram que a enfermeira na unidade de internação, articula inúmeras situações necessárias para o desenvolvimento do processo de trabalho coletivo.

Nesse sentido, identificamos que as atividades de articulação do trabalho realizada pelas enfermeiras da noite e do final de semana são ainda maiores, pois não conta com os serviços de apoio, ficando essas atribuições a cargo da enfermeira. Nesses turnos, a relação das enfermeiras com os demais profissionais de saúde diferencia-se, restringindo-se ao médico e técnicos de enfermagem, pois os demais não se encontram no ambiente hospitalar:

“(...) quando interna um bebê, precisa ser feita a baixa, tu tem que chamar um secretário, porque à noite nós não temos um secretário na neo, todo mundo fica, já chamaram o secretário? Tem que chamar o secretário! Não necessariamente que seja nós, entende? Qualquer pessoa que estiver disponível vai ali, independente do cargo que ocupa, a gente não tem isso definido de quem chama o secretário, mas se o secretário tá demorando, todo mundo vem e pergunta pra enfermeira, se vai demorar ainda pra fazer a baixa do nenê. Porque sem a baixa não se pode pedir exame, não se pode fazer nada. Então às vezes tu deixa o que tá fazendo, daí tu vai ver porque tu sabe que o nenê precisa, não que a gente deixe de fazer as coisas, a gente já tem uma rotina, que a gente já vai fazendo as coisas, mas aí tu tem aquele problema administrativo que tu tem que resolver.” (E24 – Neo)

“(...) ah, às vezes eles não têm pra onde ir, por exemplo, os familiares, durante o dia tu tem uma assistente social, (...) tu resolveu o problema, daí não tem o assistente social de noite, tu chama o plantão administrativo, (...) essas coisas assim pra nós é difícil de noite, (...) às vezes deixa de fazer uma coisa pra dar atenção a isso, porque, na verdade, isso é uma coisa importante, porque quando a criança interna, a família faz parte também, então quer queira quer não, a gente se envolve, às vezes o familiar

não tem dinheiro pro lanche, daí a gente arruma um lanche e dá pro familiar, (...).”  
(E24 – Neo)

Portanto, fica evidente a variação dos ritmos de trabalho no transcorrer do dia e nos finais de semana. Carapinheiro (1993), Lopes (1994) e Lima (1998) também evidenciaram determinadas variações e as atribuíram a uma certa padronização dos tempos cotidianos e a uma estrutura rítmica de produção de atividades terapêuticas existentes nos hospitais.

Entretanto, é notável a articulação do trabalho coletivo como inerente ao desenvolvimento do trabalho da enfermeira, independente do ritmo das atividades.

#### **4.4 Coordenação, supervisão e controle do trabalho**

A coordenação, supervisão e o controle desenvolvidos pela enfermeira da unidade iniciam em um turno de trabalho, com a passagem de plantão, no qual acontece a interação dos trabalhos da equipe de enfermagem. Esse é um momento em que ela tem condições de obter um panorama da dinâmica da unidade. Lopes (1995) menciona que essas transmissões de informações (passagem de plantão) são fundamentais no contexto da comunicação do conjunto assistencial no hospital, agilizando o tempo de integração para a continuidade do cuidado e tornando-se confiável e de fácil compreensão.

A passagem de plantão nessas unidades ocorre de diferentes formas. Na Emergência de Adultos e Pediátrica, no BC e no CCA, a forma utilizada para passagem de plantão é determinada pela organização do trabalho. Como já abordamos anteriormente, as enfermeiras são distribuídas de acordo com os

setores que compõem essas unidades, logo a dinâmica dessa atividade, também, se torna setorizada:

“Nós chegamos, a princípio a gente recebe o plantão, os turnos diferem um pouco quanto à dinâmica como é de manhã, recebe o plantão, tu vê tudo que tem nas tuas salas(...)” (E5 – BC)

“(…) A passagem de plantão, geralmente ela varia de acordo com a área. Se é na triagem, eu vou passar ou vou receber os pacientes agendados (...). Como a sala de procedimentos pediátricos é, é muito próxima da sala de triagem, nós recebemos a sala dos pacientes. Ou passamos os pacientes. (...) todo o conjunto de informações pertinentes ao estado do paciente ou das crianças no caso da sala de procedimentos, com relação a procedimentos que estão sendo realizados, (...) a sala de procedimentos de adultos também é um momento nessa passagem onde as informações são trocadas com relação ao estado geral do paciente, qual é a especialidade que tá aguardando pra consultoria ou não, se já fez todos os exames, se está aguardando o resultado dos exames, se aguarda transferência pra unidade, se vai ter alta. Tanto na sala de observação pediátrica quanto na sala de observação de adulto, a passagem de plantão tem uma característica de passagem de plantão de unidade.” (E3 – Emergência Pediátrica)

A enfermeira do TMO faz a passagem de plantão transmitindo para sua colega todas as informações referentes ao paciente, devido a modalidade de organização de cuidados ser o atendimento total, ressaltando os exames realizados, principalmente o hemograma. O hemograma é o exame que mostra o padrão de defesa do organismo do paciente, se está imunodeprimido ou não. Conseqüentemente, é com base nesses resultados que a enfermeira planeja a orientação que o paciente terá que receber quanto ao autocuidado e em que sentido deverá dirigir sua observação:

“(…) a passagem de plantão, a mesma coisa, se detalha o paciente de cabo a rabo. (...) Os exames pra nós, aqui, são fundamentais. Toda a trajetória do paciente dentro do TMO está ligada aos exames e aos resultados desses exames. Então eu tô te falando isso, porque é uma coisa extremamente enfatizada na passagem de plantão. Tanto é que normalmente o primeiro item que a gente passa são os exames, o fluxograma de exames (...)” (E5 – TMO)

Nas demais unidades, a passagem de plantão ocorre entre os profissionais de mesmo nível, de enfermeira para enfermeira e de técnico para técnico de enfermagem, através de relatos. Percebemos que, enquanto a enfermeira que chega recebe informações da enfermeira que sai, visando manter o controle sobre o processo de trabalho, os técnicos de enfermagem fazem checagem de aspectos relacionados com a infra-estrutura, material de boxe e medicação:

“(...) vem a passagem de plantão que é feita com o enfermeiro que sai e que chega e o técnico que sai e o que chega, todos juntos, só que cada um, claro, com as suas funções. O técnico tem o dever de conferir os materiais de boxe, as medicações. O enfermeiro, de conferir as pastas e, os pacientes.” (E10 – CTI Área 1)

Na situação acima descrita, evidencia-se a divisão do trabalho intelectual e manual. A função do técnico de enfermagem é preocupar-se com os suprimentos que possibilitarão a execução de procedimentos com o paciente.

Independente do tipo de passagem de plantão realizado nas diferentes unidades estudadas, percebemos como Lopes (1995) e Lunardi Filho (1998) que elas são ritualizadas quanto à forma de transmissão. Para Lunardi Filho (1998), a forma como a passagem de plantão se processa, destacando, basicamente, as determinações médicas, parece reforçar o mito da subalternidade ao trabalho médico. Queremos salientar que entendemos o seguimento dessas determinações, em grande parte na passagem de plantão, por atender à lógica que organiza o trabalho no modelo clínico. Mas nem por isso o consideramos um trabalho subalterno, mas sim, interdependente e complementar à prática médica.

Nas atividades de coordenação da dinâmica da unidade, a enfermeira exerce controle da assistência prestada ao paciente através da supervisão direta dos procedimentos desenvolvidos pelos técnicos de enfermagem. Esse controle é realizado com base nos registros efetuados pelos técnicos de enfermagem, sendo possível a identificação de pendências. O controle da execução dos cuidados de enfermagem prescritos é verificado através do seguimento dos funcionários no prontuário dos pacientes:

“(...) fechamos os balanços, os funcionários têm o dever, são tarefas deles, de fazer o fechamento dos balanços, ou seja, todos os líquidos administrados, os líquidos eliminados e os enfermeiros devem então fazer a conferência desses balanços, fazer a conferência das pastas, se checaram as medicações, se debitaram o que tinha que debitar na folha de débito, se a prescrição de enfermagem tá checada, enfim, ver o fechamento junto com o funcionário (...)” (E10 – CTI Área 1)

Uma enfermeira do CTI – Área Cardíaca reconhece a importância da supervisão realizada com os técnicos de enfermagem orientando o funcionário no desenvolvimento de suas atividades, objetivando a realização total dessas e, ao mesmo tempo em que direciona o seu fazer, realiza o controle de seu trabalho. Para essa enfermeira o cumprimento das rotinas denota trabalho desenvolvido, caso contrário algo se perde:

“É algo muito importante, orientar os funcionários, Eu digo funcionários, o técnico de enfermagem, o contato entre nós, que nossas rotinas, nosso trabalho seja desenvolvido, com um certo cuidado, que as coisas não se percam, é muito importante, (...)” (E14 – CTI Área Cardíaca)

Para outra enfermeira do CTI, o papel de coordenadora torna-se evidente quando ela supervisiona o trabalho do técnico de enfermagem e reconhece que exerce essa atividade o tempo todo, devido ao encadeamento das atividades

realizadas nesse serviço:

“(…) Quando você vai fechar um débito que um técnico fez tu tá exercendo esse processo, não só de liderança como de organizacional. Uma coisa acaba desencadeando outra. O tempo todo você está dentro.” (E6 – CTI Área 2)

No BC, a supervisão se dá por sala cirúrgica, num primeiro momento a enfermeira visita todas as salas que estão com cirurgia em andamento, com o intuito de controlar o que está transcorrendo nas mesmas. Ela observa o ato cirúrgico em si, a circulante da sala e a instrumentadora que são técnicos de enfermagem. Avalia as necessidades do paciente, verifica se necessita aquecê-lo. Após ter um panorama da unidade, ela prioriza a sala cirúrgica que tem mais necessidades. É interessante que, ao listar as atividades que desenvolve, salienta as ligadas à supervisão do ato cirúrgico, à supervisão das atividades do pessoal de enfermagem, ao controle de materiais necessários e à infra-estrutura em si:

“(…) depois que a gente divide, eu vou direto pra salas, vou de sala em sala ver o que tá acontecendo, o que tá precisando, primeiro eu gosto de olhar todas as salas pra ter uma noção de tudo o que está acontecendo, depois eu vou ver o que é mais prioridade pra mim (...). Lá dentro da sala, normalmente tu fica ali pra ver se esse paciente precisa de sangue, de buscar sangue, que é uma coisa de urgência, ver se o pessoal está fazendo o controle de perdas de acordo, se o material tá todo de acordo, se a cirurgia tá transcorrendo adequadamente, (...) tem mil detalhes que a gente não lembra na hora, tu vai olhando e interferindo ali, ou tu vai dando a tua sugestão.” (E22 – BC)

Nessa unidade, a enfermeira menciona várias situações nas quais ela gerencia o trabalho, através da supervisão de pessoal, do controle dos materiais, da manutenção da dinâmica das salas de cirurgia e da negociação com a equipe médica. Sendo assim, podemos dizer que o gerenciamento

dessas situações mostra que a manutenção da dinâmica de organização do trabalho se centra na figura da enfermeira. Entretanto, nesse setor, o ato médico, representado pelo procedimento cirúrgico, é central, determinando as características que o trabalho da enfermeira assume, para atender às necessidades do processo de trabalho no que diz respeito às condições relacionadas à infra-estrutura requerida para a execução dos procedimentos cirúrgicos. Encontramos concordância sobre as atividades das enfermeiras em Centro Cirúrgico com os resultados de Rodrigues e Souza (1993), que obtiveram como predomínio as de cunho administrativo, relacionando essa prevalência com a necessidade de propiciar condições necessárias para a execução do ato cirúrgico, que é a finalidade do processo de trabalho nesse local.

Uma enfermeira dessa unidade refere que todas as atividades desenvolvidas por ela são em função do paciente. A concepção dessa enfermeira acerca das atividades desenvolvidas no BC denota que o cuidar e o gerenciar estão interligados no cotidiano de seu trabalho:

“De todo o ato cirúrgico em si, desde que o paciente entra na sala, se ele tá bem posicionado, se tá com a colocação de uma placa de cauter bem adequada, se tá com uma veia boa, é o anestesista que punciona, mas tu controla, vê se ele tá bem posicionado, se ele não tá desconfortável, se não tá muito gelado, se ele não tá descoberto, toda essa supervisão, orientação junto, toda essa parte a gente faz, é dentro dessa atividade ali com o paciente que eu digo que é a supervisão.” (E22 – BC)

Para Rodrigues (1998), o cuidar ao passar pelas ações indiretas, é ainda ação terapêutica, pois tem a finalidade de assistir o paciente. Cita, como exemplo, a organização do ambiente de trabalho, as atividades administrativas

e de supervisão e educação continuada do pessoal de enfermagem.

Encontramos, também, confirmação do pressuposto, deste estudo, na concepção da enfermeira da UTIP, ao citar que suas atividades são muito mescladas, não podendo se fazer uma divisão das atividades administrativas e assistenciais. Exemplifica essa situação ao referir-se à supervisão da equipe de enfermagem:

“(...) tem a supervisão do funcionário que é administrativo mas também assistencial, as coisas assim são muito mescladas é difícil de tu separar isso é só administrativo, isso é só assistencial.” (E8 – UTIP)

O estudo de Lima et al. (2000) obteve a confirmação de que, no cotidiano das enfermeiras de unidades de internação, o cuidar e o gerenciar não são atividades excludentes. Ferraz (2000) aponta que o entrelaçamento dessas dimensões constitui-se no desafio atual para as instituições formadoras de enfermeiros e lideranças de enfermagem. Para essa autora, a aliança desses dois eixos constitui-se nos processos de cuidar gerenciando e gerenciar cuidando que está sendo elaborado conceitual e operacionalmente em tempos presentes, pelo fato de não ser dada essa construção historicamente para a enfermagem brasileira. Mesmo que não consideremos viável a separação do processo de trabalho de enfermagem em processo de trabalho cuidar e processo de trabalho administrar, também realizada por Castellanos et al. (1989), entendemos que o enfoque utilizado por Ferraz (2000) contribui para mostrar a ligação dessas dimensões.

Sendo assim, acrescentamos esses achados aos de Almeida (1988), Bellato e Carvalho (1998), Pereira e Silva (1999) que também enfocaram o

trabalho da enfermeira como multidimensional.

A enfermeira do turno da noite do BC concentra sua função de supervisão nas atividades dos funcionários quanto às rotinas de limpeza e organização das salas para o dia seguinte. Enfim, é um período da jornada de trabalho destinado à organização da infra-estrutura para a continuidade dos atendimentos pelo próximo turno:

“Acho que essas são as atividades básicas assim, né, depois disso, acho que depois que terminam as atividades, vamos supor que fique uma cirurgia só, daí tem a parte de atividades de bloco cirúrgico de rotina que são as limpezas de unidades, a organização das salas para o dia seguinte, tudo isso eu supervisiono (...).” (E22 – BC)

O gerenciamento da unidade pela enfermeira, muitas vezes, torna-se um papel complicado de exercer, visto que as características do serviço, os problemas pertinentes à família da criança, por exemplo, dificultam as relações da equipe e a condução dos trabalhos.

A enfermeira utiliza como instrumento de trabalho um relatório resumido que serve de material de apoio para controle da assistência do paciente, ou seja, um modo de organização das informações. Esta enfermeira mostra que as atividades de gerenciamento do cuidado tomam por base aspectos relacionados às necessidades do paciente:

“O relatório que eu digo seria assim, a gente nomina as crianças, uma a uma, eu boto a idade por se tratar de pediatria, às vezes tem crianças de dias, de meses, de anos. A patologia. Aí coloco assim: como é que a criança tá, se é problema respiratório, se está disfuncionado ou não, se ela está se alimentando, que tipo de medicação faz, que acesso ela tem como é que estão os sinais, se satura bem ou não satura. Fazendo esse relatório, eu passo a limpo da enfermeira que me passou os dados da criança e aí vejo como ela está durante o dia e vou anotando para a passagem de plantão.” (E1 – Emergência Pediátrica)

Na emergência existe um controle dos atendimentos e intercorrências que ficam registrados em um livro, a partir do qual a chefia de enfermagem e as demais enfermeiras tomam conhecimento da dinâmica desse serviço. Com base nesse material, se consegue montar um histórico dos atendimentos realizados nessa unidade:

“Claro que intercorrências que tiver na noite, alguma urgência, as internações, com quantas crianças o enfermeiro recebeu, com quantas crianças ela vai passar, é anotado nesse livro aqui, nos registros de enfermagem de toda a emergência (...). Tem esse controle aqui. Hoje eu vou escrever quantas crianças recebi, quantas crianças passei, quantas crianças internaram, quantas crianças admiti, quantas urgências atendi. Tudo é anotado aqui.” (E1 – Emergência Pediátrica)

Enfim, a função coordenadora da enfermeira foi identificada como sendo algo existente em todas as unidades. Para Lunardi, Lunardi Filho e Borba (1995, p.8): *“assistir inclui, então, o gerenciamento do meio hospitalar e a coordenação de um trabalho que se divide não só por especialidades, mas por complexidade.”*

A enfermeira desenvolve, ainda, em seu trabalho gerencial, atividades relacionadas com a infra-estrutura da unidade e com a educação em serviço da equipe de enfermagem.

Quanto à infra-estrutura, ela envolve o controle das medicações controladas (psicotrópicos), checagem do boxe de parada, revisão das geladeiras referentes às bolsas de sangue e medicações, pedido de material, limpeza das salas, equipamentos disponíveis, material cirúrgico disponível e em condições de uso. Essa infra-estrutura é necessária para a realização do trabalho coletivo:

“(…) reviso a geladeira que é da pediatria onde ficam os sangues, eu vejo quais são as bolsas que têm, quais são os pacientes, se essas bolsas não têm que retornar para o banco de sangue, eu anoto quantos graus está a geladeira, tem todo um conhecimento de cada setor. O enfermeiro da SO adulto vai ver a geladeira das medicações, se tem medicações vencidas, se não tá vencida, vai ver quantos graus está a geladeira (…).” (E1 - Emergência Pediátrica)

“Ah! Checar os boxes destinados à parada cardiorespiratória tanto da unidade de emergência pediátrica quanto da parte de adulto.(…) então para o serviço fluir, pra ter uma boa assistência, pra equipe ter um bom atendimento é necessário ter os materiais organizados, que se saiba os materiais que se têm para trabalhar, enfim.” (E3 - Emergência Pediátrica)

“(…) controle de medicação entorpecente, verificação dos respiradores, nós fazemos uma observação, as colegas do turno anterior passam pra nós os respiradores que estão sendo preparados pra esterilização, que estão prontos, algum que deve estar até mesmo emprestado, onde é que estão os respiradores, (…).” (E14 – UTI Área Cardíaca)

“Aqui nós temos a escala de limpeza da sala de recuperação, todo dia conforme a, conforme o movimento a gente vai limpando alguma coisa a cada dia e no fim da semana tá tudo pronto, (…).” (E16 – CCA)

“(…) confere todo o material da unidade, vê o que tá faltando e faz o pedido (…).” (E8 – UTIP)

A enfermeira da SRPA supervisiona o trabalho do técnico de enfermagem quanto à manutenção da infra-estrutura, mais especificamente quanto à organização dos materiais necessários nesse tipo de unidade:

“(…) fora do paciente, a área administrativa, nós temos algumas rotinas administrativas em técnicas com relação ao material. Tem um técnico de enfermagem que faz isso e a gente supervisiona a organização da unidade, que os materiais estejam prontos tanto de material esterilizado do CME, como de farmácia, almoxarifado, todas essas coisas que a gente tem kits prontos, materiais prontos pra serem utilizados quando se precisa numa urgência ou na rotina ou qualquer coisa. Esse material todos os dias é organizado.” (E9 – SRPA)

Quanto à educação em serviço optamos por utilizar essa designação

conforme Silva, Pereira e Benko (1989, p. 9) que a definem “*como o conjunto de práticas educacionais planejadas, com a finalidade de ajudar o funcionário a atuar mais efetiva e eficazmente, para atingir diretamente os objetivos da instituição.*” Para esses autores, o treinamento de pessoal pode estar incluso nessa educação. Salientamos que faremos analogias do encontrado no cotidiano das enfermeiras com a definição utilizada por esses autores, pois no hospital em estudo, não existe um programa de educação continuada da forma preconizada, mas sim, o treinamento do pessoal conforme a necessidade.

As enfermeiras da SRPA realizam um treinamento específico com o funcionário recém-admitido, no qual ele vai assumindo gradativamente cuidados com os pacientes mais complexos. Para isso elas possuem uma listagem que serve como controle das atividades já desenvolvidas, o que é realizado tanto com técnicos de enfermagem quanto com enfermeiras. As enfermeiras optaram por essa sistemática de treinamento, após terem testado outras formas que não foram aprovadas:

“(…) a gente faz tanto de enfermeiras quanto de técnicos, a gente tem alguns treinamentos formais sobre alguns assuntos, mas a maioria deles a gente tem um plano de treinamento que dura mais ou menos dois meses. A gente tem objetivos de treinamento, desde que o técnico novo entra, é a enfermeira que orienta ele sempre, ele trabalha meio grudado na enfermeira, quer dizer, a enfermeira meio grudada nele, e a gente tem um check list de todos os procedimentos básicos que ele vai fazer, até na revisão de técnicas. E a enfermeira também trabalha mais ou menos com essa dinâmica. A gente seleciona por especialidade (...) ela é gradativa e vai começar com os cuidados mínimos, médios, até que os últimos cuidados vão ser pacientes da torácica, transplante, pacientes de aneurisma, entubados no respirador. Depois que ele fez estes últimos cuidados, tá pronto o treinamento.” (E9 – SRPA)

Já no CTI há um projeto de treinamento de pessoal devido ao fato de nessa unidade, existir o sexto turno (enfermeiras de fim de semana). Para isso

as enfermeiras que trabalham durante a semana desenvolvem projetos com o objetivo de completar a carga horária. Sendo assim, há enfermeiras responsáveis pelo treinamento de pessoal, liberando a enfermeira do turno em que está sendo treinado o funcionário para o desenvolvimento das demais atividades:

“(...) estou no projeto de treinamento, então sou responsável por treinamento dos funcionários novos, dos enfermeiros novos, organização de cursos, seminários, né, enfim, tudo que envolver treinamento. (...) nós temos uma folha de acompanhamento desse funcionário e fazemos a orientação e treinamento nas rotinas da unidade, seguindo essa folha como parâmetro, mas o funcionário também é treinado, no dia-a-dia, junto com outro colega. (...) esse funcionário recebe uma assistência mais especializada, mais direcionada, individualizada. Agora a gente tem uma assistência mais individualizada, porque o enfermeiro da unidade, está com as suas outras atividades da unidade, de repente não vai poder dar a atenção e as orientações pra aquele funcionário novo. Aí é que nós entramos.” (E10 – CTI Área 1)

No CCA, o treinamento já ocorre de forma diferente, pois essa unidade possui vários setores com diferentes finalidades, então, o funcionário que está em treinamento passa por todos os locais sob o treinamento e a supervisão da enfermeira desse setor. Ao final ele é avaliado através do consenso de todas as enfermeiras que o treinaram:

“A avaliação (...) dos funcionários em estágio probatório é muito importante, é por isso então, pra gente fazer uma avaliação muito criteriosa, o funcionário tem um roteiro que passa por todas as salas e tá sendo avaliado por todas as enfermeiras. Todas as enfermeiras no fim da avaliação entram em consenso entre elas pra ver o que cada uma achou do funcionário.” (E16 – CCA)

Também evidenciamos a forma de treinamento que visa à atualização do funcionário quanto a algum procedimento. Essa atividade ocorre no momento de sua realização, pois o trabalho é muito dinâmico, podendo haver um

paciente com determinada patologia que não é conhecida e os funcionários precisam saber como cuidar desse paciente. A enfermeira pode detectar deficiência quanto ao conhecimento científico que embasa tal assistência, havendo a necessidade de retomar esse saber:

“(...) o técnico foi fazer o HGT, e eu perguntei a ele por que tinham as duas listrinhas do HGT e qual das duas ele ia olhar para fazer o HGT. Eu faço parte do grupo de diabéticos. Ele não sabia o porquê das duas tiras. Então eu reuni todos eles na pediatria, peguei uma tira, mostrei, expliquei quando é que eles olham uma, quando é que eles olham outra, pra que serve uma, pra que serve outra. Esse tipo de educação que eu falo e vejo que aqui assim como eu só estou aos finais de semana, com o que vai acontecendo aqui no dia-a-dia ali, com o que acontece como o HGT é uma coisa que tu faz muito, criança que chega aqui chocada, pra ver se está hipoglicêmico ou não. (...) Então é pelo que vem mesmo, pela demanda.” (E1 – Emergência Pediátrica)

Lopes (1995) traz contribuições quanto ao tempo utilizado pelas enfermeiras na educação em serviço das auxiliares, que, segundo seus achados, é considerável. Para ela, a legitimação do espaço da enfermagem ocorre aos poucos, devido à proximidade com o doente e às trocas de experiências.

Sendo assim, a enfermeira mantém a dinâmica do serviço exercendo a coordenação da equipe de enfermagem através da supervisão direta, incluindo a educação em serviço desses profissionais e controlando os fatores relacionados à infra-estrutura. A assistência ao paciente, de certa forma, depende da manutenção da dinâmica do serviço, então, concluímos que o papel gerencial, representado nas atividades de coordenação, supervisão e controle, se constitui numa dimensão importante do trabalho da enfermeira.

#### 4.5 Idealização e realidade

No cotidiano de muitas enfermeiras continua existindo o conflito entre a idealização do seu trabalho como estritamente relacionado com a assistência direta ao paciente, negando outras dimensões existentes. A principal negação é quanto à questão do gerenciamento, pois a entendem como um desvio de função. Para Alves (1998), continua existindo um discurso descontextualizado no que concerne às funções da enfermeira e necessitando ser revisto, pois o mercado de trabalho está vencendo, aos poucos, essas ambigüidades e com isso definindo o que deseja da profissional.

Frente às concepções das enfermeiras, apreendidas a partir da descrição das suas atividades no processo de trabalho no modelo clínico, pudemos perceber que há uma diversidade no seu trabalho, inclusive quando trabalham em uma mesma unidade.

Os mitos da profissão estão presentes no cotidiano de algumas. Três delas concebem que ser enfermeira significa doação, ser mãe, irmão, tudo:

“(…) Então, assim como a gente tem a nossa obrigação ética e filosófica com o ser humano. Então a gente se torna um defensor do cidadão dentro da instituição, entendeu? E um defensor da instituição frente ao cidadão e isso é uma coisa muito difícil, essa relação, por uma série de dificuldades financeiras, políticas.” (E2 – Emergência Adultos)

“(…) ela [enfermeira] tem que acalmar o familiar do paciente, tem que dar uma assistência direta pro paciente e ainda tem que ter tempo disponível pra ouvir o grupo de trabalho quando tem algum problema. Eu acho que tu tem que ser tudo, tem que ser mãe, sei lá, irmão, tudo aqui dentro.” (E12 – SRPA)

“Pesquisadora: Se te perguntassem o que é ser enfermeira, o que dirias?  
Enfermeira: É doação, não tem como não te doar.” (E4 – Emergência Adultos)

O estudo de Lima et al. (2000) também evidenciou a presença desses mitos. Isso nos reporta às qualidades consideradas importantes no início da profissão e que ainda estão arraigadas na mentalidade de muitas profissionais.

A idealização das enfermeiras pode estar imbricada nos mitos da profissão, relacionando o seu trabalho à vocação, inserindo-o, assim, num modelo caritativo. Essa idealização choca-se com a concretude exigida pelo modelo clínico, no qual seus elementos estruturais inviabilizam tal associação.

Mas houve as enfermeiras que se conceberam como elemento fundamental na equipe de saúde, cujo trabalho é diferenciado com conhecimento especializado. Dessa forma, a enfermeira ora atua como cuidador direto, quando assiste o paciente desenvolvendo um cuidado técnico, ora como cuidador indireto, quando supervisiona o trabalho dos técnicos, desempenha atividades gerenciais com o intuito de corresponder à lógica da instituição e à finalidade que essa visa atender:

“O enfermeiro é um elemento fundamental na equipe de saúde pelo nível de conhecimento, nível de experiência que ele tem (...).” (E2 – Emergência Adultos)

“Bom, tem a função que é própria à função de enfermeiro, ou seja, a função da enfermagem diante do atendimento ou da prestação de cuidado aos pacientes, que seja o cuidado direto. (...) a questão de supervisão das atividades prestadas pelos técnicos de enfermagem.” (E3 – Emergência Pediátrica)

A interface com outras profissões é reconhecida pela enfermeira como parte do processo de trabalho, no qual ela atende a dimensão educativa, administrativa e assistencial, visando à manutenção da dinâmica do serviço e prestação da assistência conforme as necessidades do paciente:

“(...)questão da interface, relacionado à questão da interface que a enfermagem faz com um série de outras profissões em função da multidisciplinaridade. Que a enfermagem tem e mantém relação. Por ser uma característica própria da enfermagem atrelada à própria característica do serviço de emergência que não fecha vinte quatro horas, está sempre aberto. Então eu reconheço, acho que uma das funções exatamente é esta de estabelecer, e muitas têm pra si o estabelecimento de uma responsabilidade maior da manutenção da dinâmica do serviço.” (E3 – Emergência Pediátrica)

“Olha, eu acho que é um profissional, (...) que participa dessa área assistencial que presta cuidado ao paciente, eu acho que não é só a enfermeira que presta cuidado, é toda a equipe que presta cuidado e que ela acaba se constituindo assim como um elo, principalmente com relação à equipe de enfermagem e com relação às outras equipes. Atender esse papel de educação, esse papel administrativo, assistencial, tá tudo na mesma figura, tá tudo incluído. Aqui na terapia intensiva, essa função fica bem, pela complexidade do nosso paciente, a gente fica muito presente, (...)” (E23 – CTI Área 1)

Por outro lado, há outras enfermeiras que relacionam somente o cuidar e o assistir o paciente como formas de ser enfermeira:

“(...) Olha ser enfermeira é poder cuidar das outras pessoas, né? Aqui no caso poder cuidar das mães, cuidar dos nenês. É o cuidado com o outro.” (E17 – CO)

Uma enfermeira da Emergência Pediátrica questiona a visão do cuidado como essência da enfermagem e coloca o ser humano como essência. Partindo do nosso referencial, o questionamento dessa enfermeira é bem plausível, pois as ações de cuidado são instrumentos de trabalho e o indivíduo é o objeto no processo de trabalho em saúde:

“(...) têm muitas questões ligadas com a área, a questão do cuidado. As pessoas estão trabalhando muito com essa questão do cuidado, dizendo que o cuidado é a essência da enfermagem. Estas coisas são, pra minha ótica, um pouco perigosas, no sentido que, na essência da enfermagem, não é verdade. A essência da enfermagem é o ser humano, acho que tinha que ser aprofundado mesmo é essa questão ao invés da arte, lidasse mais sim, na da ciência.” (E3 – Emergência Pediátrica)

Essa profissional traz a importância do saber científico para embasar as condutas terapêuticas, deixando a arte num nível mais superficial de necessidade, pois relata que as enfermeiras têm conhecimento de que estabelecem o controle do serviço e esse se torna um dos seus papéis. A outra enfermeira entrevistada refere que a sua ênfase é assistencial:

“Eu estou aqui para estar ao lado do paciente, para avaliar ele e para evoluir o paciente.” (E1 – Emergência Pediátrica)

Voltando à linha de pensamento sobre o controle do serviço mencionada por uma das enfermeiras da Emergência Pediátrica, temos a fala da enfermeira do CTI – Área 2, que se reconhece mais como coordenadora dos processos:

“Na realidade eu não me considero enfermeiro, (...). Eu me considero mais um administrador do processo. (...) a gente delega muito, quer dizer, a gente mais delega e a gente tem que em cima disso trabalhar muito a parte da credibilidade da assistência, você tem que acreditar que aquela assistência está sendo bem feita, porque muito dela não é você que está fazendo muitas vezes. A única coisa que o setor fechado ele te dá com mais tranquilidade é que você está mais próximo do paciente, você consegue ver o que os técnicos estão fazendo. O que melhora nesse sentido de você não só vigiar, mas você controlar esse processo assistencial. Porque dever ser diferente, por exemplo, para quem trabalha em unidade aberta, clínica médica. Então, na realidade você sai um pouco da assistência, porque eu não acredito muito nessa coisa de você, o que a gente faz aqui como enfermagem assistencial, acho que assistencial é quando você está ali integralmente com o paciente no sentido de todos os cuidados. Quando a gente não tá, praticamente a gente é o coordenador disso (...).” (E6 – CTI Área 2)

Essa enfermeira confronta a sua idealização com a realidade, pois para ela o ideal é a assistência integral do paciente, chegando ao ponto de não se considerar enfermeira e sim, uma administradora do processo. A vantagem que vê é que o setor fechado dá uma tranquilidade referente ao controle da assistência, visto que se está mais perto do paciente, portanto facilitando a

verificação da efetividade dos cuidados prestados pelos técnicos, delegada pela enfermeira. Justifica que o reconhecimento social da enfermeira depende de sua dedicação no âmbito da assistência, demonstrando a assistência que presta.

Shimizu e Ciampone (1999), ao se ocuparem do sofrimento e prazer no trabalho vivenciado pelas enfermeiras que trabalham em unidades de terapia intensiva em um hospital escola, evidenciaram que o número delas não é suficiente para prestar assistência, então, a delegam para outros elementos da equipe de enfermagem. Dessa forma, assumem outro papel, o de coordenador da equipe de enfermagem, incluindo a responsabilidade de capacitar a equipe para o cuidar. Relatam, também, que devido à gravidade dos pacientes, há a exigência da realização de cuidados freqüentes e complexos pela enfermeira, considerados por elas como fator de satisfação no trabalho.

Na concepção das enfermeiras do CTI sobre a ênfase de suas atividades, prevaleceu a dimensão assistencial, mas houve algumas variações, como o caso da enfermeira já mencionada que desenvolve mais a coordenação do grupo de enfermagem e do processo de trabalho, chegando a estipular que suas atividades se dividam num percentual de 30% para a assistência e 70% para a coordenação:

“(...) dentro de um dia de trabalho, colocar que hoje uns 30% eu sou assistencial. E os outros 70 eu sou um líder, um coordenador mesmo de equipe.” (E6 – CTI Área 1)

Outra refere que desempenha a assistência e a supervisão e que a prevalência se modifica conforme o plantão, ou seja, o número e as

características do paciente. Dessa forma, confirma-se, novamente que o trabalho da enfermeira se diversifica conforme a especificidade do cenário:

“(...) a gente faz um monte de coisa. Não é só cuidado, porque também tem supervisão do funcionário, tem as reuniões, as avaliações, a parte de chefia em relação ao funcionário. (...) Tem dias que a gente faz muito mais cuidado, tem outro dia que a gente faz muito mais administração.” (E13 – CTI Área 2)

Na Neo a enfermeira idealiza o atendimento ao paciente e a ênfase do seu trabalho, também, configura-se nesse âmbito, podendo ser percebida ao descrever as fases do processo de enfermagem, mas identifica que as atividades burocráticas se incluem no seu trabalho:

“Não, eu acho que já falei que a importância pra mim é o atendimento ao paciente e menos burocracia, que tá incluída junto.” (E20 – Neo)

“(...) a gente dá bastante ênfase, assim, à assistência, evolução e prescrição. (...) a ênfase é essa, tu avaliar o recém-nascido, evolução, prescrição e os procedimentos (...).” (E24 – Neo)

No BC a enfermeira menciona que enfatiza o paciente, sugerindo que o seu ideal é a assistência, mas não é o que realmente ela mais faz. Nesse sentido revela, então, a supervisão, seguida da orientação do paciente:

“Ah, eu acho que a ênfase maior que eu dou é no paciente, na recepção do paciente, na admissão. (...) o que eu acho que mais faço é a supervisão e orientação do transoperatório, a primeira, a segunda eu acho que é a admissão de pacientes.” (E22 – BC)

As enfermeiras desta pesquisa idealizam a assistência direta em menor grau do que o estudo de Lima et al. (2000), que teve como sujeitos do estudo

as enfermeiras de unidade de internação. Isso pode ser atribuído ao fato de que essas unidades requerem uma especialização das profissionais, pois suas atividades se centralizam em determinados âmbitos. Nessas unidades pode-se depreender, pelos relatos, que as enfermeiras se dedicam às atividades assistenciais diretas em maior proporção do que as enfermeiras das unidades de internação.

Uma enfermeira da SRPA idealiza para o seu trabalho um maior tempo para conversar com o paciente, pois alega que se envolve muito com atividades burocráticas. Mas, na realidade, essas atividades estão relacionadas com a assistência, englobando a evolução do paciente no momento da baixa e da alta. Para nós, essas atividades fazem parte do processo de trabalho da enfermeira, mais especificamente, da parte assistencial. Portanto, mesmo se verificando que a enfermeira realiza muitas atividades assistenciais, ela não as valoriza como tal. Parece que, em sua concepção, a assistência se configura por um contato mais próximo na relação com o paciente:

“Ah, eu acho que o ideal seria a gente ter mais tempo pra conversar com o paciente, (...) ter mais contato direto, porque assim, como tem muita parte burocrática, às vezes não sobra muito tempo pra ficar do lado dele, (...)”

Pesquisadora: E o que são essas partes burocráticas que tu falaste? Me especifica um pouquinho melhor.

Enfermeira: É porque assim, na hora em que chega um paciente, tu tem que descrever tudo, desde a respiração até o curativo, tu tem que levantar tudo e ver o que tem, o que não tem e descrever tudo aquilo. Na hora que o paciente vai embora, tu tem que evoluir de novo, como é que ele tá naquela hora, assim, a gente escreve bastante aqui.” (E12 – SRPA)

Algumas enfermeiras questionaram que despendem muito tempo na execução desses registros, reduzindo o tempo para estarem junto ao paciente. Muitas delas reconhecem a necessidade da realização dos registros do

processo de enfermagem como primordiais no reconhecimento da profissão e do trabalho da enfermeira:

“(…) Então nós fizemos estas avaliações, fazemos o processo logo após isso, ou durante mesmo, faz o exame físico e vai avaliando. Depois nós fazemos os processos que estão pendentes, os processos de enfermagem. (...) Esse processo é tirado da NANDA. Esse processo, (...) pode ser feito por computador. É um processo que trabalha em cima de diagnóstico de enfermagem e sinais e sintomas, isso facilita bastante na hora de você fazer a prescrição de enfermagem porque você tem dentro do diagnóstico todos os problemas desse paciente que você tá prescrevendo, dentro disso que você vai tendo, acessando os cuidados, fazendo a prescrição de enfermagem, (...)” (E6 – CTI Área 2)

“(…) Poder evoluir, porque o serviço de enfermagem, se tu não escreve na pasta ele não fica registrado em lugar nenhum por mais que tenha trabalhado. E aqui tu tem condições de fazer esta evolução, tu está ali pra dar assistência, tu tem que fazer o cuidado.” (E1 – Emergência Pediátrica)

“(…) a gente tinha, perdia muito, perdia não, é uma coisa que tem que fazer, mas, tu não podia, depende de como tá tu não pode dá aquele atendimento como tu quer porque tu tem que escrever um monte. Agora que vai informatizar o nosso histórico todo, a gente vai fazer pelo computador. Eu acho que a gente vai ter mais tempo pra fazer aquilo que tu gosta, atender mais, porque às vezes tu tem que delegar prá gurias fazerem alguma coisa que é tua porque tu não consegue. Tu tem aquele x de pacientes que tem que ver. Chega uma hora que não dá, tu tem que prescrever, porque senão, pra passar no outro dia. Se não deu pra ti fazer, tudo bem, a gente passa e a colega prossegue o trabalho, (...)” (E20 – Neo)

A avaliação do paciente, o diagnóstico e a prescrição de enfermagem são as etapas preconizadas no processo de enfermagem e realizadas pelas enfermeiras do estudo:

“(…) e aqui é mais voltado pro processo de enfermagem, então, tu escreve mais agora, porque antigamente tu não te preocupava muito com isso, agora sim que tu faz diagnóstico, faz avaliação, então tu tem uma lista de problemas e em cima disso tu faz a prescrição de enfermagem. E tu confere se isso tá sendo seguido, o que melhorou, o que pode ser modificado.” (E19 – CTI Área Cardíaca)

O processo de enfermagem é um instrumento para a realização do

cuidado e constitui-se, ao mesmo tempo, numa forma de organizá-lo. Nessa direção, apontamos Lopes (1998) que afirma que o processo de enfermagem é uma atividade singular e concretiza a afirmação de um saber específico vivido pela enfermagem. Portanto, a enfermeira reúne esforços para construir a legitimidade da profissão em torno de sua prática. Busca-se o reconhecimento da enfermagem como um campo de conhecimento complementar à prática médica, deixando de ser vista como auxiliar do médico, visão essa ainda existente no modelo clínico de atenção à saúde, tanto por médicos como por enfermeiras.

No CTI, no CO, no CCA, está havendo a implantação do processo de enfermagem com base na proposta da Associação Norte-americana de Diagnóstico de Enfermagem (NANDA), que tem fundamentação em diagnósticos específicos de enfermagem, visa a orientar o planejamento da prescrição de cuidados de enfermagem, ou seja, o planejamento das intervenções de enfermagem. A enfermeira, com esse processo, fundamenta cientificamente o seu fazer, conforme relata a entrevistada do CO:

“É o processo de enfermagem, é a admissão das pacientes, é a evolução diária das pacientes. Porque a gente tem aquela obrigação de fazer aquilo ali, de cumprir com aquela coisa de preencher os papeis. Até é uma forma de a gente mostrar o que a gente faz aqui é a gente escrevendo. Mas eu acho que a gente perde muito tempo escrevendo e deixando de ficar ao lado da paciente, (...) eu poderia ficar mais com as pacientes, assim uma coisa mais livre, não tão restrita àquela coisa de avaliar a paciente, escreve, avalia, escreve, porque pro CO é muito dinâmico. Se eu não avaliar ela agora e escrever neste momento, alguém já vai lá avaliar, já vai lá escrever e daqui a uma hora já são coisas totalmente diferentes, a paciente até já ganhou, então essa coisa tem que ser rápida. Acho que a gente perde muito tempo nisso.” (E17 – CO)

Ao imergirmos nas falas dos sujeitos, verificamos que as enfermeiras

possuem uma concepção acerca da predominância de determinadas atividades em seu trabalho. Com isso, confirma-se que o trabalho da enfermeira se modifica conforme a especificidade de cada cenário. Numa mesma unidade, o CCA, pudemos identificar essa afirmação, pois a ênfase do trabalho da enfermeira na sala de admissão e SR é distinta da sala cirúrgica. Na primeira, a enfermeira fica mais em contato com o paciente, concentrando mais suas atividades na assistência direta; na segunda, volta-se mais para a manutenção da infra-estrutura e do andamento da cirurgia. A tecnologia empregada nessa última é maior, exigindo da enfermeira uma atenção extra nesse sentido:

“eu fico muito entre o preparo e a sala de recuperação onde então eu tenho uma atividade bem ligada com os pacientes (...) Tem salas endoscópicas e salas cirúrgicas, cirurgias de pequeno porte, com anestesia geral, com anestesia local, então, aqui, o que é? A gente na sala lida menos com o paciente e tem que se envolver, se obriga a se envolver com o material endoscópico, consertos, pedido de material.” (E16 – CCA)

No BC, cuja característica da unidade se assemelha às salas cirúrgicas do CCA, identificamos que a sua ênfase também é similar. Mas a enfermeira expõe que fica o tempo todo em função do paciente, ou com atividades assistenciais, ou de supervisão e controle do andamento das salas e dos funcionários. Dessa forma, fica difícil para essa profissional identificar uma ênfase no seu trabalho, pois todas essas atividades estão interligadas e ocorrem de forma repetitiva em um turno de trabalho:

“(...) eu acho que não dá pra te dizer [a ênfase] porque a gente fica com quatro salas, sempre tem um turno, são duas ou três cirurgias por sala, por manhã, exceto cirurgias mais longas, que normalmente se existem, é uma ou duas salas, as outras salas ficam nessa troca de pacientes. Então tu tá sempre rodando e fazendo as funções repetitivas, tu vai admitir o paciente no preparo, acompanhar o paciente no início quando for pra sala, posicionar, e toda essa coisa de como é que vai ser

posicionado o que vai ser usado de coxins, se vai ou não ser usado colchão térmico, tudo de acordo com a cirurgia, então, posso dizer assim - faz mais isso ou mais aquilo - eu acho que não tem, porque a gente fica o tempo todo em função do paciente, né? Desde o início da cirurgia, no transoperatório, tu vai ver se tem perda, se não tem, como é que tá, como é que as coisas tão funcionando.” (E15 – BC)

Já a enfermeira da SRPA envolve-se, na maior parte do seu turno de trabalho, com a assistência direta ao paciente, desempenhando um trabalho técnico através dos procedimentos, avaliação e prevenção de complicações com o paciente. Nessa unidade, o tipo de atendimento é parecido com a sala de recuperação existente no CCA, porém a intervenção cirúrgica que o paciente sofreu possui um grau de complexidade maior do que o paciente da SR do CCA:

“Ela é diretamente na assistência do paciente. E eu acho que uma das coisas que eu me identifico, até por trabalhar muito tempo na assistência direta com o paciente. Eu trabalho na cabeceira do paciente diretamente. E eu não tenho tantas atividades administrativas, fora do paciente, o meu enfoque é o paciente. Fora da cabeceira dele, eu vou lidar no prontuário dele através da avaliação, da evolução, da prescrição e coisas afins, mas sempre ligadas ao paciente e muito poucas atividades administrativas.” (E9 – SRPA)

No TMO, sobressai a assistência direta ao paciente nas atividades da enfermeira, das quais faz parte a profilaxia de infecções através da educação para a saúde do paciente e da família. O predomínio do cuidado direto deve-se, também, à proposta de organização do cuidado que está sendo utilizada:

“(…) nós enfermeiros fazemos aqui dentro cuidar. E cuidar todas estas coisas, assim tu vai lá e instala uma medicação e a gente sabe qual é a exata maneira de se preparar aquela medicação ou em quanto tempo corre, o que vai dar de paraefeito no paciente, tudo.” (E5 – TMO)

“A nossa grande ênfase no transplante de medula é a profilaxia de infecção. (...) A

gente consegue no transplante, graças a Deus, no meu ponto de vista, trabalhar muito com essa questão da educação do paciente. E no nosso caso centrado na profilaxia de infecção, do paciente e da família (...).” (E7 – TMO)

Pudemos perceber que a assistência não é só idealização, ela ocorre concretamente em certas situações, tornado-se imprescindível no trabalho da enfermeira. As atividades assistenciais no cotidiano da enfermeira englobam os procedimentos técnicos de acordo com a especialização preconizada em cada unidade estudada, a avaliação do paciente, a orientação para saúde do paciente e familiar e a realização do processo de enfermagem:

“(...) nós temos, em média, dois processos de enfermagem pra realizar por turno que envolve não só a evolução escrita do paciente, mas a prescrição, que aqui agora é informatizada, e mais a avaliação da escala de risco para desenvolvimento de úlcera de pressão que é feita diariamente. (...) Podemos ter internação, podemos ter alta de pacientes que também se envolve. Internação envolve todo um processo (...) realizar o histórico de enfermagem, se o paciente não tiver um, (...) a orientação aos familiares (...). No caso de alta, nós devemos fazer a evolução de alta, orientar o paciente pra alta e fazer a transferência dele pro andar (...) temos procedimentos, comuns como sondagem vesical, de alívio, sondagem vesical de demora, passagem de sondas, nasoentérica e nasogástrica, colocação de catéter de Schilley. No caso de pacientes com insuficiência renal, nós podemos ter alguma modalidade de diálise no CTI (...) Se for a instalação do sistema, então nós, enfermeiras, fazemos a montagem do sistema, (...) depois que é feita a instalação do sistema, tanto o técnico quanto o enfermeiro tem algum papel na manutenção do sistema de diálise, (...).” (E10 – CTI Área 1)

“(...) ensino (...) no caso da pediatria, pros pais, muita orientação a gente dá quanto a vacinas, higiene, alimentação, esse tipo de coisa, enfim, que tu faz com os pais na pediatria.” (E1 – Emergência Pediátrica)

No CO há o predomínio, também, do atendimento direto aos pacientes. A enfermeira desenvolve as técnicas e o processo de enfermagem:

“Eu acho que tem uma parte técnica que eu acho muito importante (...). E a outra parte muito importante eu acho que é a orientação. Eu acho assim que o histórico de enfermagem que a gente faz aqui, muitas vezes, ele é muito gostoso de fazer, quando

a paciente tá tranqüila, quando ela não ta em trabalho de parto, porque daí elas respondem com prazer, mas tem algumas ocasiões que não é agradável.” (E11 – CO)

Na UTIP a enfermeira tem sua ênfase na assistência direta ao paciente.

Ainda desenvolve grupos com pais de pacientes agudos:

“(…) além dessa assistência direta com o paciente, a gente tem grupos também que a gente participa (...) pais dos pacientes, agudos, nós temos o grupo de pais de pacientes de longa permanência, que a gente tem pacientes aqui de bastante tempo,(...)” (E21 – UTIP)

Na Emergência de adultos emergiu uma contradição entre as enfermeiras entrevistadas, quanto à prevalência de certa atividade. Uma delas, refere a atividade de articulação que exerce entre paciente, médico, funcionário, instituição, comunidade como preponderante em seu trabalho. Ainda menciona a função de avaliadora dos trabalhos e facilitadora das medidas de recuperação da vida como presentes, de forma diferenciada, no seu cotidiano:

“A nossa função mesmo aqui é um avaliador dos trabalhos e facilitador destas medidas de recuperação da vida (...) o enfermeiro é um ponto de comunicação importante entre paciente, médico funcionário, instituição, comunidade, o enfermeiro desempenha bastante esse papel aqui, acaba sendo representante de todos esses elementos. Sabe, um sintetizador .” (E2 –Emergência Adultos)

A atenção despendida, tanto para possíveis alterações do paciente quanto para a manutenção das rotinas representa, também, uma preocupação da enfermeira. Ao passo que a outra enfermeira situa a prevalência da dimensão assistencial, caracterizada pela permanência ao lado do paciente, com uma certa liberdade de ação. Isso depende de a enfermeira ser antiga, pois a experiência é importante para o tipo de liberdade a que nos referimos, a

administração de alguns medicamentos pela enfermeira em casos específicos. De acordo com sinais e sintomas do paciente ela pode fazer uso da combinação verbal existente com a equipe médica:

“Na emergência, especificamente, o enfermeiro é muito assistencial. (...). A gente tem uma certa autonomia entre aspas. Chega um paciente no box de parada. Se é uma hipotensão, já punciona, já coloca um soro. Se é uma hipoglicemia, já vou fazendo a glicose, a gente já tem isso dentro da equipe que a maioria são as enfermeiras muito antigas. Com as mais antigas a gente já tem essa autonomia.” (E4 – Emergência Adultos)

Essa liberdade de ação é baseada num tipo de protocolo no qual a avaliação da enfermeira é que determinará o uso dessa prerrogativa ou não. Voltando à questão de que a enfermeira antiga é que possui esse espaço podemos entender que a confiança da equipe médica nas suas atividades está diretamente relacionada ao seu tempo de trabalho no local, à sua experiência na prestação da assistência a determinados pacientes com casos clínicos específicos. Sendo assim, a especialização do trabalho da enfermeira é fator preponderante na dinâmica desse serviço.

Ao indagarmos sobre qual a expectativa dos demais profissionais de saúde quanto ao seu trabalho, as enfermeiras identificaram que a atividade articuladora que desempenham no cotidiano é uma delas. Cabe lembrar que a articulação já foi abordada em tópico anterior. Outro fator esperado por eles é o conhecimento científico e especializado, de acordo com a área de atuação. Inclui-se aqui o planejamento do cuidado adequado ao paciente, bem como o desempenho técnico necessário e os conhecimentos da tecnologia empregada no processo de trabalho:

“Eles esperam, que a gente tenha atenção, conhecimento, experiência, tomada de atitude, de decisão, saber a hora de chamar, saber a hora de não chamar, saber o que é uma operação importante, o que não é uma operação importante, eu acho que eles esperam, principalmente, conhecimento e tomada de decisão, eu acho que é isso.” (E13 – CTI Área 2)

A competência técnica e o conhecimento científico também foram identificados como exigência no trabalho de enfermeiras de uma unidade de terapia intensiva, no estudo de Shimizu e Campone (1999). As enfermeiras revelaram satisfação por trabalharem numa área que exige atualização de conhecimentos.

Também se espera da enfermeira a implementação do tratamento prescrito pelo médico, pois o modelo clínico se organiza em torno do ato médico. Logo, o médico é quem decide o diagnóstico do paciente e baseado nisso, prescreve a conduta terapêutica. A administração de medicações, a realização de curativos, a avaliação do paciente são atribuições da enfermeira e viabilizam a efetivação da prescrição médica:

“(...) eles esperam que eu faça as coisas andarem. Que o trabalho seja feito, que as prescrições sejam seguidas e que as coisas sejam feitas na hora de uma cesárea, num parto ou aqui fora mesmo. Que as coisas sejam feitas rápidas, de uma maneira dinâmica. É isso que eles esperam.” (E17 – CO)

Claro que nem sempre os outros profissionais da saúde, principalmente o médico, vêem no trabalho da enfermeira a interdependência com o seu e tampouco a complementaridade existente entre as práticas de saúde no hospital. Dessa forma, o seu trabalho é tido como auxiliar do trabalho médico. Uma das enfermeiras expõe que percebe que muitos profissionais ainda querem que a enfermeira desempenhe esse papel:

“Muitas vezes eu percebo que as pessoas esperam da enfermagem, do enfermeiro, esse papel de fazer o papel de auxiliar das suas tarefas, né? Exatamente por ser um papel incorporado ao transcorrer do tempo de carregar nas costas, muitas vezes, as ações profissionais dos outros profissionais.” (E3 – Emergência Pediátrica)

Da mesma forma que para os profissionais, para a instituição o desenvolvimento do conhecimento científico faz-se necessário, bem como a dimensão assistencial, a coordenação da equipe e a organização dos trabalhos através do apoio, da viabilização da operacionalização e da manutenção da ordem nas unidades:

“Eu vejo cada vez mais a instituição se preocupar com o crescimento científico do enfermeiro. É uma instituição que te propicia isto, eu acho que se não existe mais crescimento do ponto científico, é por falha dos enfermeiros. Eu acho que o hospital te solicita bastante isso, às vezes falta um pouco de condições em função de muito trabalho. Questão de fazer plantão, cobrir hora extra e férias e tudo mais, sempre a velha desculpa. Mas eu acho que a expectativa do hospital é que a gente faça o melhor trabalho, que tu atenda bem o cliente, que se atinja o objetivo de que tenha a melhor assistência, que saia o melhor possível. Esta ênfase da pesquisa, cada ano eu sinto que cada vez mais o hospital se preocupa e cobra bastante da gente.” (E7 - TMO)

“Que o enfermeiro consiga coordenar a sua equipe.” (E1 – Emergência Pediátrica)

“A instituição espera que tu seja um mantenedor, da ordem, (...) acho que até que é exatamente o enfoque do que eu penso e que a instituição necessita. É exatamente esta questão da organização, do apoio, da operacionalização, né? Ainda mais se tratando de um hospital escola. As coisas ficam muitas vezes perdidas em função da descontinuidade das assistências, ou da descontinuidade de um plantão médico (...). Em torno da questão do ensino, estas coisas têm que ter o cuidado de se manter uma certa linearidade. Então eu acho que existe, esta preocupação ou esta necessidade da instituição, inclusive até acho que é bem vista, é bem aproveitada por parte dos enfermeiros. Os enfermeiros, eu acredito, eles têm essa noção que um dos papéis deles seja exatamente de estabelecer um certo controle, um certo padrão de atendimento.” (E3 – Emergência Pediátrica)

Pela forma como foi mencionada pelas enfermeiras a expectativa da instituição em relação ao seu trabalho, pudemos perceber que o esperado

segue a lógica capitalista, que requer uma profissional com conhecimentos especializados, atualizados e que, além, da competência técnica, possua, também, habilidades gerenciais.

Então, as múltiplas dimensões do trabalho da enfermeira podem configurar-se em diferentes e, até mesmo, novas possibilidades de trabalho. E, reiterando Alves (1998), esses novos caminhos necessitam ser visualizados como formas de participar na assistência, como algo mais global e com maior facilidade de intervenção.

Ao término deste capítulo, no qual nos propusemos a analisar o trabalho das enfermeiras estudadas, evidenciamos que a diversidade de atividades que o constitui, se funda em uma única finalidade: a assistência ao paciente preconizada pelo modelo clínico de atenção à saúde. Cabe salientar, que o predomínio de uma dimensão ou outra, em seu cotidiano, é determinado pela especificidade do cenário no qual está inserida. A idealização, muitas vezes, de determinada dimensão no trabalho da enfermeira afasta-a da realidade expressa nas organizações de saúde, prejudicando uma visão mais panorâmica, impossibilitando-a de explorar novos caminhos que são importantes e necessários para a ampliação de seu espaço social.

## **5 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O trabalho da enfermeira em unidades especializadas no Hospital de Clínicas de Porto Alegre consistiu no foco desta investigação, mais especificamente, analisar a organização desse trabalho e conhecer a concepção de enfermeiras sobre as atividades que desenvolvem no processo de trabalho, no modelo clínico de atenção à saúde.

A organização do trabalho da enfermeira e dos demais profissionais de saúde no âmbito hospitalar dá-se em torno do ato médico, tendo como base os elementos estruturais do paradigma da medicina científica, prevalecendo, na maioria das vezes, um atendimento fragmentado, tecnicista e especializado. Caracteriza-se como um trabalho coletivo, com atividades interdependentes e complementares entre os agentes de saúde. As modalidades de organização do cuidado de enfermagem identificadas, neste estudo, foram modalidade de trabalho em equipe, modalidade de atendimento total e modalidade funcional.

A liberdade de ação da enfermeira configura-se em diferentes graus, conforme o local em que trabalha, sendo obtida através de seu conhecimento especializado e experiência, despertando confiança nos demais profissionais. Dessa forma, o espaço social ocupado pela enfermeira no trabalho coletivo no

hospital está diretamente relacionado com as delimitações de suas liberdades de ação, sendo essas construídas nas relações de interdependência e complementaridade de seu trabalho com os demais profissionais da equipe de saúde. Almejar a ampliação da horizontalidade nessas relações, não basta. Precisamos mostrar os saberes construídos pela enfermagem e a necessidade deles na construção do trabalho coletivo.

O papel articulador da enfermeira foi reconhecido pelas entrevistadas, mencionando, também, que os profissionais esperam dela a articulação em diversas situações, seja para comunicar alterações observadas com os pacientes ou outra informação, tomar algumas decisões, agilizar a organização da infra-estrutura, articulação de diversos setores, enfim, todo o tipo de soluções solicitadas à enfermeira.

Entre as dimensões identificadas no trabalho das enfermeiras, salientamos a assistencial e a gerencial, sendo que a ênfase de uma ou outra ficou condicionada à singularidade do cenário no qual se insere, ou até mesmo, à presença das duas dimensões, não sendo possível discernir qual delas é predominante. Dessa forma, os dados analisados permitiram-nos validar o pressuposto deste estudo: cuidar e gerenciar são dimensões do trabalho da enfermeira, que se modificam conforme a especificidade das atividades requeridas em diferentes unidades especializadas no âmbito hospitalar.

Identificamos que as atividades de coordenação, supervisão e controle desenvolvidas pela enfermeira configuram a dimensão gerencial de seu trabalho. E também as técnicas e o processo de enfermagem, as atividades assistenciais. Percebe-se que as atividades gerenciais se dão em torno das

necessidades dos recursos para viabilização da assistência.

Diante da realidade expressa no cotidiano do trabalho da enfermeira, sugerimos que repensemos a formação profissional. Ao longo dessa, muitas vezes, inculcamos idealizações na futura enfermeira que não correspondem às necessidades requeridas em determinados serviços. Torna-se imprescindível propiciar aos acadêmicos experiências diversificadas no decorrer de sua formação, de modo que consigam presenciar as múltiplas dimensões do trabalho da enfermeira como complementares.

Faz-se necessário debater, com os docentes das diferentes áreas que constituem o currículo de enfermagem nas escolas, a importância de mantermos um discurso condizente com a prática.

Também faz-se necessário repensar a nossa prática profissional, visando à sedimentação dos papéis de cuidar e gerenciar como não dissociáveis no trabalho da enfermeira. E assim buscar satisfação no seu trabalho, galgar outros espaços e explorar os campos de atuação que se expandem, neste início de século.

## **ABSTRACT**

The object of this research is the nurse's work in specialized units in the hospital environment. It has as objectives to analyze the nurse's work organization, based on her descriptions about the activities she performs in the work process in specialized sectors, and to know her conception about the activities she develops, in the clinic model of the health care. It is characterized as a descriptive study, of qualitative approach. The data collection was done through semi-structured interviews with 24 nurses. It used the fundamentation of dialectic perspective for the data analysis. The empiric material was classified in relevance structures which, later, were regrouped in five nuclei: the organization of the nurse's work; the social space in the nurse's work; the articulation of the collective work; coordination; supervision and control of the work; idealization and reality. The activities performed by the nurse change according to the complexity of care. It was identified, in the studied units, that the models of nursing care organization were the team nursing, the total care and the functional assignment. It was shown that the nurse has some freedom of action in her routine, which is made in the relation of interdependence of work and of the other health professionals, mainly the physician. So these relations

limit the social space which the nurse occupies in the health collective work. The articulating role developed by nurse related to the physician's work and also to the other institution services were identified, aiming at the patients' assistance. It was possible to confirm the study assumption: caring and managing are dimensions of the nurse's work, which change according to the activities specification required in the different specialized units in the hospital environment. One suggests to rethink about the nurse's academic formation, having in the background the multiple dimensions of her work required in the health organizations, emphasizing them as complementary. It is necessary to call the attention to the multidimensionality for nurse's professional performance in the health institutions, foreseeing new work possibilities.

## **RESUMEN**

El objeto de esta investigación es el trabajo de la enfermera en las unidades especializadas en la esfera hospitalar. Tenemos como objetivo hacer un análisis de la organización del trabajo de la enfermera, con apoyo en sus descripciones de las actividades que ejercen en el proceso de trabajo en setores especializados y conocer su concepción de las actividades que desarrollan en el modelo clínico de atención a la salud. Caracterízase como un estudio descriptivo, con un abordaje cualitativo. La colecta de los datos se procedió utilizándose entrevistas semiestructuradas con 24 enfermeras. Ha sido utilizada la fundamentación de la perspectiva dialéctica para el análisis de los datos, clasificándose el material empírico en estructuras de relevancia que posteriormente han sido agrupadas nuevamente en cinco núcleos: la organización del trabajo de la enfermera; la articulación del trabajo colectivo; coordinación; supervisión y control del trabajo; idealización y realidad. Las actividades desarrolladas por la enfermera cambíanse de acuerdo con la complejidad del cuidado. Ha sido identificado, en las unidades estudiadas, el facto de que las modalidades de organización del cuidado de la enfermería fueron el trabajo en equipo, el cuidado integral y la modalidad funcional. Se há quedado evidente que la enfermera tiene algunas libertades de acción en su

cotidiano, que han sido construydas en la relación de dependencia mutua de su laboro y de los demás profesionales de la salud, principalmente el medico. Estas relaciones delimitan el espacio social que la enfermera tiene en el trabajo colectivo en salud. Se há identificado la función articuladora ejecutada pela enfermera relativa al tabajo médico y también a los demás servicios de la institución, buscando la asistencia a los enfermos. Ha sido posible confirmar el presupuesto del estudio: cuidar y gerenciar hacen parte del trabajo de la enfermera, que cambianse de acuerdo con la especificidad de las actividades requeridas en diferentes unidades especializadas en el ámbito hospitalar. Sugirese que se piense nuevamente la formación académica de la enfermera, teniéndose como base las múltiples dimensiones de sus actividades requeridas en las organizaciones de salud, realzándolas como complementares. Tórnase necesario resaltar la multidimensionalidad para la práctica profesional de las enfermeras en las instituciones de la salud, conjeturando nuevas posibilidades de trabajo.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, M.C.P. de. Processo e divisão do trabalho na enfermagem. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 39, Salvador, 1987. **Anais.** Salvador, Associação Brasileira de Enfermagem, 1988. p.19-26.

\_\_\_\_\_. **O trabalho de enfermagem e sua articulação com o processo de trabalho em saúde coletiva** - rede básica de saúde em Ribeirão Preto. Ribeirão Preto, 1991. 297p. Tese (Livre Docência) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 1991.

ALMEIDA, M.C.P. de; ROCHA, J.Y. **O saber de enfermagem e sua dimensão prática.** São Paulo: Cortez, 1986.

ALMEIDA, M.C.P.de; ROCHA, S.M.M. Considerações sobre a enfermagem enquanto trabalho. In: ALMEIDA, M.C.P. de. e ROCHA,S.M.M. (Orgs.) **O trabalho de Enfermagem.** São Paulo: Cortez, 1997. Cap. 1, p.15-26.

ALVES, M. A gerência do cuidado de enfermagem frente a novos modelos de gestão. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 50, Salvador, 1998. **Anais.** Salvador: ABEn – Seção Bahia, 1999. P.153-165.

BELLATO, R.; CARVALHO, E.C. de. **Insignificâncias essenciais** (a busca pelo reencantamento no cotidiano hospitalar). Cuiabá-MT: EdUFMT, 1998.

BRAVERMAN, H. **Trabalho e capital monopolista:** a degradação do trabalho no século XX. Tradução de Natharall C. Caixeiro. 3.ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1987.

BRITO, M.J.M. **O enfermeiro na função gerencial:** desafios e perspectivas na sociedade contemporânea. Belo Horizonte, 1998. 176 p. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem da UFMG, 1998.

CARAPINHEIRO, G. **Saberes e poderes no hospital.** 2.ed. Porto: Edições Afrontamento, 1993.

CASTELLANOS, B.E.P. **O trabalho do enfermeiro.** A procura e o encontro de um caminho para o seu estudo: da abordagem mecânico-funcionalista à pesquisa emancipatória. São Paulo, 1987. 442p. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Universidade de São Paulo, 1987.

CASTELLANOS, B.E.P et al. Os desafios da enfermagem para os anos 90. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 41, Florianópolis, 2-7 set. 1989. **Anais**. Florianópolis, Associação Brasileira de Enfermagem, 1989. p. 147-169.

FERME, D. **Aspectos essenciais da ação do enfermeiro**: reflexões a partir da vivência acadêmica e da revisão bibliográfica. Porto Alegre, 1999. 42 p. Trabalho de Conclusão do Curso de Graduação em Enfermagem - Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 1999.

FERRAZ, C.A. As dimensões do cuidado em enfermagem: enfoque organizacional. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v.13, número especial, parte I, p.91-97, 2000.

FOUCAULT, M. **O nascimento da clínica**. Tradução de Roberto Machado. 5.ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1998.

GAIDZINSKI, R.R. et al. O ensino da administração em enfermagem: percepção diante da vivência profissional. **Revista Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v.32, n.1, p.42-51, abr. 1998.

GARBETT, R. Professional development. Organisation of nursing care: the role of the nurse. **Nursing Times**, v.92, n.34, supl., p.5-8, 1996.

GOLDIM, J.R. **Manual de iniciação à pesquisa em saúde**. 2.ed. revista e ampliada. Porto Alegre: Dacasa, 2000.180p.

GOMES, E.L.R. **Administração em enfermagem**: constituição histórico-social do conhecimento. Ribeirão Preto, 1991. 203p. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 1991.

GOMES, E.L.R. et al. Dimensão histórica da gênese e incorporação do saber administrativo na enfermagem. In: ALMEIDA, M.C.P. de. e ROCHA, S.M.M. (Orgs.) **O trabalho de Enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1997. Cap. 7, p.229-249.

GONÇALVES, R.B.M. **Medicina e história**: raízes do trabalho médico. São Paulo, 1979. 209p. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, 1979.

\_\_\_\_\_. **Práticas de saúde**: processos de trabalho e necessidades. São Paulo, Prefeitura Municipal, Secretaria Municipal de Saúde, 1992, 53p. (Mimeografado).

\_\_\_\_\_. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde**: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo. São Paulo: Hucitec - Abrasco, 1994.

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE. **Relatório Anual 1999**. Porto Alegre, 1999. 66 p.

KRON, T; GRAY, A. **Administração dos cuidados de enfermagem ao paciente**: colocando em ação as habilidades de liderança. 6.ed. Rio de Janeiro: Interlivros, 1994.

KURCGANT, P. et al. O significado da administração aplicada à enfermagem segundo a opinião de graduandas. **Revista Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v.28, n.1, p.15-26, abr. 1994a.

\_\_\_\_\_. O significado da administração aplicada à enfermagem segundo a opinião de graduandas: parte II. **Revista Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v.28, n.2, p.147-55, ago. 1994b.

LEOPARDI, M.T. et al. O desenvolvimento técnico-científico da enfermagem - uma aproximação com instrumentos de trabalho. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 41, Florianópolis, 1989. **Anais**. Florianópolis, 1989. p. 97-126.

LEOPARDI, M.T. **Método de assistência de enfermagem**: análise da utilização do instrumento no processo de trabalho. Ribeirão Preto, 1991, 176 p. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo, 1991.

LEOPARDI, M.T. et al. O significado da assistência de enfermagem no resultado da assistência à saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 45, n. 4, p. 249-258, out/dez, 1992.

LIMA, M.A.D. da S. **O trabalho de enfermagem na produção de cuidados de saúde no modelo clínico**. Ribeirão Preto, 1998. 216 p. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 1998.

LIMA, M.A.D. da S. et al. **O trabalho da enfermeira no modelo clínico de atenção à saúde**, Porto Alegre, 1999, Projeto do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva e Serviços de Saúde/ Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (mimeografado).

LIMA, M.A.D. da S. et al. O trabalho da enfermeira no modelo clínico de atenção à saúde. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA, 6, Salvador, 2000. **Anais**. Salvador: Abrasco. p.130.

LOPES, M.J.M. Quando a voz e a palavra são atos terapêuticos: a integração individual e coletiva nas palavras quotidianas do trabalho de enfermagem. In: WALDOW, V.R.; LOPES, M.J.M.; MEYER, D.E (Orgs.). **Maneiras de cuidar, maneiras de ensinar**: a enfermagem entre a escola e a prática profissional. Porto Alegre, Artes Médicas, 1995. Parte 3, Cap.8. p.153-188.

\_\_\_\_\_. Poder, interdependência e complementaridade no trabalho hospitalar: uma análise a partir da enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 50, n. 3, p. 381-390, jul/set, 1997.

\_\_\_\_\_. Imagem e singularidade: reinventando o saber de enfermagem. In: ; MEYER, D.E.; WALDOW, V.R.; LOPES, M.J.M (Orgs.). **Marcas da diversidade**: saberes e fazeres da enfermagem contemporânea. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998. Cap.3, p.43-52.

LOPES, N. da G.M. **A recomposição dos saberes, ideologias e identidades de enfermagem** – estudo sociológico em contexto hospitalar. Lisboa, 1994, 207 p. Dissertação (Mestrado) – Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa, Portugal, 1994.

LUNARDI, V. L.; LUNARDI FILHO, W. D.; BORBA, M.R. Como o enfermeiro utiliza o tempo de trabalho numa unidade de internação. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.47, n.1, p.7-14, jan./mar, 1994.

LUNARDI FILHO, W. D.; LUNARDI, V. L. Uma nova abordagem no ensino de enfermagem e de administração em enfermagem como estratégia de (re)orientação da prática profissional do enfermeiro. **Revista Texto e Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 5, n. 2, p.20-34, jul/dez, 1996.

LUNARDI FILHO, W.D. **O mito da subalternidade do trabalho da enfermagem à medicina**. Santa Catarina, 1998. 343p. tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, 1998.

MENDES, E.V. **A evolução histórica da prática médica**: suas implicações no ensino, na pesquisa e na tecnologia médicas. Belo Horizonte: PUCMG/FINEP, 1984.

MENEZES, R.A.; CARRARO, S. Saberes e poderes dos profissionais de CTI; estudo de um caso. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA, 6., 2000, Salvador. **Anais**. Salvador: Abrasco, 2000. 1 CD-ROM.

MERHY, E.E.; CECÍLIO, L.C.O.; NOGUEIRA FILHO, R.C. Por um modelo tecno-assistencial da política de saúde em defesa da vida: contribuição para as conferências de saúde. **Saúde em Debate**, n.33, dez, 1991.

MINAYO, M.C. de S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 3.ed., São Paulo - Rio de Janeiro: Hucitec - Abrasco, 1994.

MINAYO, M.C. de S.; SANCHES, O. Quantitativo - qualitativo: oposição ou complementaridade? **Cadernos de Saúde Pública**, v.9, n.3, p.239-262, 1993.

MOTTA, P.R. **Gestão contemporânea**: a ciência e a arte de ser dirigente. 2.ed. Rio de Janeiro: Record, 1991.

OLSCHOWSKY, A. **Integração docente-assistencial**: um estudo de caso. Ribeirão Preto, 1995. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 1995.

PEREIRA, W.R.; SILVA, G.B. **Tão longe, tão perto**: mulher, trabalho, afetividade e poder. Cuiabá: EdUFMT, 1999.

PIRES, D.P de. A estrutura objetiva do trabalho em saúde. In: LEOPARDI, M.T. (org.) **O processo de trabalho em saúde**: organização e subjetividade. Florianópolis: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/UFSC; (org.) – Ed. Papa-Livros, 1999. Cap. 2, seção 2.1, p.25-49.

POLIT, D.F.; HUNGLER, B.P. **Fundamentos da pesquisa em enfermagem**. 3.ed., Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

RODRIGUES, R. A P.; SOUSA, F. A E. F. O trabalho da enfermeira em centro cirúrgico - análise de depoimentos. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 1, n. 2, p. 21-34, jul. 1993.

RODRIGUES, T.M.C.M. O cuidar de enfermagem como ação terapêutica na atenção à

saúde coletiva. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 50, Salvador, 1998. **Anais**. Salvador: ABEn – Seção Bahia, 1999. P.147-150.

RUSSEL, C.K.; GREGORY, D.M. Issues for consideration when choosing a qualitative data management system. **Journal of Advanced Nursing**, n. 18, p. 1806-1816, 1993.

SANTOS, B. M. de O. et al. Proposta de um perfil do enfermeiro. **Revista Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 4, n. 4, p. 132-134, out/nov/dez. 1984.

SECAF, R.; RODRIGUES, A R. F. Enfermeiros que deixaram de exercer a enfermagem: por que? **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 6, n. 2, p. 5-11. Abr. 1998.

SHIMIZU, H.E.; CIAMPONE, M.H.T. Sofrimento e prazer no trabalho vivenciado pelas enfermeiras que trabalham em unidades de terapia intensiva em um hospital escola. **Revista Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v.33, n.1, p.95-106, mar, 1999.

SILVA, M.A.D. da. **As representações sociais e as dimensões éticas**. Taubaté/SP: Cabral Editora Universitária, 1998.

SILVA, M.J.P.; PEREIRA, L.L.; BENKO, A. **Educação continuada**: estratégias para o desenvolvimento do pessoal de enfermagem. Rio de Janeiro: Marques-Saraiva, 1989.

STONER, J.A.; FREEMAN, R.E. Administração. Rio de Janeiro: LTC Editora S.A., 1999.

TALBOT, L.A. Developing nursing knowledge. In: TALBOT, L.A. **Principles and practice of nursing research**. St. Louis: Mosby, 1995. Cap. 2, p.25-34.

TREVIZAN, M.A. A função administrativa do enfermeiro no contexto da burocratização hospitalar. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v. 40, n. 4, p. 204-209, out/dez. 1987.

## **ANEXOS**

## Anexo A- Roteiro para Entrevista

Data:

Início:

Término:

Local:

1. Em que faculdade te formaste?
2. Quando começaste a trabalhar na Enfermagem? Em quais áreas trabalhaste até o momento?
3. Como descreves o teu trabalho na unidade? Descreve tua jornada de trabalho, desde a tua chegada até a saída.
4. Como te reconheces em teu trabalho, considerando as funções que desempenhas?
5. Como identificas isso nas tuas atividades?
6. A função com a qual te identificaste foi enfatizada durante a tua formação acadêmica?
7. Se te perguntassem o que é ser enfermeira, o que dirias?
8. Qual a expectativa dos outros profissionais de saúde quanto ao teu trabalho?
9. Qual a expectativa da instituição quanto ao teu trabalho?

## **Anexo B- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

**Pesquisa: O trabalho da enfermeira no âmbito hospitalar: idealização e realidade**

**Pesquisadora: Andréia da Silva Gustavo**

**Telefone para contato: 91227595**

A presente pesquisa tem por objetivo conhecer a concepção de enfermeiras sobre as atividades que desenvolvem no processo de trabalho, no Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

Para a realização do estudo, serão realizadas entrevistas com enfermeiras, com questões referentes a essa temática. Serão selecionadas duas enfermeiras de cada unidade, através de sorteio entre aquelas que compõem o quadro funcional.

As entrevistas serão gravadas e transcritas, garantindo-se o anonimato dos participantes e o caráter confidencial das informações recebidas. Para preservar o anonimato, as entrevistadas serão identificadas por um código. Garante-se que não haverá nenhuma repercussão funcional ou implicação legal para as participantes do estudo, junto à instituição em que será realizado o estudo.

A pesquisa tem finalidade acadêmica e destina-se à elaboração da Dissertação de Mestrado da pesquisadora para obtenção do título de Mestre em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, sob orientação da Profa. Dra. Maria Alice Dias da Silva Lima.

As participantes da pesquisa serão esclarecidas quanto a quaisquer dúvidas durante o seu desenvolvimento e terão acesso aos resultados obtidos.

Declaro ter sido informada das finalidades e do desenvolvimento da pesquisa e que concordo em participar da mesma. Tenho ciência de que poderei recusar-me a responder qualquer pergunta e que posso negar-me a participar do estudo.

---

Andréia da Silva Gustavo  
Pesquisadora

---

Assinatura do Participante

---

Data

# Livros Grátis

( <http://www.livrosgratis.com.br> )

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)  
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)  
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)  
[Baixar livros de Matemática](#)  
[Baixar livros de Medicina](#)  
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)  
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)  
[Baixar livros de Meteorologia](#)  
[Baixar Monografias e TCC](#)  
[Baixar livros Multidisciplinar](#)  
[Baixar livros de Música](#)  
[Baixar livros de Psicologia](#)  
[Baixar livros de Química](#)  
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)  
[Baixar livros de Serviço Social](#)  
[Baixar livros de Sociologia](#)  
[Baixar livros de Teologia](#)  
[Baixar livros de Trabalho](#)  
[Baixar livros de Turismo](#)