

**UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONALIZANTE
EM SAÚDE E GESTÃO DO TRABALHO**

CLÓVIS FERNANDO DAROLT

**CONCEPÇÕES DOS ENFERMEIROS SOBRE INTEGRALIDADE
EM SAÚDE NO PROCESSO DE TRABALHO
EM UMA UNIDADE DE EMERGÊNCIA**

**Itajaí (SC)
2007**

Livros Grátis

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

Milhares de livros grátis para download.

CLÓVIS FERNANDO DAROLT

**CONCEPÇÕES DOS ENFERMEIROS SOBRE INTEGRALIDADE
EM SAÚDE NO PROCESSO DE TRABALHO
EM UMA UNIDADE DE EMERGÊNCIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Saúde e Gestão do Trabalho da Universidade do Vale do Itajaí, como requisito para obtenção do título de Mestre - Área de concentração em Saúde da Família.

Orientadora: Profa. Dra. Gladys Amélia Vélez Benito.

**Itajaí (SC)
2007**

CLÓVIS FERNANDO DAROLT

**CONCEPÇÕES DOS ENFERMEIROS SOBRE INTEGRALIDADE EM SAÚDE NO
PROCESSO DE TRABALHO EM UMA UNIDADE DE EMERGÊNCIA**

Esta dissertação foi julgada adequada para a obtenção do Título de Mestre em Saúde e Gestão do Trabalho e aprovada pelo Curso de Mestrado em Saúde e Gestão do Trabalho da Universidade Vale do Itajaí, Centro de Ciências da Saúde.

Área de Concentração: Saúde da Família

Itajaí, 19 de dezembro de 2007

BANCA EXAMINADORA

Dra. Gladys Amélia Vélez Benito
UNIVALI - Orientadora

Dr. Antonio de Miranda Wosny
UFSC - Membro Externo

Dra. Rosita Saupe
UNIVALI – Membro Interno

DEDICATÓRIA

A Deus, pela minha existência, pela possibilidade do desenvolvimento e da conclusão desta caminhada, onde compartilhei com Ele as minhas mais internas angústias e momentos de alegria, vislumbrando novos rumos no cenário desta vida, e proporcionando dias repletos de realizações.

A minha esposa Daniela, pela compreensão e segurança, pelo amor e companheirismo na luta pelos nossos ideais.

Aos meus pais, que, no decorrer destes anos, souberam entender e respeitar o pouco tempo dedicado a minha família.

Aos demais familiares, que sempre me incentivaram a seguir nesta jornada, meu sincero agradecimento.

À Diretora de Enfermagem da Instituição, por contribuir na realização deste estudo.

A todos os colegas, que me apoiaram, e me estimularam na realização do Mestrado e na concretização deste trabalho.

AGRADECIMENTOS

A minha Orientadora, professora doutora Gladys Amélia Vélez Benito, pelo privilégio de ter compartilhado seu conhecimento e sabedoria durante estes dois anos de caminhada.

Aos professores Antônio de Miranda Wosny e Rosita Saupe, por terem avaliado esta dissertação. Com certeza suas sugestões enriqueceram este trabalho.

Aos colegas do Mestrado, pelas amizades que nasceram e que incentivaram esta jornada, enfeitando com sorrisos os trajetos mais difíceis.

A todos os professores do Mestrado, pela competência demonstrada quando compartilharam seus saberes, pela responsabilidade que assumiram na formação de bons profissionais, pela ênfase à criação da consciência crítica e criativa, acreditando no meu potencial.

À Universidade do Vale do Itajaí, pela oportunidade de proporcionar este aprendizado. À Instituição Hospitalar, que permitiu a concretização do estudo, cedendo espaço para a realização dos encontros com os sujeitos da pesquisa, e colaborando na liberação das horas necessárias à participação e conclusão deste mestrado.

Aos não citados aqui, mas que sabem de sua importância na minha vida. Obrigado por estarem comigo, ensinando e aprendendo, dividindo fardos e vivências, que fazem parte do próprio viver. Ninguém cresce sozinho, nem pode lograr para si o dom de ser auto-suficiente. Cada palavra de apoio, cada palavra de incentivo é uma atitude de amor.

Quero ainda expressar o meu agradecimento a todos que compartilharam os meus ideais e me acompanharam neste percurso, encorajando-me. O aplauso da vitória é para todos nós, pois os considero co-autores deste crescimento pessoal e profissional.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Cenário do Processo de Aprendizagem	41
Quadro 2 – Representação do Referencial Teórico	45
Quadro 3 – Etapas da Coleta de Dados.....	52
Quadro 4 – Identificação dos Sujeitos da Pesquisa	60
Quadro 5 – Observação da Realidade	63
Quadro 6 – Levantamento de Palavras-chave	68
Quadro 7 – Conceitos sobre Saúde	70
Quadro 8 – Princípios do SUS	71
Quadro 9 – Integralidade no Processo de Trabalho.....	73
Quadro 10- Hipóteses de Solução	82

DAROLT, Clóvis Fernando. **Concepções dos enfermeiros sobre Integralidade em Saúde no Processo de Trabalho em uma Unidade de Emergência**. 2007. Dissertação (Mestrado em Saúde e Gestão do Trabalho) – Programa de Mestrado em Saúde e Gestão do Trabalho, Universidade do Vale do Itajaí, Itajaí, p. 103.

Orientador: Prof^a. Dra. Gladys Amélia Vélez Benito

RESUMO

A integralidade é um dos princípios a sustentar o Sistema Único de Saúde - SUS. Em seu texto constitucional refere-se a um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos em qualquer nível de complexidade. Trata-se, portanto, do princípio mais abrangente em todas as dimensões do SUS. O presente estudo objetivou identificar, analisar e compreender as concepções sobre a integralidade no processo de trabalho dos enfermeiros que atuam em uma unidade de emergência. Os sujeitos da pesquisa são todos os enfermeiros que atuam na unidade de emergência de um hospital privado-filantrópico vinculado ao SUS. O estudo utiliza como método para a coleta de dados o Arco da Problematização de Charlez Maguerez desenvolvido por meio de quatro encontros, e para análise dos resultados a abordagem qualitativa. O primeiro encontro teve como proposta o acolhimento do grupo. O segundo contempla a observação dos sujeitos sobre a realidade e o levantamento dos pontos-chave. O terceiro se configura pela teorização/fundamentação dos problemas identificados e o último, se caracteriza pelo levantamento de hipóteses para solucionar o problema. Na análise dos dados surgiram das falas vários sentidos sobre a integralidade: atendimento do ser humano como um todo, ser bio-psico-social; integralidade vista de maneira ampliada sendo a resultante do trabalho interdisciplinar e intersetorial como forma de viabilização de um atendimento que supra todas as necessidades do paciente em todos os níveis de assistência.. Embora a prática desses profissionais ainda receba forte influência do modelo biologicista, os atores pesquisados identificam aspectos voltados para a incorporação da integralidade na assistência prestada, utilizando o sistema de referência e contra-referência dos pacientes; procurando prestar um atendimento integral; interdisciplinar e intersetorial. Ao finalizar as personagens relataram satisfação em ter participado do estudo verbalizando que os encontros permitiram além da troca de experiência, refletir sobre a prática de enfermagem e re-significar saberes que podem trazer mudanças em seus comportamentos e atos no processo de trabalho.

Palavras-chaves: Enfermeiro, Integralidade e Processo de Trabalho em Saúde¹

¹ Descritores registrados no site: <http://decs.bvs.br/>

DAROLT, Clóvis Fernando. **Nurses' Conceptions of Integrality in Health in the Work Process in an Emergency Unit**. 2007. Dissertation (Masters degree in Health and Management of Work) – Masters in Health and Management of Work Program, University of Vale do Itajaí, Itajaí, p. 103.

Supervisor: Prof^a. Dra. Gladys Amélia Vélez Benito

ABSTRACT

Integrality is one of the principles that sustain the Sistema Único de Saúde (SUS), the Brazilian national health system. Its constitutional text refers to an articulate, continuous set of preventive and curative actions and services, both individual and collective, at any level of complexity. It is the widest ranging principle in all the dimensions of the SUS. The objective of this study is to identify, analyze and understand the concepts of integrality in the work process of nurses working in an emergency unit. The subjects of the research are all the nurses working at the emergency unit of a private philanthropic hospital linked to the SUS. The study uses Charles Maguerez's Problematics Arch as the data collection method, developed over four encounters, and a qualitative approach for the data analysis. The first meeting was for the purpose of the welcoming the group. The second meeting considered the subjects' observation of reality and raised some key issues. The third encounter focused on the theories and bases of the issues raised, and the last encounter was characterized by the raising of hypotheses to solve the problem. In the data analysis, several meanings emerged from the speeches about integrality: service to the human being as a whole and as a bio-psycho-social being, with integrality being broadly perceived as the result of interdisciplinary and intersectorial work and as a means of giving the patient services that will cater for all his needs. Despite the fact that the practice of this professional group is still strongly influenced by the biological model, the research identified aspects that tend to incorporate integrality in the services provided, using a system of referencing and cross-referencing the patients, with the aim of providing an integral, interdisciplinary and intersectorial service. The study group pointed out their satisfaction at having participated in the study, saying the encounters allowed them to exchange experiences and to reflect on the practice of nursing and the re-signification of knowledge that might bring changes to their behaviour and practice in the work process.

Key words: Nurse, Integrality and the Work Process in Health.²

² Key words registered in: <http://decs.bvs.br/>

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 CONTRIBUIÇÕES DA LITERATURA AO ESTUDO	14
2.1 História do sistema de Saúde no Brasil.....	14
2.2 Organização hospitalar: contextualização histórica.....	18
2.3 O hospital como sistema organizacional de atenção à saúde.....	21
2.4 Unidade de emergência	23
2.5 Funções do enfermeiro na unidade de emergência	25
2.6 Processo de trabalho em saúde.....	29
2.7 Cuidado e integralidade em saúde.....	33
2.8 Processo educativo em saúde para profissional da Saúde	39
3 REFLEXÃO SOBRE OS CONCEITOS DA PESQUISA	45
4 PERCURSO METODOLÓGICO	49
4.1 Contexto do estudo	50
4.2 Participantes do estudo.....	51
4.3 Desenvolvimento da pesquisa.....	52
5 RESULTADOS	60
5.1 Caracterização dos sujeitos	60
5.2 Apresentação dos resultados: descrição e análise	62
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	86
7 REFERÊNCIAS	90
APÊNDICES	96
ANEXOS	102

1 INTRODUÇÃO

O presente estudo tem como eixo norteador a integralidade da assistência à saúde. Esse princípio deve ser entendido como relativo à prática de saúde, interpretada como o ato médico individual e também ao modelo assistencial. O princípio da integralidade é:

[...] o reconhecimento na prática dos serviços de que:

- cada pessoa é um todo indivisível e integrante de uma comunidade;
- as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde formam também um todo indivisível e não podem ser compartimentalizadas;
- as unidades prestadoras de serviço, com seus diversos graus de complexidade, formam também um todo indivisível configurando um sistema capaz de prestar assistência integral (BRASIL, 1990, p. 05).

Diante desse contexto, a integralidade pode ser vista como sendo um dos mais preciosos princípios em termos de demonstrar que a atenção à saúde deve levar em consideração as necessidades específicas de cada pessoa ou da coletividade. Ou seja, a cada indivíduo ou grupo de indivíduos ter suas necessidades atendidas, de acordo com os diferentes níveis de complexidade do sistema.

Sendo um dos pilares que sustenta o SUS, o princípio da integralidade significa considerar a pessoa como um todo, atendendo a todas as suas necessidades. Para isso, devem-se integrar as ações, incluindo a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e a reabilitação.

Implementar a integralidade na prática é o grande desafio para profissionais e gestores da saúde. Neste sentido, a integralidade pode ser percebida como um conjunto articulado e embricado para uma assistência livre de reducionismo; atendendo o ser humano de forma abrangente, tratando-o não somente como doente, mas como ser que possui sentimentos, desejos e angústias (PINHO *et al*, 2006).

Desse modo, a idéia de integralidade pressupõe uma nova prática de saúde, imbuída no ato médico e na organização dos serviços. A integralidade também necessita de uma articulação entre a área da Saúde e outras políticas sociais.

No que se refere ao profissional da Saúde, a integralidade permite ampliar o desenvolvimento do seu cuidado, tornando-o mais responsável pelas práticas, mais

humanizado e capaz de realizar acolhimento e vínculo com os usuários das ações e dos serviços de saúde e, ainda, sensível ao processo saúde-doença.

O enfermeiro, como profissional participante da equipe multidisciplinar, deve se engajar na luta pelos valores preconizados pelo SUS, que é travada no cotidiano das instituições, bem como na concretização da integralidade a partir das ações desenvolvidas na unidade de emergência.

Além disto, considera-se que o serviço de emergência é um importante componente da assistência à saúde no Brasil, e o enfermeiro tem participação especial nesta área, porque ele [...] *“executa um trabalho complexo, envolvendo ações de cuidar, gerenciar e educar, com vistas à promoção, prevenção, proteção e recuperação da saúde...”* [...] (CALIL; PARANHOS, 2007).

Assim, concorda-se com Mattos (2001), quando descreve que o enfermeiro, ao assistir e ao realizar a assistência de enfermagem, manipulando tecnologias, conduzindo o trabalho de sua equipe técnica, relacionando-se com o médico plantonista, deva executá-la percebendo o indivíduo como um ser biopsicossocial, tanto no seu tratamento imediato, quanto nas condutas e orientações que irá prestar ao paciente, demonstrando, assim, a qualidade de sua assistência.

Esta pesquisa se baseia nos estudos desenvolvidos por Roseni Pinheiro e Ruben Mattos, que vêm estudando, pesquisando e integrando saberes no Laboratório de Pesquisa da Integralidade em Saúde (LAPPIS), tendo como eixo de seus estudos a integralidade nas suas três dimensões: ensino, pesquisa e assistência em saúde, e vêm retratando os avanços e as novas construções de se fazer e criar integralidade nos diversos âmbitos da prática de saúde. Desta forma, estes autores colocam a evolução no campo da assistência integral, focos deste estudo, pois os aspectos epidemiológicos das doenças, hoje conhecidos, se devem aos avanços da Medicina, e também à mudança de comportamento dos profissionais da Saúde, que passam a enxergar o fator social como contribuição ao sofrimento humano. Outros fatores são: a melhoria na utilização dos escassos recursos financeiros disponíveis, a reorganização das práticas assistenciais, e a reformulação das políticas de saúde ocorridas nas últimas décadas, desde a implantação do SUS (MATTOS, 2001).

A vivência como enfermeiro de uma unidade de emergência geral, durante quatro anos, levou o pesquisador a refletir sobre o processo de trabalho dos

enfermeiros naquela unidade de saúde. Inúmeras vezes, defrontava-se com situações representadas por outros colegas, que refletiam e reproduziam a influência do modelo fragmentário, biologicista da assistência.

Estas e outras questões se tornaram mais incomodativas no seu cotidiano, a partir do ingresso no Mestrado em Saúde e Gestão do Trabalho. As discussões referentes à política de atenção à saúde promovidas em sala de aula, e os modos de produção ou reprodução das ações no processo de trabalho em saúde, bem como a vivência apresentada pelos professores e demais colegas do curso, impulsionaram o desenvolvimento desta pesquisa.

A opção por desenvolver o estudo somente com os enfermeiros e não com toda a equipe vincula-se ao fato de acreditar que o enfermeiro se apresenta como principal articulador das ações de assistência à saúde dentro da equipe ao qual está inserido. Para reforçar e fundamentar esta intenção, optou-se como ponto de apoio a Lei do Exercício Profissional da Enfermagem nº. 7.498 de 25 de junho de 1986; regulamentada pelo decreto nº. 94.406 de 08 de junho de 1987, que incumbe o enfermeiro, entre outras atividades, do planejamento, da organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços de assistência de enfermagem, além de prestar cuidados a pacientes graves, com risco de morte, empregando seus conhecimentos científicos.

Assim, é ele quem coordena, delega as atividades a serem realizadas pela equipe de técnicos e auxiliares de enfermagem; conversa e define junto ao médico o melhor tratamento a ser implementado ao paciente. Comunica-se e articula-se com os demais membros da equipe multidisciplinar de forma a consubstanciar um cuidado integral. Acredita-se, desta forma, que o enfermeiro tem grandes possibilidades de desenvolver um cuidado integral no seu cotidiano, para isso, é necessário ter conhecimento científico e compromisso profissional.

Sendo assim, o objetivo geral desta pesquisa foi: investigar as concepções dos enfermeiros sobre a integralidade em saúde no seu processo de trabalho em uma unidade de emergência. Sendo que, os específicos foram:

- Identificar as concepções dos enfermeiros sobre a integralidade no seu processo de trabalho;
- Analisar as concepções sobre a integralidade no seu processo de trabalho, na unidade de emergência;

- Discutir com os enfermeiros os resultados obtidos, refletindo e re-significando algumas concepções por eles apontadas.

Por outro lado, como pressupostos da pesquisa, apontou-se:

- a dificuldade dos enfermeiros em definir ou interpretar, e desenvolver sua prática sob o princípio da integralidade;
- a inexistência de um fluxo contínuo de referência e contra-referência no regulamento institucional do hospital em estudo;
- a falta de clareza dos enfermeiros, em sua prática, da missão e visão definida pela instituição.

2 CONTRIBUIÇÕES DA LITERATURA AO ESTUDO

Neste capítulo, serão abordados alguns temas que permearam o desenvolvimento do estudo, entre eles: a história do Sistema de Saúde no Brasil; a organização hospitalar e sua contextualização histórica; e o hospital como sistema organizacional de atenção à saúde. Será apresentado também o papel do enfermeiro na unidade de emergência. Em seguida, serão descritas algumas reflexões sobre o processo de trabalho em saúde, e alguns conceitos sobre a integralidade. Encerrando este capítulo, será apresentada a importância do processo educativo para os profissionais da Saúde.

2.1 História do Sistema de Saúde no Brasil

O conjunto de elementos que constituem os cuidados de saúde de um país é, geralmente, denominado de Sistema de Saúde. Estes sistemas diferem de um país para outro em decorrência da sua extensão, da responsabilidade assumida pelo governo com vistas à manutenção da assistência de saúde, e quanto aos aspectos administrativos e legais referentes ao controle desses serviços disponibilizados (SILVA, 2006).

No Brasil, atualmente, o Sistema de Saúde oficial é o Sistema Único de Saúde (SUS), instituído pela Constituição Federal de 1988. Este sistema faz parte de um processo de descentralização das ações e serviços de saúde. É resultante de um conjunto articulado de ações políticas e ideológicas, representada por diversos atores de nossa sociedade que se perpetua por longos anos. É oportuno, portanto, contextualizarmos o processo histórico de construção do Sistema Único de Saúde.

Os primeiros passos dados para iniciar esta caminhada datam de meados da década de 20, quando foi instituída a Previdência Social no Brasil. Mais precisamente, em 1923, com a promulgação da Lei Elói Chaves, pela qual as questões trabalhistas e sociais começaram a ser vistas com mais importância, diferentemente da posição liberal adotada naquele momento pelo Estado. Na década de 20, surgem também as caixas de aposentadorias e pensões, organizadas por empresas civis e privadas, que eram responsáveis pelos benefícios pecuniários e de serviços de saúde para os empregados e empresas específicas. O papel do

poder público, neste momento, era apenas voltado à resolução dos conflitos. A assistência médica era vista como atribuição fundamental do sistema. Já, as ações de saúde coletiva foram representadas por um movimento chamado de “sanitarismo campanhista”, sendo que, neste período, se pautavam em combater as doenças de massa, utilizando-se de um estilo repressivo de intervenção sobre os corpos individual e social (CUNHA; CUNHA, 1998).

No início da década de trinta, até meados da década de quarenta, as propostas foram voltadas à contenção de gastos com a assistência médica-hospitalar. Houve, neste sentido, profundas mudanças na Previdência Social. Tivemos ainda, a criação dos Institutos de Aposentadoria e Pensões que eram organizadas por categorias profissionais, diferentemente das Caixas de Aposentadorias e Pensão, passando a se tornar bastante dependente do governo Federal. Na época, o “sanitarismo campanhista” atingiu seu auge em relação às ações de saúde coletiva. Já no período de 1938 a 1945, ocorreu a reestruturação do Departamento Nacional de Saúde, que passou a articular e centralizar as atividades sanitárias de todo o país e, em 1942, foi criado o Serviço Especial de Saúde Pública, voltado para atuar em áreas não cobertas pelos serviços tradicionais (CUNHA; CUNHA, 1998).

No período compreendido entre 1945 a 1966, tivemos a crise do regime de capitalização e nascimento do “sanitarismo desenvolvimentista”. Marcado pelo processo de urbanização e industrialização do país, o governo acreditava que os problemas sociais estavam mais atrelados ao desenvolvimento do que nas políticas sociais. A assistência à saúde foi marcada pelo crescimento dos serviços próprios da previdência e aumento dos gastos com assistência médica, que agora passa a ser estendido a todos os segurados. Os serviços privados continuavam atuando de forma expansiva, e conviviam com os serviços oferecidos pelo Governo. No campo da saúde coletiva, as ações foram marcadas pelo referido sanitário desenvolvimentista, que estabelecia uma relação direta entre saúde e economia. Como marco para esta época, tivemos a criação da Comissão de Planejamento e Controle das Atividades Médico-sanitárias, que integravam ações de saúde ao Plano Nacional de Desenvolvimento e a III Conferência Nacional da Saúde, sistematizando as propostas de descentralização e municipalização da saúde (CUNHA; CUNHA, 1998).

Os gastos com a assistência médica continuaram crescentes, e, em 1976, representavam 30% dos gastos totais do Instituto Nacional da Previdência Social. No entanto, a ênfase era para uma atenção individual, assistencialista e especializada, em detrimento das medidas de saúde pública de caráter preventivo e de interesse coletivo.

Porém, com o passar dos anos, ocorreu uma remodelação da conjuntura política no país, sendo criados, em 1974, dois ministérios: o Ministério da Previdência e Assistência Social e o Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social-FAS, havendo, desta forma, o fortalecimento das ações de Previdência no interior do aparelho estatal, bem como, em virtude da criação do FAS, uma remodelação e ampliação dos hospitais privados através de empréstimos subsidiados.

No mesmo período, o II Plano Nacional de Desenvolvimento elaborou e consagrou a separação de ações de saúde coletiva e atenção médica, reservando o direito à saúde coletiva para o setor estatal e a atenção médica para a Previdência Social-setor privado. Porém, pela falta de controle dos serviços contratados, a corrupção ameaçou financeiramente a Previdência Social. O governo criou, então, a Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social, expandiu convênios com prefeituras, universidades, governos estaduais e outros, e criou ainda outros mecanismos de relação entre o setor público e privado. Ainda, desenvolvem o Plano de Pronta Ação com objetivo de desburocratizar os atendimentos de emergência, levando, com isto, a universalização do atendimento destes casos (CUNHA; CUNHA, 1998).

Em relação às ações de saúde coletiva, as propostas de cuidados primários em saúde foram impulsionadas com a Conferência de Alma-Ata, que tinha como meta: “Saúde para Todos no Ano 2000”, sendo que, em 1976, inicia-se o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento, promovendo a expansão e cobertura das ações para uma população excluída pelo modelo previdenciário. Esta época pode ser definida como o início do movimento contra-hegemônico, que, na década de 80, veio a se conformar com o projeto da Reforma Sanitária Brasileira. (CUNHA; CUNHA, 1998)

Na década de 80, o Brasil, que passou por um momento de dificuldade em nível político e econômico, caracterizado por um processo inflacionário e pelo crescimento de movimentos oposicionistas, viu as forças que apoiavam o regime de

governo ser derrotadas com a eleição de 1982. Na época, a crise inspirou a necessidade de reestruturação e ampliação dos serviços de saúde. Com isto, o governo formula o PREV-SAÚDE, que nem chegou a ser implantado em virtude da divisão entre a equipe responsável pelo plano. O PREV-SAÚDE tinha como seus pressupostos: hierarquização, participação comunitária, integração de serviços, regionalização e extensão da cobertura, pressupostos estes que serviram de alicerce para o Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária - CONASP, criado para cortar custos e reorganizar as políticas de assistência e financiamento à saúde. O CONASP teve sua proposta consubstanciada nas Ações Integradas de Saúde, passando de um simples papel de estratégia setorial para a importante reforma da política de saúde, contando com a participação de usuários dos serviços de saúde (CUNHA; CUNHA, 1998).

Contudo, o marco histórico para a Reforma Sanitária veio em 1986, com a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, onde foi sistematizado um modelo reformador (grifo nosso) para a saúde, passando a ser definida como:

[...] resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar desigualdades nos níveis de vida (BRASIL, 1986, p.382).

Este sistema reformador foi, inicialmente, criado e implantado com a denominação de Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), idealizado como estratégia de transição para o SUS durante o processo de elaboração da Constituição Federal.

Como resultante dos embates travados até aqui, a Constituição Federal de 1988 aprovou a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), reconhecendo a saúde como um direito a ser assegurado pelo Estado. Tendo como princípios doutrinários a Universalização, a Equidade e a Integralidade e, como princípios organizativos a regionalização, hierarquização, descentralização e participação social (CUNHA; CUNHA, 1998; CONASS, 2007).

2.2 Organização hospitalar: contextualização histórica

As organizações de saúde são caracterizadas como lugares de construção de uma determinada política social setorial (saúde), lugares de produção e trabalho em saúde, que buscam operar, de modos específicos, as diferentes organizações que põem em jogo o que já se produziu de tecnologias gestoras para governar serviços de saúde e processos produtivos (MERHY, 2005, *apud* Silva, 2006).

A organização de saúde, a qual essa pesquisa se retrata, é o hospital, onde, neste capítulo, estaremos explanando sobre seu processo histórico enquanto organização institucionalizada na saúde.

Para Earchern (2000), hospital pode ser definido como a “[...] *representação do direito inaliável que o homem tem de gozar saúde, e o reconhecimento formal, pela comunidade, da obrigação de prover meios para mantê-lo vivo ou restaurar-lhe a saúde perdida*” (*apud* ZANON, 2000, p. 22).

A organização hospitalar teve sua origem na Idade Média, mas não como uma instituição, que tinha como objetivo a cura e tratamento. Nessa época, sua função era considerada como uma ação natural desenvolvida pela família. O testemunho do afeto e a doçura dos cuidados eram considerados como ajudas para a natureza, para a cura do familiar (SILVA, 2006).

Até o início do século XVIII, o hospital era visto como uma entidade de cunho religioso. Tinha como finalidade principal prestar cuidados caritativos, de assistência espiritual e de salvação da alma (FOUCAULT, 1998).

A feição religiosa dos hospitais predominou nos mosteiros do século XVII ao XVIII, onde os frades praticavam medicina. Com o passar do tempo, os monges passaram a atender fora dos conventos ao chamado dos enfermos. Os Concílios de Clermont, em 1130, e o de Latram, em 1139, proibiram os monges e canônicos regulares de exercer a medicina, e o Concílio de Viena, em 1312, decidiu que o tratamento de enfermos deveria ser feito por leigos (BARSA, 1998, p. 473). Para Foucault (1998), a medicina, nessa época, era extremamente individualista.

No final do século XVIII, o hospital começou a ser considerado como um local de cura. As corporações religiosas e congregações seculares foram aos poucos sendo dissolvidas, continuando apenas com o serviço aos pobres e o cuidado dos doentes, enquanto passava-se por uma organização definitiva. Nessa

mesma época, os hospitais são suspensos por se caracterizarem como instituições de miséria, o que levou a instituir a organização de um sistema assistencial de caráter domiciliar, reservando-se casas de saúde para os doentes que não possuíam domicílio ou que nele não poderiam receber assistência (FOUCAULT, 1998).

Ao final do século XVII, com as mudanças que ocorreram sobre o trabalho, surgem novas exigências do conhecimento de técnicas para desempenhar algumas tarefas. Foi necessário capacitar o trabalhador. Decorrente disso surgiu a preocupação com os custos iniciais do setor da Saúde para a sociedade (FOUCAULT, 1998).

Decorridos alguns anos, em virtude de experiências empíricas mal sucedidas, no século XIX, nasce a clínica, com seu olhar voltado para o descobrir e o aprender. Neste momento, o hospital passa a ser considerado uma escola onde o médico tem a possibilidade de aprender (FOUCAULT, 1998). Aparece, assim, a personagem médica de hospital, que antes não existia, com conhecimentos terapêuticos e científicos. O hospital recebe então um novo conceito: local de tratamento e cura. Isolavam as pessoas, quando em manifestações críticas de suas enfermidades; os médicos observavam o paciente, quando nas crises mais agudas da doença, fazendo um registro dos sintomas. Daí, a origem dos prontuários e outros registros sobre o paciente. Atendendo muitas pessoas, agrupadas coletivamente em galerias enormes, o médico cuidou de reorganizar o espaço físico, destinando um leito a cada paciente, como se vê hoje em dia. Outras modificações ocorreram no intuito de isolar e controlar os sintomas, a exemplo de aparelhos acoplados a cada leito e dos quartos individualizados, conforme a especialidade exigida pelo tratamento. O sistema de classificação das doenças, bem como o de sua prescrição medicamentosa, foi construído nessas bases, através da comparação de um paciente com o outro, feita pelo médico que sentava no leito, ao lado de cada um. *“Num primeiro momento da história dos hospitais, o conhecimento que os profissionais tinham era mais sobre o doente do que sobre as doenças”* (CAMPOS, 1995, p. 19).

Antes do surgimento do hospital, administrado pelo médico, era comum que este visitasse o doente em sua própria casa. O mesmo autor descreve que os primeiros hospitais criados:

[...]constituíam o último recurso que a caridade oferecia para o paciente pobre. A tecnologia médica disponível só minorava o sofrimento: os pacientes com maiores recursos tratavam-se á domicílio e a relação médico-paciente era independente da organização hospitalar (CAMPOS, 1995, p. 18).

Com o passar do tempo, a medicina domiciliar foi praticada cada vez menos, sendo que o hospital passou a representar o lugar do saber médico. Agora era o “[...] *local para onde eram encaminhados doentes que, pela natureza ou pela gravidade das afecções necessitavam de cuidados oferecidos por pessoal especializado ou exigiam equipamento especial*” (CAMPOS, 1995, p. 19).

Do início ao final da década de 50, vê-se um modelo de atenção à saúde centrada na assistência curativa, enfatizando a hospitalização. A partir da década de 60, até o início da década de 70, o campo hospitalar se expande, e temos a inserção de outros profissionais da Saúde, que passaram a ocupar os seus espaços, entre eles, os enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, nutricionistas, vários técnicos e funcionários de apoio (SILVA, 2006).

Segundo Pires (1989), no Brasil, as primeiras instituições a prestar assistência à saúde foram a Santas Casas, advindas com nossos colonizadores. Estas se assemelhavam às instituições da Idade Média (conforme descrito por Foucault) por seu caráter religioso e voluntário, ou seja, sem remuneração. As ordens religiosas, por muitos anos, exerceram seu papel na organização e prestação da assistência.

A autora ainda coloca que até o século XX, o Brasil praticamente não conheceu qualquer estrutura organizada e responsável para definição e execução das políticas sanitárias (PIRES, 1989).

Assim, ao observar seu processo evolutivo, vê-se que o hospital moderno é uma inovação recente. A cada momento, transforma-se para se adaptar a um novo modelo. Na atualidade, constitui-se de um lugar para tratar e curar doenças, aliando tecnologias e conforto para oferecer segurança e bem-estar ao seu usuário, transformando a visão sóbria, séria e de medo em suas estruturas num clima mais humanizado e familiar.

Segundo Capra,

[...] os hospitais serão gradualmente transformados em instituições mais eficientes e humanas, em ambientes confortáveis e terapêuticos, que adotem por modelos hotéis e não fábricas ou

oficinas mecânicas, com alimentação sadia e nutritiva, membros da família incluídos na assistência ao paciente e outras sensíveis melhorias neste sentido (CAPRA, 1987, p. 299).

Esse novo modelo que as instituições apresentam passa a ser uma necessidade em termos de eficiência, pois tem como atributos a diferenciação na qualidade dos serviços hospitalares, com vistas a contribuir para a melhoria da prestação dos serviços na área da Saúde.

2.3 O hospital como sistema organizacional de atenção à saúde

Apresentaremos a seguir, o hospital como sistema organizacional e sua relevância na atenção à saúde, destacando alguns aspectos históricos, políticos e organizacionais.

As décadas de 1970 e 1980 foram marcadas, no quadro da gestão dos sistemas de saúde, de maneira particular, pela profunda evolução no conceito de unidade hospitalar. Com a evolução do cenário epidemiológico, aumento das doenças, atendimento médico-hospitalar complexo, os hospitais passaram a enfrentar uma nova realidade socioeconômica. O gerenciamento de recursos econômico-financeiros passou a exigir mais conhecimento, responsabilidade, competência e formação adequada, diante da saúde e bem-estar da população, que cobra mais participação e eficiência (GALVÃO, 2003).

A universalização do direito de acesso à proteção da saúde e as novas aquisições nos domínios da ciência e da tecnologia, que permitiram aumentar a longevidade dos homens, expandiram, de maneira notável, o setor hospitalar, bem como os gastos com a saúde. *“Os hospitais não utilizam instrumentos administrativos comumente usados numa indústria; portanto, não se admira de quão altos são os custos hospitalares”* (SCHULZ, 1979, p. 191).

As organizações vivem hoje um clima de intensa e complexa competitividade, sendo mais bem sucedidas as organizações capazes de tomar informações e transformá-las, rapidamente, em um novo produto ou serviço. Sendo assim, o maior desafio passa a ser a produção de conhecimento, tornando esse

conhecimento e habilidades mentais dos colaboradores a principal base dessas organizações (SCHULZ, 1979, p. 191).

De acordo com Rego (1987), as funções de qualquer instituição são definidas a partir de sua conceituação e da clara determinação de seus objetivos. Em decorrência, o primeiro passo dessa análise em relação ao hospital moderno reside, necessariamente, na busca da definição do que seja a instituição hospitalar no mundo contemporâneo. Desta forma, a atual função do hospital é tratar, de modo integral, o cliente doente, não apenas expresso no bom funcionamento biológico do organismo, mas incluindo também os aspectos psicológicos e sociais. Neste sentido, é importante que a instituição de saúde, nesse caso, o hospital, incorpore em sua prática o conceito ampliado de saúde.

Este novo conceito, elaborado a partir da VIII Conferência Nacional de Saúde, considera a saúde como sendo a resultante das condições de habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde.

Já, com a aprovação do SUS em 1988, a saúde no Brasil passou a ser reconhecida como um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover condições indispensáveis ao seu pleno exercício, promovendo assistência as pessoas por intermédio de ações de proteção, promoção e recuperação da saúde com o desenvolvimento de ações assistenciais e atividades preventivas (ANTONIETTO *et al*, 1999).

A partir da IX Conferência Nacional de Saúde, realizada no Brasil em 1992, a saúde passou a ser municipalizada, havendo, com isto, a transferência dos recursos financeiros da esfera Federal e Estadual para o município, que assumiu a responsabilidade de gerenciar sua aplicação. Diante desta realidade, as instituições de saúde tiveram que repensar seu papel dentro do sistema. Os hospitais passaram a ser responsáveis pela assistência secundária e terciária, sentindo a necessidade de redefinir seu perfil assistencial e de complexidade para então oferecer o tratamento adequado (ANTONIETTO *et al*, 1999).

Segundo Mozachi (2007), os hospitais modernos são classificados de acordo com a complexidade da assistência prestada ou grau de resolutividade. Assim, entende-se por hospital secundário - geral ou especializado, aquele que presta assistência nas especialidades médicas básicas. Geralmente, oferece alto

grau de resolutividade de problemas de saúde de seus pacientes dentro do próprio hospital.

De acordo com o mesmo autor, o hospital de nível terciário - especializado, ou com especialidades, se destina a atender em outras áreas, além das especialidades básicas (MOZACHI, 2007).

Enfim, vê-se que o hospital é uma organização que tem características próprias, que o diferencia de outras instituições; muitas áreas funcionais que são interdependentes e se inter-relacionam, necessitando um funcionamento eficiente de todos seus componentes, de maneira a compor um todo e não um somatório de partes desagregadas (GONÇALVES, 1983).

Sendo o hospital uma instituição complexa, com seus sistemas e subsistemas interagindo, é necessário que as atividades dos diversos departamentos sejam suficientemente coordenadas para que a instituição funcione eficientemente e atenda seus objetivos (GALVÃO, 2003).

Portanto, concorda-se com Silva (2006) no sentido de entender que o hospital moderno, incorporado aos sistemas integrados de saúde (nacionais, estaduais e municipais), comporta-se como um centro de referência, articulado às políticas gerais do país. Faz parte do esquema geral de assistência, considerando a educação da comunidade, no que se refere à promoção e à prevenção da saúde, e a reabilitação como fatores essenciais. É o oposto do hospital “antigo”, que lidava apenas com os procedimentos diretos de tratamentos englobados na recuperação da saúde, com ações isoladas, autônomas e desarticuladas de toda a responsabilidade que não envolvesse o procedimento imediato.

2.4 Unidade de Emergência

As unidades de emergência são serviços existentes em hospitais de médio ou grande porte, nos quais recebem pacientes em situações de urgência e emergência, graves ou potencialmente graves, que necessitam de recursos tecnológicos e humanos especializados para o seu atendimento e recuperação (CALIL; PARANHOS, 2007).

Segundo Deslandes (2002), o serviço de emergência contemporâneo contém uma especificidade que o distingue de qualquer outro serviço da área da

Saúde, pois, trata-se de uma assistência que deve ser prestada e realizada de forma imediata, eficiente e integrada.

Assim, estes serviços foram criados para prestar atendimento imediato a pacientes com agravo à saúde, de forma a garantir todas as ações para dar sustentação a vida e possibilidades de continuidade desta assistência neste local ou em outro nível de atendimento referenciado. Porém, o panorama que se mostra na atualidade, em nosso país, evidencia uma situação caótica na grande maioria dos serviços públicos de pronto-socorro, consubstanciando um grave problema de saúde pública, que necessita ser enfrentado (CALIL; PARANHOS, 2007). Historicamente, a emergência sempre consistiu na “porta de entrada” ao sistema de Saúde (DESLANDES, 2002).

Esta situação alarmante em que se encontram os serviços de emergência é decorrente de fatores tais como: queda na quantidade e qualidade do atendimento à saúde na rede básica, em alguns casos, havendo demora nos encaminhamentos e na sua resolução; aumento das causas externas; envelhecimento da população e conseqüente aumento das doenças crônico-degenerativas; desigualdades sociais; baixo investimento por parte do governo no setor da Saúde; deficiência da rede de saúde em relação à assistência médica preventiva; ausência de uma efetiva assistência médica hierarquizada e regionalizada (CALIL; PARANHOS, 2007).

De forma isolada ou associada, estes fatores acabam contribuindo para a superlotação dos serviços de emergência de pacientes ou clientes, os quais poderiam ter seus problemas resolvidos em outras unidades básicas de saúde (CALIL; PARANHOS, 2007).

Em estudo realizado por Deslandes (2002), a autora reforça esta problemática e acrescenta que muitos pacientes acabam recorrendo ao setor terciário, principalmente para os serviços de emergência hospitalar pela relativa efetividade, disponibilidade de exames e medicamentos.

A somatória dos fatores apresentados reflete um ambiente de estresse e difícil conformação da excelência no atendimento. No entanto, destaca-se que, ao contrário do se possa imaginar, é um local de grande doação, competência e dedicação dos profissionais (CALIL; PARANHOS, 2007).

Para superar os fatores desestimuladores apontados, Deslandes (2002), comenta que é fundamental o apoio e a coesão interna da equipe de emergência.

Carvalho, citado por Deslandes (2002), reafirma a importância do grupo onde são construídos os significados, as dificuldades e o sofrimento que enfrentam.

Contudo, ao se analisar a organização do setor da Saúde no Brasil, verifica-se mudanças consideráveis após a Constituição de 1988 e as Leis Orgânicas da Saúde de 1990, que têm proposto a descentralização e a reorganização dos princípios do SUS. Acredita-se que a descentralização da saúde, a partir da gestão do sistema público, se refere à necessidade de aperfeiçoamento das práticas, programação e organização das ações de saúde nos diversos serviços, busca de práticas sanitárias direcionadas ao perfil epidemiológico, que estimulem a construção de alternativas, visando à melhoria do perfil dos diversos grupos populacionais do Brasil.

Relacionando-se os princípios estabelecidos em 1988 e 1990 com o setor pronto-socorro ou serviços de emergência, pode-se sintetizar esta proposta no sentido de se encaminhar o paciente a um serviço que possua condições de atendê-lo de maneira adequada e não de enviá-lo ao hospital que ele demonstra interesse em ser atendido.

A mudança ocorrida no âmbito da organização do setor da Saúde tem provocado modificações nos processos assistenciais, na gestão e em outras áreas da emergência. Em decorrência destas alterações, o processo de trabalho do enfermeiro também foi impactado, havendo necessidade de reorganizar seu cuidar, gerenciar e educar para acompanhar a evolução profissional.

2.5 Funções do Enfermeiro na Unidade de Emergência

Diante do contexto apresentado no capítulo anterior, acredita-se que o enfermeiro tenha participação especial na realidade do serviço de emergência. Perceber o ser humano em seu corpo, sua consciência e relações, constitui a essência das ações deste profissional. Assim, vê-se que o enfermeiro, neste serviço, executa um trabalho complexo, que envolve ações de cuidar, gerenciar e educar, objetivando a promoção, prevenção, proteção e recuperação da saúde. Para desenvolver tais atividades, o enfermeiro deve estar alicerçado por fundamentos técnicos, políticos, éticos, legais e humanísticos (CALIL; PARANHOS, 2007).

Importante destacar que a Lei nº 7.498 de 25/06/1996, que dispõe sobre o exercício profissional da enfermagem, regulamenta como incumbência privativa do enfermeiro os cuidados diretos de enfermagem aos pacientes graves com risco de morte, que exijam maior complexidade técnica, conhecimentos científicos adequados e capacidade de tomar decisões imediatas (COFEN, 2002).

Wehbe e Galvão (2001) descrevem sobre os Padrões da Prática de Enfermagem de acordo com a Associação Americana de Enfermagem – ANA, tendo como referência padrões definidos, classificando os enfermeiros de emergência em três níveis de competência:

- o primeiro nível requer competência mínima para o enfermeiro prestar atendimento ao paciente traumatizado;
- no segundo nível esse profissional necessita formação específica em enfermagem de emergência e
- no último nível o enfermeiro deve ser especialista em área bem delimitada e atuar no âmbito pré e intra-hospitalar (Wehbe e Galvão, 2001, p. 88)

Em relação às atividades assistenciais exercidas pelo enfermeiro, os mesmos autores salientam:

- presta o cuidado ao paciente juntamente com o médico;
- prepara e ministra medicamentos;
- viabiliza a execução de exames especiais, procedendo a coleta;
- instala sondas nasogástricas, nasoenterais e vesicais em pacientes;
- realiza troca de traqueostomia e punção venosa com cateter;
- efetua curativos de maior complexidade;
- prepara instrumentos para intubação, aspiração, monitoramento cardíaco e desfibrilação, auxiliando a equipe médica na execução dos procedimentos diversos;
- realiza o controle dos sinais vitais;
- executa a evolução do pacientes e anota no prontuário (p. 88).

Dentre as atividades administrativas efetuadas pelo enfermeiro, destacam-se:

- realiza a estatística dos atendimentos ocorridos na unidade;
- lidera a equipe de enfermagem no atendimento dos pacientes críticos e não-críticos;
- coordena as atividades do pessoal de recepção, limpeza e portaria;
- soluciona problemas decorrentes do atendimento médico-ambulatorial;
- aloca pessoal e recursos materiais necessários;
- realiza a escala diária e mensal da equipe de enfermagem;

- controla estoque de material;
- verifica a necessidade de manutenção dos equipamentos do setor (p. 88).

No que tange às atividades de ensino, exercidas pelo enfermeiro, ressalta-se que esse profissional na sua prática diária, orienta a equipe de enfermagem na realização da pré-consulta e promove treinamento em serviço sobre os protocolos de atendimento e novos procedimentos (WEHBE; GALVÃO, 2001).

A seguir, descrevem-se as principais atividades desenvolvidas pela equipe de enfermagem:

- realiza a pré-consulta, verifica os sinais vitais e anota a queixa atual do paciente;
- acomoda o paciente na sala de urgência, e instala o monitor cardíaco;
- instala soroterapia, sonda vesical e sonda nasogástrica;
- administra medicamentos via intramuscular e/ou via endovenosa;
- prepara o material e circula a sala de procedimento de sutura;
- prepara o material de punção subclávia e/ou dissecação de veia e auxilia a equipe médica;
- encaminha o paciente ao RX e exames complementares;
- realiza a evolução e a anotação dos pacientes em observação (WEHBE e GALVÃO, 2001, p. 88)

Fincke (1980, p. 33) afirma que o papel do enfermeiro na unidade de emergência “[...] *consiste em obter a história do paciente, fazer exame físico, executar tratamento, aconselhando e ensinando a manutenção da saúde e orientando os enfermos para uma continuidade do tratamento e medidas vitais.*” O enfermeiro dessa unidade é responsável pela coordenação da equipe de enfermagem e é uma parte vital e integrante da equipe de emergência.

Gomes (1994) complementa dizendo que os enfermeiros das unidades de emergência aliam à fundamentação teórica (imprescindível) a capacidade de liderança, o trabalho, o discernimento, a iniciativa, a habilidade de ensino, a maturidade e a estabilidade emocional. Por isso, a constante atualização desses profissionais é necessária, pois desenvolvem com a equipe médica e de enfermagem habilidades para que possam atuar em situações inesperadas de forma objetiva e sincrônica na qual estão inseridos.

O enfermeiro que atua nessa unidade necessita ter conhecimento científico, prático e técnico, afim de que possa tomar decisões rápidas e concretas,

transmitindo segurança a toda equipe e, principalmente, diminuindo os riscos que ameaçam a vida do paciente (MARTIN, 1988).

Diante das características específicas da unidade de emergência, entende-se que o trabalho em equipe seja fundamental para o desenvolvimento das atividades. O enfermeiro deve ser uma pessoa tranqüila, ágil, de raciocínio rápido, de forma a se adaptar, de imediato, a cada situação que se apresente a sua frente. Esse profissional deve estar preparado para o enfrentamento de intercorrências emergentes, necessitando, para isso, conhecimento científico e competência clínica (experiência).

Essa realidade vivenciada pelos enfermeiros vem ao encontro da literatura, quando analisa a função administrativa do enfermeiro no contexto hospitalar. Ela aborda que esse profissional tem se limitado a solucionar problemas de outros profissionais e a atender às expectativas da instituição hospitalar, relegando a plano secundário a concretização dos objetivos do seu próprio serviço (TREVIZAN, 1988).

Entende-se a necessidade dos enfermeiros repensarem a sua prática profissional, pois, quando o enfermeiro assume sua função primordial de coordenador da assistência de enfermagem, implementando-a por meio de esquema de planejamento, segundo Peixoto, citado por Wehbe e Galvão (2001), está garantindo o desenvolvimento de suas atividades básicas (administrativas, assistenciais e de ensino) e promovendo, conseqüentemente, a melhor organização do trabalho da equipe, que passa a direcionar seus esforços em busca de um objetivo comum, que é o de prestar assistência de qualidade, atendendo às reais necessidades apresentadas pelos pacientes sob seus cuidados.

Diante do exposto, acredita-se que o exercício de uma liderança eficaz pelo enfermeiro de unidade de emergência seja um caminho para a implantação de mudanças do quadro acima mencionado. A rotina do trabalho em pronto-socorro coloca, muitas vezes, os enfermeiros em situação que exige, além do domínio do conhecimento, a rapidez de raciocínio no sentido de tomar decisões pertinentes ao diagnóstico, ora com um único paciente, ora com um grande número de vítimas. Ao ver desse pesquisador, nesse cenário, a importância da liderança fica clara.

Na literatura nacional, alguns estudos, mais especificamente o de Trevizan (1988), abordam que a liderança é fundamental para o trabalho diário do enfermeiro, mas, para o seu exercício eficaz, esse profissional precisa buscar meios que

viabilizem o desenvolvimento da habilidade de liderar; dentre esses, se destaca o aprendizado baseado na experiência profissional e na educação formal.

O primeiro passo para o enfermeiro efetivamente exercer uma liderança eficaz consiste na busca de estratégias que possibilitem esse profissional conhecer a si mesmo e, para a eficácia do processo de liderar, o enfermeiro necessita conhecer as necessidades e expectativas pessoais e profissionais dos membros da equipe de enfermagem (WEHBE; GALVÃO, 2001).

Wehbe e Galvão (2001) comentam que, em 1989, foi realizado um estudo para identificar as características desejáveis de um líder eficaz que atua em unidade de emergência. Dentre as características apontadas pelos sujeitos participantes do estudo, a habilidade de comunicação, conhecimento na área clínica, profissionalismo e habilidade em incentivar sua equipe de trabalho foram salientadas.

Diante do exposto, acredita-se que o enfermeiro de unidade de emergência, para exercer a liderança de forma eficaz, precisa buscar meios para realizar o gerenciamento da assistência de enfermagem, visualizando as reais necessidades do paciente, conciliando os objetivos organizacionais com os objetivos da equipe de enfermagem.

Em síntese, o enfermeiro necessita compreender o processo de liderar e desenvolver as habilidades necessárias; dentre elas, salienta-se a comunicação, o relacionamento inter-pessoal, tomada de decisão e competência clínica, bem como aplicá-las na sua prática profissional. Entende-se que investimentos dos órgãos formadores e das instituições de saúde na formação do enfermeiro-líder são cruciais para torná-lo um agente de mudanças, com o propósito de fornecer estratégias que possibilitem a melhoria da organização, da equipe de enfermagem e, principalmente, da assistência prestada ao paciente/cliente.

2.6 Processo de Trabalho em Saúde

Para Leopardi (1999), as questões do trabalho, de forma geral, no mundo moderno, não podem ser mais pensadas de modo simplificado, ou seja, no sentido de uma ligação direta entre trabalhador e seu objeto, que resulte na transformação

desejada. Houve intensas mudanças no trabalho, onde as instituições sociais, as leis e os modos operatórios se adequaram a esta evolução histórica.

Falar sobre o processo de trabalho em saúde, remete à compreensão de que ele compartilha características comuns a outros processos de trabalho, que se dão na indústria e em outros setores da economia (SOUZA; SANTOS, 1993).

De acordo com Leopardi (1999), o trabalho em saúde surgiu, quando a estrutura político-econômica não conseguiu mais conviver com os destroços da miséria e da exploração da Idade Média. Com o Renascimento, veio à estruturação da ciência e uma nova base moral. Os indivíduos não conseguem ser mantidos pelos familiares, nem cuidados, isto ocorre principalmente nas classes mais pobres. A institucionalização dos hospitais foi a resposta que tinha, além do significado de cuidar, e curar o objetivo de confinar, controlar e excluir.

Diante desta realidade, foi necessário dar espaço a outros profissionais para dar conta das tarefas existentes. Neste momento, a enfermagem torna-se a primeira profissão além da medicina a ser institucionalizada (LEOPARDI, 1999).

No entanto, é importante destacar que, alguns trabalhos em saúde, surgem somente quando o sistema industrial se instala definitivamente e se desenvolve a ponto de exigir trabalhadores mais treinados. A partir deste período, os objetivos dos sistemas de assistência à saúde se ampliam, de modo a dar conta da necessidade social que desponta, ou seja, a de preservar a mão-de-obra treinada para atuar nos postos de trabalho então existentes (LEOPARDI, 1999).

No século XX, ainda temos as marcas da divisão social do trabalho. As diversas práticas sociais são classificadas de acordo com a ordem econômica, em detrimento da felicidade e bem-estar dos indivíduos. As atividades de assistência à saúde são menos valorizadas por não permitirem riqueza rápida.

Para Leopardi (1999), a atenção à saúde de indivíduos e populações, no decorrer da história dos homens, vem sendo desenvolvida de muitas formas e nunca foi um espaço exclusivo de atuação profissional e nunca envolveu uma única abordagem diagnóstica terapêutica. Segundo esta autora, o trabalho em saúde é um trabalho essencial para a vida humana e é parte do setor de serviços. É um trabalho da esfera da produção não-material, que se completa no ato da sua realização. Não tem como resultado um produto material, independente do processo de produção e comercializável no mercado. A prestação do serviço – assistência de saúde –

envolve, basicamente, avaliação de um indivíduo ou grupo, seguida da indicação e realização de uma conduta terapêutica (LEOPARDI, 1999).

No entanto, a produção do ato assistencial em saúde envolve um conhecimento sobre o processo que não é dominado pela administração da instituição e nem existe uma equipe de técnicos e gerentes que determine qual é a tecnologia assistencial que será empregada e qual o papel de cada trabalhador, como ocorre nas indústrias. Os profissionais envolvidos dominam os conhecimentos necessários para o exercício das atividades específicas de sua qualificação profissional (LEOPARDI, 1999).

Para Merhy (2005), as tecnologias envolvidas no trabalho em saúde podem ser classificadas como: tecnologias leves (são as tecnologias de relações do tipo de produção de vínculo, autonomização, acolhimento, gestão como forma de governar processos de trabalho); leve-duras (como no caso dos saberes bem estruturado que opera no processo de trabalho em saúde, como a clínica médica, a clínica psicanalítica, a epidemiologia, o taylorismo); e as tecnologias duras (equipamentos tecnológicos, máquinas, normas, estruturas organizacionais).

Na ótica deste mesmo autor, o trabalho em saúde é centrado no trabalho vivo em ato. Além disso, atua diferentemente de outros processos produtivos, onde o trabalho vivo em ato pode e deve ser enquadrado e capturado pelo trabalho morto e pelo modelo de produção.

O modo de operar os serviços de saúde é definido como um processo de produção do cuidado. É um serviço peculiar, fundado numa intensa relação interpessoal, dependente do estabelecimento de vínculo entre os envolvidos para a eficácia do ato. Por ser de natureza dialógica e dependente, constitui-se também num processo pedagógico de ensino/aprendizagem (MERHY, 1995).

Acredita-se que o objeto no campo da Saúde é a cura, ou a promoção e a proteção da saúde, mas, pode-se dizer que é a produção do cuidado, através do qual poderão ser atingidas a cura e a saúde, os reais objetivos que se deseja atingir, sendo os trabalhadores de saúde sujeitos ativos nesse processo de produção. Nesse sentido, o trabalho em saúde é um serviço que não se realiza sobre coisas ou sobre objetos, como acontece na indústria; dá-se, ao contrário, sobre pessoas.

Ainda, segundo Merhy (2002), o trabalho em saúde é sempre relacional, porque depende de trabalho vivo em ato, isto é, o trabalho no momento em que este

está produzindo. Essas relações podem ser de um lado, sumárias e burocráticas, onde a assistência se produz centrada no ato prescritivo, compondo um modelo que tem na sua natureza, o saber médico hegemônico, produtor de procedimentos. Por outro lado, essas podem se dar como relações intercessoras³ estabelecidas no trabalho em ato, realizado no cuidado à saúde.

Para Leopardi (1999), a relação direta profissional de saúde/cliente durante o ato assistencial, pode ser realizada de forma independente, mas, em virtude da complexidade dos problemas, dos conhecimentos acumulados no campo da saúde, e instrumentais envolvidos na assistência, grande parte da assistência à saúde se desenvolve em instituições, sejam elas de caráter público ou privado, estruturadas em níveis de complexidade diversa.

A mesma autora relata que a maioria das instituições assistenciais não reflete sobre seu processo de trabalho, não trabalham com planejamento, bem como não fazem a integração interdisciplinar, o que possibilitaria um avanço qualitativo em termos de conhecimento e da prática assistencial em saúde. Continuando sua análise, a autora cita que, na história da organização das profissões de saúde, o processo de institucionalização da Medicina apresenta-se como detentora legal do saber e elemento central do ato assistencial (LEOPARDI, 1999).

Reforçando este aspecto, encontramos um trabalho desenvolvido por Franco e Júnior (2003), ao descreverem sobre a integralidade na assistência a saúde. Para estes autores, o atual modelo assistencial desenvolveu-se ao longo do século XX, motivado por uma clínica centrada no biológico, e impulsionado pelo complexo médico industrial, que mantém a acumulação de capital no setor da Saúde, pelo altíssimo consumo de máquinas, instrumentos e medicamentos, usados como principais recursos de diagnóstico e terapia.

Assim, prevalece, no atual modo de produção de saúde, o uso de tecnologias duras (as que estão inscritas em máquinas e equipamentos) em detrimento de tecnologias leve-duras (definidas pelo conhecimento técnico) e leves (as tecnologias das relações para o cuidado do usuário) (MERHY, 1998).

³ Intercessoras: termo usado para designar o que “[...] se produz nas relações entre sujeitos, no espaço das suas interseções, que é um produto que existe para os dois em ato e não tem existência sem o momento da relação em processo, e na qual os inter se colocam como instituintes na busca de novos processos, mesmo um em relação ao outro” (MERHY, 2002, p. 50-51).

Acredita-se que esse trabalho é realizado, cotidianamente, no âmbito hospitalar, por médicos das diversas especialidades; por enfermeiros, técnicos de enfermagem, auxiliares de enfermagem, entre outros profissionais envolvidos na assistência de saúde.

Porém, é importante lembrar que a organização e a divisão do processo de trabalho se definem pelo objetivo final que se quer atingir. Nesse sentido, a lógica da produção dos serviços, centrada na concepção médico-curativa, tem como finalidade a cura, orientada pela fragmentação dos procedimentos, pela tecnificação da assistência e pela mecanização do ato em saúde.

Um profissional de saúde, no desempenho de uma ação, mobiliza, ao mesmo tempo, seus saberes e modos de agir. Esse modo de agir é definido, primeiramente, pela existência de um saber muito específico sobre o problema que vai enfrentar sobre o qual se coloca em jogo um saber territorializado no seu campo profissional de ação, mas ambos envolvidos por um território que marca a dimensão cuidadora sobre qualquer tipo de ação profissional (MERHY, 1999, p. 7).

Enfim, todos os trabalhadores da Saúde possuem potenciais de intervenção nos processos de produção em saúde, que são marcados pela relação entre os núcleos de competência profissional e o núcleo cuidador, quer seja esse trabalhador um médico ou um arquivista (MERHY, 1995).

2.7 Cuidado e Integralidade em Saúde

A Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Em seu capítulo II, art. 7º (II), a respeito dos princípios e diretrizes, faz menção à integralidade de assistência, entendida como “[...] *um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema*” (BRASIL, 1990).

Carapinheiro afirma que:

A separação entre a medicina exclusivamente curativa e as ações essencialmente preventivas sobre o ambiente e sobre hábitos de vida não parece mais ter fundamentação. A melhoria da saúde da população depende, assim, em proporções desconhecidas, da

qualidade do ambiente, da prosperidade geral do país e dos serviços de saúde realizados pelo sistema de tratamento (Carapinheiro, *apud* Cecílio e Merhy, 2003, p. 198).

O Sistema Único de Saúde (SUS) possui três princípios organizativos que orientam a forma como o sistema deve funcionar, tendo como eixo norteador três princípios doutrinários, a saber: a) a universalidade da atenção; b) a equidade; c) a integralidade da atenção.

O princípio da integralidade deve ser entendido como relativo à prática de saúde, interpretada como o ato médico individual, e também ao modelo assistencial. O princípio da integralidade é, pois:

[...] o reconhecimento na prática dos serviços de que: cada pessoa é um todo indivisível e integrante de uma comunidade; as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde formam também um todo indivisível e não podem ser compartimentalizadas; as unidades prestadoras de serviço, com seus diversos graus de complexidade, formam também um todo indivisível configurando um sistema capaz de prestar assistência integral (BRASIL, 1990, p. 05).

Enfim, o homem é um ser integral, biopsicossocial, e deverá ser atendido com esta visão integral por um sistema de Saúde também integral, voltado a promover, proteger e recuperar a saúde (BRASIL, 1990).

Desse modo, a idéia de integralidade pressupõe uma nova prática de saúde, imbuída no ato médico e na organização dos serviços. A integralidade também necessita de uma articulação entre a área da Saúde e outras políticas sociais de modo a “[...] assegurar uma atuação intersetorial entre as diferentes áreas que tenham repercussão na saúde e na qualidade de vida dos indivíduos” (CUNHA; CUNHA, 1998, p. 26).

O conceito de integralidade é um dos pilares que sustenta a criação do Sistema Único de Saúde. Princípio consagrado pela Constituição de 1988, seu cumprimento pode contribuir muito para garantir a qualidade da atenção à saúde.

Em primeiro lugar, prevê-se, nesse conceito, que, de forma articulada, sejam ofertadas ações de promoção da saúde, prevenção dos fatores de risco, assistência aos danos e reabilitação, segundo a dinâmica do processo saúde/doença. É importante ressaltar que os diferentes momentos da evolução da doença e as respectivas medidas a serem tomadas seguem o modelo da história natural da

doença, teoria consagrada por White, citado por Campos (2003) na década de 1960. Segundo essa teoria, o estágio em que se encontra determinado agravo à saúde, está diretamente referido aos níveis de intervenção, segundo conhecimentos e tecnologias disponíveis para atuação em âmbitos individuais e coletivos. Esses precisam estar articulados e integrados em todos os espaços organizacionais do sistema de Saúde.

Quando se considera a abrangência do conceito de integralidade, tal como descrito acima, pode parecer uma contradição à definição transcrita no texto constitucional: atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais (BRASIL, 1988).

O primeiro desafio na busca do atendimento integral é reestruturar a forma como os distintos estabelecimentos e organizações do setor da Saúde trabalham ainda até os dias de hoje. A mudança das práticas de saúde deve ocorrer em dois níveis. O primeiro, institucional, da organização e articulação dos serviços de saúde. O segundo, das práticas dos profissionais da Saúde, no qual o médico é o sujeito, ator primordial, determinante do processo de estruturação das práticas integrais à saúde (CAMPOS, 2003).

Um outro aspecto ligado à integralidade se refere à garantia de acesso do indivíduo aos diversos níveis de atenção: primário, secundário e terciário. A idéia de que níveis de complexidade estejam relacionados diretamente, com menor ou maior grau de especialização, leva à idéia de a atenção primária à saúde apresentar menor grau de dificuldade ou exigir menor grau de conhecimento ou habilitação. Isso é um equívoco, pois o nível de complexidade mais básico do sistema está relacionado à necessidade de conhecimentos mais abrangentes, enquanto os níveis secundário e terciário são mais específicos ou parcelados/especializados, e usam, intensivamente, procedimentos baseados em aparelhos e exames. No nível primário, são utilizadas intervenções com enfoque preventivo, comunitário e coletivo, destinadas a atender aos problemas mais comuns da população. Por envolverem determinação múltipla, necessitam de um conhecimento muito diversificado dos profissionais, pois, nesse nível, trabalha-se segundo a lógica da multicausalidade. (CAMPOS, 2003).

Ainda, segundo o conceito de integralidade, as pessoas são encaradas como sujeitos. A atenção deve ser totalizadora e levar em conta as dimensões,

biológica, psicológica e social. Este modo de entender e abordar o indivíduo baseia-se na teoria holística, integral, segundo a qual o homem é um ser indivisível e não pode ser explicado pelos seus componentes, físico, psicológico ou social, considerados separadamente (CAMPOS, 2003).

A integralidade exige um esforço para entender o conjunto de saberes e práticas no cuidado à saúde. O tema da integralidade da atenção à saúde ganha relevância e vem se produzindo em torno de uma imagem de construção de linhas do cuidado, que significam a constituição de fluxos seguros a todos os serviços que venham atender às necessidades dos usuários. Surge como um tema que é transversal ao conjunto de necessidades de saúde. Assim, a integralidade aparece em todo núcleo de competências, que se estruturam em unidades produtivas, que ofertam cuidados à saúde (CECILIO; MERHY, 2003; FRANCO; MAGALHÃES JR., 2003).

O cuidado faz parte da essência humana e não é apenas um ato pontual, mas uma atitude de respeito, preocupação e responsabilização para com o próximo. Cuidar é, portanto, uma atitude interativa, que inclui o envolvimento e o relacionamento entre as partes, compreendendo acolhimento, escuta do sujeito, respeito pelo seu sofrimento e pelas suas histórias de vida (LACERDA; VALLA, 2005, p. 95).

A palavra cuidado deriva do latim cura. Foucault (1985) entende o cuidado como uma forma de se relacionar com o mundo. Para Bonet (2005), a prática de cuidar é:

[...] uma relação intersubjetiva que se desenvolve num tempo contínuo, e que, além do saber profissional e das tecnologias necessárias, abre espaço para a negociação e a inclusão do saber, dos desejos e das necessidades do outro (BONET, 2005, p. 283).

Compreendida dessa maneira, a noção de cuidado permite inserir, dentro do âmbito da Saúde, as preocupações pelo bem-estar dos indivíduos, opondo-se a uma visão meramente economicista, como assinala Merhy *apud* Bonet (2005), devolve a esses indivíduos o poder de julgar quais são suas necessidades de saúde, situando-o assim como sujeito e não como objeto. Ayres, também citado por Bonet (2005, p. 184), vai mais além a sua definição de cuidar. Para Ayres, o cuidar implica considerar e participar da construção de projetos humanos e sustentar, ao longo do tempo, certa relação entre a matéria e o espírito. O cuidado, entendido como uma

dimensão da integralidade deve permear as práticas de saúde e não pode se restringir apenas às competências e tarefas técnicas (AYRES, *apud* LACERDA *et al*, 2005).

Assim, a prática fundamentada no conceito de cuidado só é possível num contexto em que se encontre ativo o operador lógico da integralidade e os agentes terapêuticos sintam um compromisso com a busca da reconstrução do fato social total.

Neste âmbito, acredita-se que a enfermagem pode ser considerada a responsável pelo cuidado direto ao paciente/cliente, em toda a sua integralidade como ser biológico e social. Porém, Leopardi, (1999, p. 39) acrescenta:

Os hospitais estão organizados para tratar apenas das doenças das pessoas, mas o fato do indivíduo estar internado não lhe tira a característica humana de totalidade que se relaciona.

Cecílio e Merhy (2003, p. 197) esclarecem que a primeira tarefa, quando se pensa o tema da integralidade da atenção no hospital, é tentar uma definição de integralidade que sirva de guia para reflexões. Assim, afirmam que:

[...] a atenção integral de um paciente no hospital seria o esforço de uma abordagem completa, holística, portanto, integral, de cada pessoa portadora de necessidades de saúde.

Tal abordagem implicaria garantir desde o consumo de todas as tecnologias de saúde disponíveis para melhorar e prolongar a vida, até a criação de um ambiente que resultasse em conforto e segurança para a pessoa hospitalizada. Tecnologia e humanização combinadas, no desafio de adotar o lugar do paciente e suas necessidades pessoais como ponto de partida para qualquer intervenção hospitalar (CECÍLIO; MERHY, 2003).

A integralidade da atenção hospitalar pode ser entendida a partir de dois ângulos: a integralidade da atenção, olhada no hospital e a partir do hospital (a integralidade tendo como referência o atendimento no ambiente hospitalar em si), e a integralidade tendo como referência a inserção do hospital no sistema de Saúde. (CECÍLIO; MERHY, 2003).

Neste item, discute-se apenas a integralidade do cuidado no hospital, que compreende múltiplos cuidados. Nos hospitais, o cuidado é, por sua natureza,

necessariamente interdisciplinar, isto é, depende do trabalho de vários profissionais. O cuidado recebido pelo paciente é somatório de um grande número de pequenos cuidados parciais, que vão se complementando, de maneira mais ou menos consciente e negociada, entre os vários cuidadores que circulam e produzem a vida do hospital. Os mesmos autores comentam que: “*A maior ou menor integralidade da atenção recebida resulta da forma como se articulam as práticas dos trabalhadores do hospital*” (CECÍLIO; MERHY, 2003, p. 198).

Para Carapinheiro,

O cuidado hospitalar ocorre no contexto de uma crescente racionalização das práticas hospitalares, caracterizada, entre outras, pela decomposição do ato médico global em inúmeros outros atos diagnósticos e terapêuticos, realizados por vários trabalhadores diferentes (Carapinheiro *apud* Cecílio e Merhy, 2003, p. 198).

Uma das sobrecargas do processo gerencial do hospital, hoje, é conseguir coordenar adequadamente esse conjunto diversificado, especializado, fragmentado de atos cuidadores individuais que resultem em uma coordenação do cuidado. Essa dinâmica presente na vida dos hospitais é um aspecto central a ser considerado na discussão da integralidade (CECÍLIO; MERHY, 2003).

O hospital pode ser visto como um componente fundamental da integralidade do cuidado pensada de forma ampliada, como uma estação no circuito que cada indivíduo percorre para obter a integralidade de que necessita. Pensar o hospital como uma estação pela qual circulam os mais variados tipos de pessoas, portadoras das mais diferentes necessidades, em diferentes momentos de suas vidas, pode-se imaginar ainda outras formas de trabalhar a integralidade. Por exemplo, o período de internação pode ser aproveitado para apoiar o paciente na conquista de mais autonomia e na reconstrução de seu modo de levar a vida (CECÍLIO; MERHY, 2003).

Uma boa estratégia para o sucesso da coordenação na lógica do cuidado é o papel quase silencioso da prática da enfermagem, no cotidiano, de garantir todos os insumos necessários ao cuidado: a enfermagem articula e encaminha todos os procedimentos necessários à realização de exames complementares, supervisiona as condições de hotelaria, dialoga com a família, conduz a circulação do paciente entre as áreas, é responsável por muitas atividades que resultam, afinal, no cuidado. (CECÍLIO; MERHY, 2003).

Diante desse contexto, Cecílio e Merhy, apresentam os seguintes questionamentos:

- Como respeitar a coordenação da enfermagem como corporação profissional, com seus valores, suas representações, sua lógica de funcionamento, que lhe garante identidade, mas integrando-as, ao mesmo tempo, a uma lógica de coordenação mais horizontal e interdisciplinar do cuidado?
- Como respeitar a autonomia inerente à prática médica, incorporando-a, no entanto, à lógica do cuidado pensada de forma mais integral?
- Como subsumir toda a lógica da produção dos insumos hospitalares à lógica da produção do cuidado? (CECILIO; MERHY, 2003).

Estas e outras questões servem para orientar os novos projetos organizacionais. Segundo Cecílio e Merhy (2003), o tema da integralidade do cuidado hospitalar, como nos demais serviços de saúde, passa, necessariamente, pelo aperfeiçoamento da coordenação do trabalho de equipe como um tema para a gestão hospitalar.

Defende-se aqui o cuidado não no sentido restrito à dimensão técnica e os cuidados tradicionais de higiene, mas como uma dimensão da integralidade das ações em saúde. Entende-se que as práticas de cuidado integral propiciam espaços de acolhimento e podem aliviar o sofrimento, ao estimular a consciência crítica e autonomia, e permitir que os indivíduos se expressem e atribuam novos sentidos e significados às experiências de vida.

2.8 Processo Educativo em Saúde para Profissionais da Saúde

A prática e o conhecimento voltados à área da Saúde não são estáticos, mas dinâmicos e em constante mudança, ocorridos, principalmente, devido ao desenvolvimento tecnológico, que veio auxiliar esses profissionais.

O século XX marcou a história como um período muito dinâmico e transformador. Na área da Saúde, da descoberta do DNA à clonagem dos seres vivos. Seria, portanto, inaceitável que o ensino, nessa área, não ousasse também propor novas atitudes, novos rumos. Por isso, é imperativa a adoção de ferramentas que tenham como suporte o conhecimento científico, e que promovam o cuidado

voltado à saúde, alicerçado em uma filosofia institucional e em um modelo teórico (BORK, 2003)

Na visão de Marcondes e Gonçalves (1998), o processo de aprendizagem refere-se ao processo de crescimento e desenvolvimento de uma pessoa em sua totalidade, abraçando, minimamente, três grandes áreas do ser humano: a do conhecimento, a de habilidades e a de atitudes ou valores.

Já para Bertelli (2004), a educação profissional visa preparar o indivíduo para o exercício de uma profissão, possuindo objetivos amplos e de longo prazo, visando qualificar o homem para uma futura profissão.

Através do processo educativo dos profissionais voltados à área da Saúde, entende-se como fundamental criar uma interação entre o mundo individual do aprendiz e o mundo social, onde o indivíduo se situa no contexto e no espaço do movimento de sua sociedade, a fim de captar fatos e acontecimentos de seu mundo: o trabalho, a família, o emprego, as políticas, a cidade, o país; analisando, criticamente, os encaminhamentos e as soluções apresentadas pelos dirigentes, e, dentro de sua condição de profissional e cidadão, participar dessa sociedade, comprometendo-se com seu desenvolvimento.

O produto do ensino da enfermagem é um profissional que esteja preparado, por instrução geral e profissional, dentro da estrutura social da comunidade em que vive, para participar como um membro da equipe de saúde, nos cuidados do doente, na prevenção da doença e na promoção da saúde (FREEMAN, 1958 *apud* GERMANO, 1984, p.100).

Nos serviços de saúde, os processos educativos visam o desenvolvimento dos trabalhadores e representam uma série de atividades, genericamente denominadas de capacitação, treinamento ou curso. Tais atividades envolvem desde capacitação emergencial e pontual, até processos de formação mais estruturados e contínuos.

Afirmam Souza *et al.* (2002) que as atividades educativas nos serviços de saúde se caracterizam, principalmente, pela fragilidade da inserção institucional e modismos pedagógicos, dependentes das idiosincrasias dos dirigentes políticos de normas institucionais acríticas.

Destacam Almeida, Feuerwerker e Llanos (1999, p.10-11), que a formulação de um processo de aprendizagem deve seguir as seguintes premissas, apresentadas no Quadro 1.

Quadro 1: Cenário do Processo de Aprendizagem

<p>Quanto à Universidade</p>	<ul style="list-style-type: none"> • A educação das profissões da Saúde deve ser relevante, isto é, orientada para os problemas de saúde da comunidade situada em seu entorno imediato, e com ênfase especial à saúde familiar. • O currículo deve enfatizar o desenvolvimento do raciocínio e da capacidade de continuar aprendendo, bem como a aquisição de competências para o exercício profissional demonstrada por avaliação de desempenho. • O ensino interdisciplinar pode e deve ser estimulado por diferentes mecanismos de integração dos conhecimentos progressivamente adquiridos pelos alunos durante a formação profissional. • A aprendizagem das várias competências necessárias ao exercício profissional deve combinar experiências intramurais, como têm sido tradicionalmente feitas, com experiências em cenários da vida real, tanto em serviços de saúde quanto em ambientes comunitários. As mudanças no processo ensino/aprendizagem, para que possam ser introduzidas em forma gradual, necessitam da construção de consensos, ao nível dos corpos docente e discente, envolvendo capacitação docente para introdução de novas metodologias de ensino ou adequação das atuais metodologias ao ensino-aprendizagem em cenários da vida real. Entre as metodologias, pode-se citar o ensino baseado em problemas, o estudo autodirigido e o ensino tutorial e em pequenos grupos. • No campo da investigação científica, importante em projetos que envolvem a universidade, deve ficar clara a natureza aplicada dos projetos com os serviços e, sempre que possível, a natureza participativa dos projetos com a comunidade. Os resultados da pesquisa devem ser compartilhados e sentidos como ganhos reais para um melhor desempenho dos serviços e uma melhor saúde da comunidade.
<p>Quanto aos Serviços de Saúde e/ou Sistema Local de Saúde</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Os serviços devem abranger a atenção ao indivíduo e ao meio-ambiente, tanto físico quanto social. • Os cuidados de saúde devem ser de natureza preventiva e curativa, com continuidade através do ciclo vital. • A atenção primária da saúde deve ter continuidade com os demais níveis de complexidade do sistema (secundário e terciário) através de mecanismos efetivos de referência e contra-referência. • O enfoque familiar e os serviços baseados em setorização, ou adscrição da clientela, prestados por profissionais da Saúde generalistas são de grande importância. • O trabalho em equipe multiprofissional deve ser desenvolvido tanto na atenção primária à saúde, quanto nos outros níveis do sistema, e deve servir de modelo para o trabalho prático de alunos.

Fonte: Almeida, Feuerwerker e Llanos (1999, p.10-11).

Fundamentam Marcondes e Gonçalvez (1998) que a ênfase no processo de aprendizagem traz conseqüências sérias e de grande repercussão:

- Na organização curricular (valorizando um currículo flexível, continuamente atualizado, aberto às diferentes áreas do conhecimento; profundidade nos temas essenciais; interdisciplinariedade; estudo de temas transversais, das questões éticas e dialéticas que envolvem o conhecimento; currículo mais voltado para o aprender a aprender do que a pretensão de transmitir a totalidade dos conhecimentos atuais);

- Na contratação do corpo docente (selecionando professores com competência pedagógica ou investindo na sua formação pedagógica, procurando aliar à sua capacidade científica em determinada área um profundo conhecimento sobre o processo de aprendizagem, sobre a relação professor/aluno, a organização curricular e a tecnologia a ser usada em aula);

- Na metodologia de aula (participativa por parte do professor e dos alunos e que facilite a consecução dos objetivos propostos).

No entendimento de Bork (2003), o processo educativo, baseado em problemas, é um dos recursos mais acessíveis para levar os alunos a aprender, questionar e buscar respostas, desenvolvendo autonomia. A partir daí, o indivíduo cria o hábito de vivenciar a aprendizagem como um problema para o qual deve ser encontrada uma resposta, bem como ensina a propor problemas para si mesmo e a resolvê-los.

Ainda em relação ao processo educativo baseado em problemas, Almeida, Feuerwerker e Llanos (1999, p. 13) afirmam que aspectos importantes desse tipo de aprendizagem devem ser vistos como uma parte do enfoque de responsabilidade social, apresentando as seguintes características:

- Capacidade de identificar os problemas de saúde prioritários e oferecer soluções para aumentar a equidade, a eficiência, a relevância e a qualidade; para isso, deve cooperar estreitamente com os ministérios e serviços de saúde;

- É centrada no estudante e promove um estudante ativo, com habilidades de avaliação crítica, destrezas de aprendizagem, que conduz ao longo da vida, capaz de reconhecer e melhorar suas fontes de informação. Os estudantes chegam a ter uma habilidade muito maior para utilizar os recursos educacionais existentes;

- Cria novos cenários de aprendizagem, fortalece o trabalho interdisciplinar, enfatiza de modo especial o desenvolvimento de um trabalho com a comunidade e de acordo com às suas necessidades;

- Promove os processos de avaliação programática, que favorece a acreditação de Escolas e Programas. Estas acreditações devem estar dirigidas a melhorar a resposta e eficiência do sistema e não ser vistas como um mecanismo de nivelção, com denominadores mínimos comuns ou para responder às leis do mercado. Sua função é melhorar a qualidade;

- Deve promover um processo de educação contínua profunda, que tenha grandes possibilidades de funcionar bem, com indivíduos já trabalhando, imersos na realidade da saúde;

- Continuar desenvolvendo novos recursos educacionais para dar a estudantes e profissionais ferramentas educacionais que facilitem a aprendizagem ao longo da vida. São elas necessárias para melhorar o trabalho e adaptar-se a um mundo em mudança permanente. Estabelecer fortes laços entre o atendimento individual e os aspectos básicos da saúde populacional, que deve ser parte integral da formação de profissionais da Saúde.

O exercício profissional de enfermagem exige competência técnica para a correta execução de procedimentos técnicos. No entanto, o que caracteriza o cuidado é a maneira como ele é realizado.

Salienta Bork (2003) que, nesse contexto, há que se considerar também outras competências:

- Competências civis: vínculo com o mundo do trabalho e com a prática social, flexibilidade para adaptação a novas condições, saber monitorar e corrigir desempenhos;

- Competência para trabalhar com várias tecnologias: seleção, compreensão e emprego, cuidados na manutenção de equipamentos, aprimorar e criar sistemas;

- Competência para identificar, organizar, planejar e alocar recursos: administrar tempo e dinheiro, material e instalações, recursos humanos;

- Competência para obter e avaliar adequadamente informações: adquirir, avaliar, organizar, armazenar, interpretar e comunicar, e utilizar computadores para processar informações.

Fundamentam Souza *et al.* (2002) que os processos educativos nos serviços de saúde são viabilizados implícita ou explicitamente para aprimorar o trabalho através da preparação dos seus agentes, no sentido de dar resposta às necessidades específicas de formação, manutenção, recuperação e reabilitação de saúde.

O perfil do profissional da Saúde deve considerar a realidade de que todo profissional, qualquer que seja a especialidade a que se dedique, deve dispor de fundamentação comum de conhecimentos, habilidades, valores e atitudes. Tudo isso, porém, deve estar associado à sensibilidade ética e integridade moral, equanimidade, humildade e autoconhecimento.

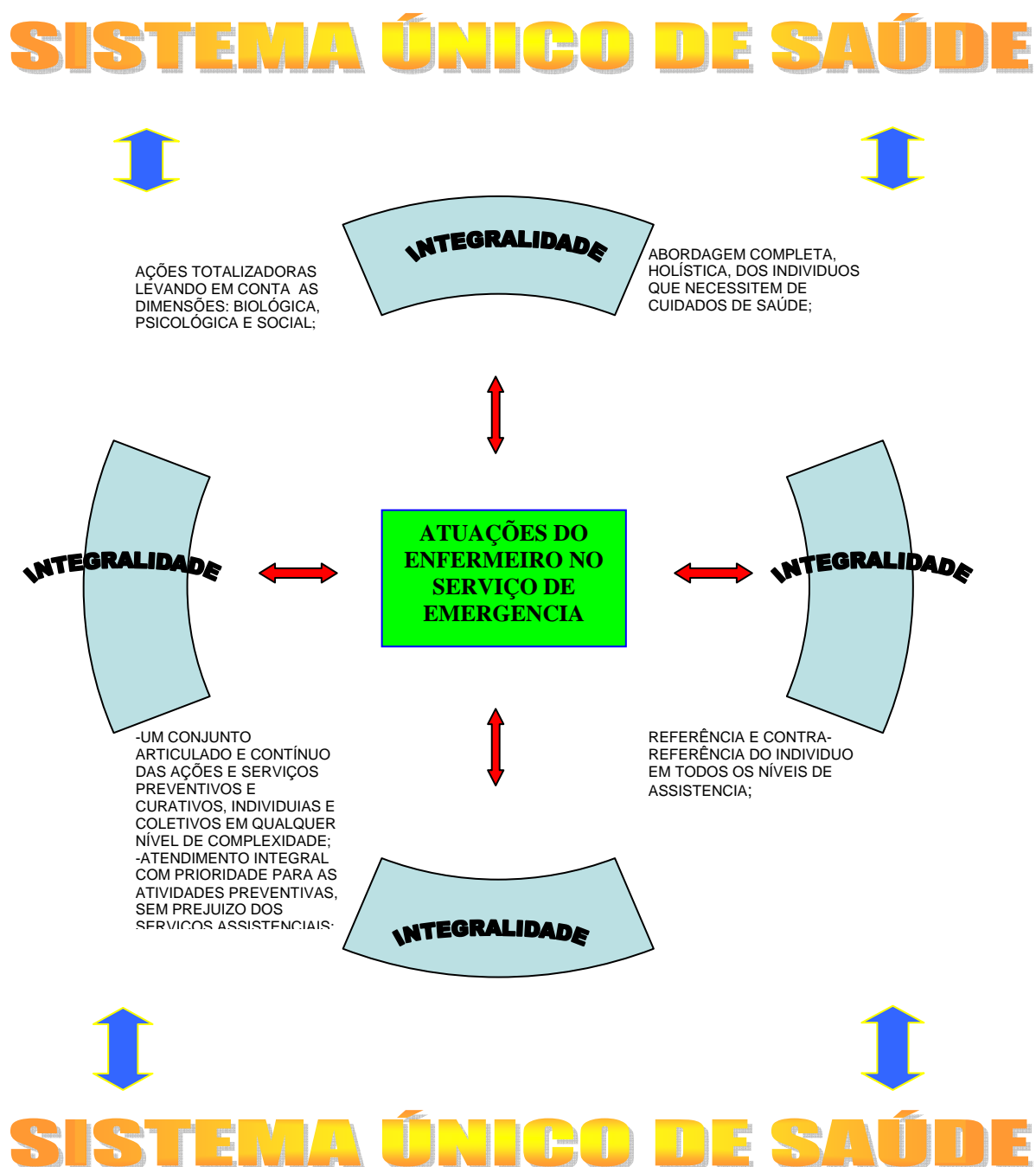
Para Almeida, Feuerwerker e Llanos (1999), a educação em saúde deve ser considerada além da mera formação de graduação nas diferentes profissões, devendo considerar aspectos que permitam uma educação relevante.

Diante do contexto apresentado, acredita-se que os estudantes devam ser partes da solução dos problemas e não meros observadores.

3 REFLEXÃO SOBRE OS CONCEITOS DA PESQUISA

Neste capítulo, serão apresentados os principais conceitos que nortearam a condução da pesquisa, sendo estes representados, inicialmente, pelo quadro 2, que mostra as interrelações e convergências conceituais do contexto e condução da pesquisa.

Quadro 2 - Representação do Referencial Teórico



Neste estudo, a **Integralidade** é vislumbrada em todos os seus sentidos uma vez que se configura como o desenvolvimento de ações preventivas, curativas e de recuperação do indivíduo em sua totalidade. Articulando-se com o princípio da Universalidade e da Eqüidade, procura garantir às pessoas acesso em todos os níveis de assistência, de forma equânime, para possibilitar que as ações de atendimento decorrentes de suas necessidades sejam desenvolvidas sob o **olhar holístico**, humanizado, promovendo, recuperando e reabilitando a saúde.

O olhar do profissional que deseja contemplar suas ações da integralidade deve ir além do fator **biológico** da doença, permeando os aspectos **psicológicos** e **sociais** dela. A assistência concebida da forma ampliada permite ao paciente conquistar sua autonomia e interdependência.

As ações ditas integrais devem ser contempladas em toda a rede de atendimento a saúde. A maior ou menor integralidade da assistência deve estar presente na prática dos profissionais, tanto na rede básica quanto no nível secundário e terciário. Ou seja, o paciente deve receber atendimento integral em um serviço de emergência ou num posto de saúde. Além disto, deve ser informado da possibilidade e da viabilidade para continuar seu tratamento no nível que necessitar, de acordo com a complexidade de seu caso.

Quanto à **referência e contra-referência**, acredita-se que este sistema deva ser implementado para garantir a totalidade do atendimento que o paciente necessita. Devemos criar estratégias de comunicação entre os diversos setores que compõem este sistema, de forma a garantir o acesso da população aos serviços disponíveis.

As **unidades de emergência** deveriam se articular com os demais serviços de saúde disponíveis, de forma a garantir a integralidade da assistência, bem como transferir à rede básica uma série de responsabilidades assistenciais, e conseguir que os problemas de saúde de menor complexidade sejam ali resolvidos.

A reorganização e o adequado funcionamento de todo o sistema implicaria numa redução da demanda dos pacientes para estes serviços altamente especializados, e conseqüentemente a adequação dos gastos com o setor da Saúde.

Acredita-se que, ao enfermeiro da unidade de emergência, cabe o compromisso de se engajar na luta de um sistema de Saúde mais justo e igualitário.

Incorporar o princípio da integralidade em sua prática é dizer não a uma prática reducionista e fragmentária.

Da mesma forma, houve também **outros conceitos** que permearam indiretamente o estudo e que contribuíram significativamente com as reflexões:

Instituição Hospitalar: organização estruturada para atender pessoas que necessitam cuidados de complexidade elevada, inserida em um sistema de Saúde também complexo. Trata-se de uma estrutura equipada com recursos humanos e tecnológicos, preparados para dar suporte avançado às necessidades de saúde que um indivíduo ou coletividade necessita. Neste sentido, espera-se que ele esteja articulado com os demais níveis de assistência para garantir a continuidade do atendimento.

Unidade de Emergência: serviço altamente especializado, destinado a atender pacientes graves, com ou sem risco de morte. Entende-se ainda que as unidades de emergência devam articular as concepções técnica e leiga do que é urgência/emergência a fim de educar os pacientes que buscam este tipo de serviço, disponibilizando profissionais para realizar triagem e orientação do fluxo de atendimento. E, seguindo esta lógica, a atenção em saúde deve ser feita a partir da porta de entrada do hospital, que é a emergência, para que haja uma expectativa identificada e ações direcionadas ao foco de atenção.

Integralidade em Saúde: valor a ser sustentado e defendido nas práticas dos profissionais da Saúde, ou seja, valor que se expressa na forma como os profissionais respondem aos pacientes que os procuram, e, ainda, princípio que organiza o processo de trabalho nos serviços de saúde de modo a ampliar as possibilidades de apreensão das necessidades de saúde de um grupo populacional.

Processo de trabalho em uma Unidade de Emergência: bastante complexo, pois, trata-se de uma unidade de grande estresse, haja vista a gravidade de muitos pacientes que chegam a este local. Requer dos profissionais que ali atuam *conhecimento científico* para reconhecer e tratar o doente, *atitude* para fazer o que deve ser feito, e *habilidade* para reconhecer a necessidade dos pacientes, empregando a tecnologia adequada (leve, leve-dura ou dura) conforme Merhy.

Atuação do enfermeiro na Unidade de Emergência: é o principal articulador das muitas atividades que são desenvolvidas pela equipe interdisciplinar. Deve ser um profissional dinâmico e competente, pois, na prática, tem a

responsabilidade de coordenar a equipe de técnicos de enfermagem; freqüentemente está ligado às ações destinadas aos pacientes mais graves. Controla a disponibilidade de materiais e equipamentos do setor, estimula e promove a comunicação com outros profissionais da equipe interdisciplinar. Assim, para concretizar a integralidade na prática, acredita-se que o enfermeiro possui as ferramentas necessárias para consubstanciá-la.

4 PERCURSO METODOLÓGICO

O estudo utilizou uma estrutura metodológica, com abordagem qualitativa, empregando a Metodologia da Problematização através do Arco de Charlez Maguerez.

A opção em utilizar a abordagem qualitativa deve-se ao fato de que esta metodologia permite ao pesquisador analisar e descrever, mais detalhadamente, os dados coletados. Além disto, na pesquisa qualitativa, torna-se possível incorporar questões de significado e intencionalidade como sendo inerentes aos atos produzidos, às relações existentes e às estruturas sociais; estas, tendo um significado importante nas construções humanas (MINAYO, 1988).

Para Morse e Field (1995, p. 126)

a análise qualitativa é um processo de ajuste dos dados, ou de tornar óbvio o invisível, de vincular e atribuir conseqüências aos antecedentes. É um processo de conjectura e verificação, de correção e modificação, de sugestão e defesa.

A metodologia da problematização, segundo Bordenave e Pereira (2002), faz uma análise comparativa entre a educação, denominada por eles como bancária ou convergente, e a educação “problematizadora” ou “libertadora”. Segundo estes autores, a educação bancária considera o “aluno” como ser passivo, recebedor de conhecimento, exímio memorizador, enquanto a educação problematizadora possui uma proposta.

Neste sentido, ao delimitar o foco do estudo, partilhamos dos mesmos ideais que Bordenave e Pereira (2002, p. 10), quando relatam que a pedagogia problematizadora tem como premissas:

- a. Uma pessoa só conhece bem algo quando o transforma, transformando-se ela também no processo.
- b. A solução de problemas implica na participação ativa e no diálogo constante entre alunos e professores. A aprendizagem é concebida como a resposta natural do aluno ao desafio de uma situação/problema.
- c. A aprendizagem torna-se uma pesquisa em que o aluno passa de uma visão “sincrética” ou global do problema a uma visão “analítica” do mesmo- através de sua teorização- para se chegar a uma “síntese” provisória, que equivale a compreensão. Desta apreensão ampla e profunda da estrutura do problema e de suas

conseqüências, nascem “hipóteses de solução”, que obrigam a uma seleção das soluções mais viáveis. A síntese tem continuidade na práxis, isto é, na atividade transformadora da realidade.

Entretanto, por ser uma das manifestações do construtivismo pedagógico, a metodologia da problematização parte de princípios fundamentais deste método, sendo estes conforme o enunciado por Bordenave *apud* Berbel (1999, p.7).

- parte-se da realidade, tendo como finalidades compreendê-la, e construir conhecimento capaz de transformá-la;
- utiliza-se o que já se sabe sobre a realidade, considerando-se um subsídio para encontrar novas relações, novas “verdades”, novas soluções;
- os protagonistas da aprendizagem são os próprios aprendizes. Por isso acentua-se a descoberta, a participação na ação grupal, a autonomia e a iniciativa;
- desenvolve-se a capacidade de perguntar, consultar, experimentar, avaliar características da consciência crítica.

Desta forma, sob o olhar de Charlez Magueres, a teoria da problematização pode ser operacionalizada sob a forma de um Arco, e considera-se que a sua aplicação acontece de forma dinâmica que envolve cinco etapas: observação da realidade, levantamentos de pontos-chave, teorização, levantamento de hipóteses e aplicação à realidade.

Utilizou-se a análise descritiva, tendo em vista que este estudo utiliza como pano de fundo o princípio da integralidade, e apresenta-se com um sentido polissêmico, ou seja, não é um conceito unívoco. Desta forma, havendo um discurso diversificado por parte das personagens quanto às concepções por eles apontadas sobre o tema integralidade no seu processo de trabalho, permitiu mais liberdade para a descrição dos diversos acontecimentos durante o desenvolvimento do estudo, mostrando a dinamicidade destes.

4.1 Contexto do estudo

Este trabalho foi desenvolvido junto aos enfermeiros que atuam no Serviço de Emergência de um hospital da região do Vale do Itajaí.

Este serviço se caracteriza por um espaço onde se desenvolvem inúmeras relações interpessoais, profissional/profissional e profissional/paciente, sendo estas

relações fundamentais para recuperar o ser humano acometido por um agravo a sua saúde.

De acordo com a estrutura física, o serviço de emergência está dividido em duas alas: uma destinada a atender pacientes em caráter particular e convênios, e outra destinada a atender pacientes pelo Sistema Único de Saúde. No entanto, o atendimento para ambos os pacientes é realizado pela mesma equipe interdisciplinar e utiliza as mesmas tecnologias.

A Instituição onde está inserido o Serviço de Emergência se caracteriza por ser um Hospital Geral de grande porte. A referida instituição hospitalar tem como visão: “Ser reconhecida como a melhor Instituição prestadora de Serviços em Saúde da Região Sul do Brasil, sendo auto-sustentável, proporcionando a satisfação dos clientes e colaboradores”. Para que isto seja concretizado, tem como missão: “Oferecer serviços de excelência em saúde, com ética, direcionados à promoção da vida, buscando inovação e aperfeiçoamento humano”. Ainda, o hospital preconiza como seus valores: a Humanização e Solidariedade, o Carisma e Espiritualidade, a Competência e o Comprometimento, a Inovação e o Respeito. Valores que vêm sendo incorporados nos colaboradores nas diversas áreas de atuação, visando sempre atender bem ao paciente, desde a sua admissão até a sua alta.

Localizado em um Município da região do Médio Vale do Itajaí, o hospital está vinculado à 15ª. Regional de Saúde do Estado de Santa Catarina. Trata-se de uma instituição hospitalar particular filantrópica, sem fins lucrativos, que está credenciada no Sistema Único de Saúde.

Em seu espaço físico, o hospital conta com 250 leitos, duas UTIs (uma geral e outra coronariana), serviços de apoio interno, como laboratório, serviços de imagem (Raio-X, ultrassom e tomografia). É referência em saúde para 12 municípios do Vale do Itajaí em Neurocirurgia, Cardiologia, Oncologia, bem como é referência no Estado para transplantes de fígado, rim e coração.

4.2 Participantes do estudo

A pesquisa foi realizada com todos os enfermeiros que atuam no Serviço de Emergência da instituição em estudo.

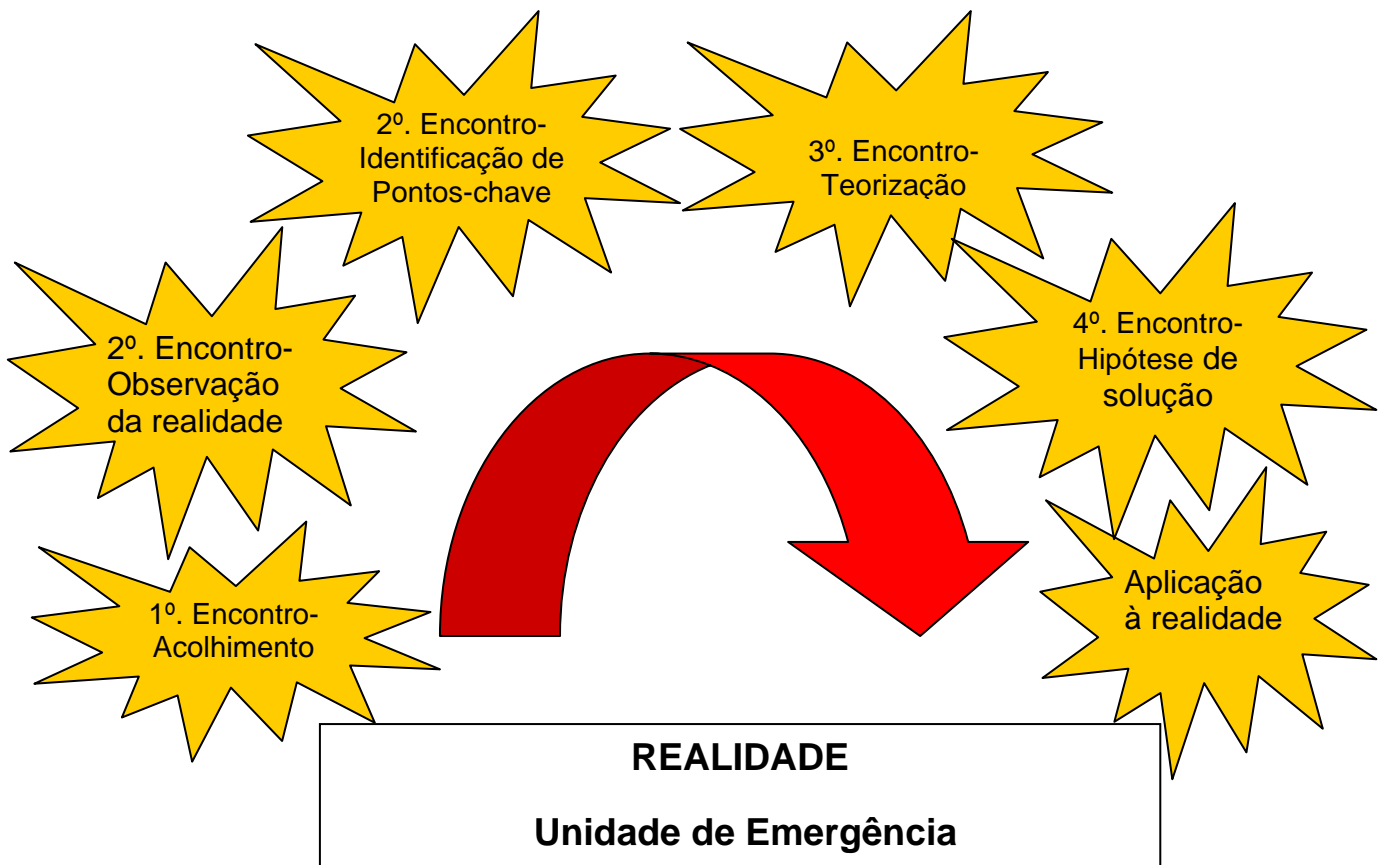
O grupo foi composto por cinco enfermeiras, que atuam cotidianamente neste serviço, contemplando a totalidade da população. Quanto à função denominada de cada profissional, tem-se na unidade uma enfermeira responsável pela coordenação administrativo-assistencial e mais quatro enfermeiras assistenciais que prestam cuidados diretamente aos pacientes.

Como forma de garantir o anonimato e o sigilo das informações coletadas, os pesquisados escolheram ser identificados por apelidos/codínomes de pedras preciosas.

4.3 Desenvolvimento da Pesquisa

A pesquisa desenvolveu-se em quatro encontros, tendo sido iniciada com a dinâmica de acolhimento, seguindo-se com as demais etapas, conforme o Arco de Maguerez, até se completar com a análise dos dados. As etapas da coleta transcorreram de acordo com a dinamicidade apresentada no quadro 3, a seguir:

Quadro 3: Etapas da Coleta dos Dados



1º encontro: Acolhimento

Primeiramente, os participantes foram cumprimentados com boas-vindas e agradecimentos pela presença de todos.

Com equipamento de multimídia, foram apresentados alguns aspectos da pesquisa. Iniciou-se com a exposição do título do estudo, seguido da apresentação, com a justificativa e o interesse em desenvolver este trabalho, até se completar com a explanação dos objetivos firmados inicialmente.

Com o objetivo de facilitar a compreensão do grupo e estimular a sua adesão ao estudo, contextualizou-se e apresentou-se a metodologia da problematização: sua origem, seu fundador, áreas que vem sendo mais utilizadas e também as bibliografias aqui empregadas.

Os passos a serem seguidos para a coleta de dados foram apresentados ao grupo por um esquema representativo do Arco de Charlez Maguerez.

A seguir, nesta etapa, foram apresentados os aspectos éticos. A cada integrante da pesquisa foram entregues duas cópias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e do Termo de Compromisso de Utilização dos Dados, seguindo-se de uma leitura grupal. Ao final, explicou-se que este trabalho não estava sendo desenvolvido para fins da instituição em estudo, mas que os dados levantados seriam utilizados na dissertação de mestrado deste pesquisador.

O grupo foi interrogado sobre os itens referentes aos termos apresentados. Assim, não houve perguntas nem dúvidas. Então, solicitou-se a assinatura dos Termos para oficializar a pesquisa.

Concluída esta fase, explicou-se ao grupo que era necessário a definição de um apelido/codínome para o anonimato durante os encontros. Os participantes escolheram ser identificados com nomes de pedras preciosas: esmeralda, cristal, ametista, diamante e pérola, conforme citado anteriormente.

Para fortalecer os laços estabelecidos no grupo, a segunda etapa do encontro foi reservada para uma confraternização. Os integrantes foram convidados a participar de uma dinâmica denominada técnica do espelho. Foi colocado um espelho dentro de uma caixa de papelão, com uma abertura superior. Foi solicitado a cada integrante olhar-se no espelho e dizer para o grupo seu nome, idade, formação completa, tempo de atuação na área da Saúde, tempo de atuação no

serviço de emergência e algo mais que desejassem relatar. Este momento foi importante, porque permitiu, de forma descontraída, que os participantes se conhecessem melhor, embora já atuem na mesma unidade.

Após apresentação, encerraram-se as atividades formais e, pela agenda das enfermeiras, marcou-se uma data favorável ao próximo encontro, que se realizou na semana seguinte.

O local escolhido para se desenvolver os encontros foi uma sala de treinamentos, dentro da própria instituição, distante do Serviço de Emergência, mas de fácil acesso a todos, livre de interferências, com total privacidade, bem ventilada e com boa iluminação. Para cada encontro, foi estabelecido um tempo de 120 minutos, no máximo.

Em virtude de não ter encontrado uma pessoa que pudesse auxiliar nas atividades, explicou-se ao grupo que o pesquisador exerceria o papel de moderador durante todo o processo de coleta dos dados. Então, para registro das informações, foi utilizado um gravador digital (mp3), papel A4 e tarjetas. A organização deste material foi realizada anteriormente, de maneira articulada, para se evitar qualquer perda ou obstáculo no registro das informações.

Finalizada a reunião, os participantes foram convidados para um lanche de confraternização que havia sido preparado. Avaliou-se que um evento de caráter informal e socializante contribuiriam mais com para a integração do grupo. Esta iniciativa encontra respaldo na literatura, mais especificamente nos escritos de Madalena Freire (1992), quando afirma que um grupo se constrói na cumplicidade do riso, da raiva, do choro, do medo, da felicidade e do prazer. Comer é uma atividade altamente socializadora, porque permite a vivência de um ritual de ofertas, cada um recebe e oferece ao outro o seu gosto, o seu sabor, a sua textura, seu cheiro. Neste ambiente de oferta é que se conhece o outro e a si próprio. Todos estes aspectos são ingredientes facilitadores na construção do grupo, sempre lembrando que esta construção necessita uma ação exigente, rigorosa e disciplinada (FREIRE, 1992).

2º encontro: Observação da realidade

Na continuação da coleta de dados, verificou-se com o grupo se tinham alguma dúvida sobre o primeiro encontro e o que não havia sido apresentado.

Como ponto de partida para o desenvolvimento das atividades planejadas, apresentamos o quadro, contendo o esquema representativo do Arco da problematização. Abordamos o primeiro passo do Arco: Observação da realidade (problema).

Charlez Maguerez propõe que o processo de ensino comece com a exposição dos alunos a um problema, partindo de uma dada realidade. Esta primeira etapa consiste em uma visão global ou “síncrese” do assunto a ser ensinado (BORDENAVE, 2002).

Para desenvolver esta atividade, foi solicitado aos pesquisados que pensassem/refletissem sobre a realidade estudada, ou seja, sobre seu processo de trabalho na unidade de emergência. Mais detalhadamente o pesquisador solicitou que eles refletissem sobre suas ações: como abordavam o paciente, se percebiam alguma inter-relação nas ações que estavam sendo realizadas em seu processo de trabalho.

Ao grupo foram fornecidas folhas de papel A4 para registrarem, de forma escrita, as informações, sendo estipulado um tempo de dez minutos para esta atividade. Como moderador, o pesquisador permaneceu em silêncio a fim de não prejudicar ou influenciar qualquer descrição.

Próximo de alcançar o tempo estipulado, percebeu-se que os integrantes haviam concluído sua escrita. Na seqüência, foi solicitado que socializassem os aspectos que haviam refletido e registrado. Cada uma expôs oralmente o que havia refletido, e suas informações foram gravadas em modo digital, posteriormente transcritas, para que não houvesse perda de qualquer dado.

Este momento serviu para proporcionar a troca de experiências, vivências e conhecimento entre os integrantes da pesquisa. Ao se perceber que o grupo começou a se repetir nas falas, deu-se por concluída esta etapa, iniciando-se o momento seguinte dos trabalhos.

O segundo momento deste encontro, destinado a contemplar a segunda etapa do Arco, foi para sensibilizar os enfermeiros a identificar e registrar palavras-

chave que se apontam como nós críticos dentro da realidade estudada, e que servem como barreira para o desenvolvimento de uma assistência por eles e/ou pela instituição idealizada/desejada.

A segunda etapa do Arco estimula um momento de síntese. Após ter sido feita a análise inicial, é o momento de definir os aspectos que precisam ser conhecidos e melhor compreendidos. Chamada por Maguerez de “construção de uma Maquete”, esta fase consiste em identificar as variáveis ou pontos-chave do problema; aqueles que, se modificados, podem solucionar o problema, porque são os mais centrais (BERBEL, 1998).

Aos integrantes foram fornecidos tarjetas (três a cada um) e pincel para o registro das palavras escolhidas. Posteriormente, estas tarjetas foram coladas em um quadro feito de papel pardo e exposto para o grande grupo. Nos encontros subseqüentes, este quadro também foi apresentado, sempre com a intenção de servir como norteador para os passos a serem percorridos.

A colagem das palavras foi sempre seguida de uma observação verbal por parte do integrante que quisesse fazê-la. Ao final da colagem, realizou-se o fechamento desta etapa.

Destacam-se, a seguir, as palavras-chave apresentadas: falta de tempo, atenção básica, demanda elevada de pacientes, dificuldade de organizar as ações, referência e contra-referência. Observou-se que palavras como, demanda elevada, referência e contra-referência foram citadas mais de uma vez pelos participantes.

Ao finalizar esta atividade, verificou-se a disponibilidade de cada integrante para marcar o próximo encontro. Para que este se efetivasse, alguns arranjos foram necessários. Assim, agendou-se o terceiro encontro, realizado no dia seguinte.

3º encontro: Fase de teorização

Foi fundamental para o desenvolvimento desta etapa a participação dos atores envolvidos. Então, foram orientados para, num momento de introspecção, refletir sobre aspectos relacionados ao tema do estudo até o momento discutido.

A teorização é o momento da investigação, do estudo propriamente dito, dos pontos-chave definidos, para esclarecer o problema. Momento onde os

alunos/integrantes puderam pesquisar as incidências e as relações sobre o objeto de estudo (BERBEL, 1999, p. 4).

As atividades da fase de teorização foram realizadas no dia seguinte ao segundo encontro, no mesmo local dos encontros anteriores.

Inicialmente, os integrantes foram acomodados em cadeiras dispostas em forma circular. Na apresentação dos trabalhos do dia, foram revisadas todas as etapas do Arco que haviam sido contempladas até a presente data, sendo, posteriormente, enfatizadas as informações mais pertinentes ao foco do estudo que haviam sido relatadas pelos atores.

Foi solicitado ao grupo que respondessem algumas perguntas, previamente definidas pelo pesquisador, no sentido de conduzi-los a uma reflexão de determinados aspectos, que culminaram no eixo da pesquisa. Foi informado aos integrantes que, após a complementação das respostas, seria fornecida uma apostila elaborada pelo próprio pesquisador. Nela, continham alguns conceitos sobre integralidade. Neste sentido, ficou aberta a possibilidade de reformulação das respostas descritas anteriormente. Citam-se, a seguir, as questões desenvolvidas para reflexão dos atores:

- a. Qual o conceito que tinham sobre saúde;
- b. Que descrevessem os princípios do SUS;
- c. Qual a concepção que tinham sobre a integralidade no seu processo de trabalho, considerando a inter-relação das ações, abordagem ao paciente e cotidiano, e o que fazem no dia-a-dia para construir a integralidade.

As informações foram registradas em folha de papel A4, de forma individual, sendo que os integrantes identificaram suas folhas de registro com seu codinome, para o anonimato das respostas.

Alguns participantes da pesquisa apresentaram respostas curtas, com pouco conteúdo e informação, não conseguindo sequer definir alguns conceitos. Contudo, concorda-se com Berbel (1998), quando diz que a profundidade da teorização e a sua forma dependem de fatores como interesse, criatividade, receptividade, tempo disponível do grupo.

Acredita-se que, no caso deste estudo, a dinamicidade das respostas apresentadas tenha relação direta com a leitura científica reduzida, esquecimento dos conteúdos aprendidos durante a graduação, e a falta de educação continuada

voltada ao aspectos atuais de saúde coletiva e integralização das ações de saúde, fatores que foram também relatados pelos atores do estudo, durante a conclusão dos trabalhos, no último encontro.

Contudo, a apostila contendo alguns conceitos sobre integralidade, segundo Mattos (2001), foi entregue aos integrantes, onde se seguiu, posteriormente, com uma leitura em conjunto e, ao final, foi deixada em aberto a possibilidade de complementar e/ou reformular as respostas. No entanto, somente Diamante e Cristal alteraram alguns aspectos de suas respostas.

A discussão sobre os aspectos levantados tinha sido esgotada, os integrantes haviam concluído suas respostas e o tempo proposto para o encontro estava terminando, então, finalizamos o dia degustando um delicioso café.

4º encontro: Levantamento de hipóteses

A intenção deste encontro foi levantar hipóteses de solução a partir dos nós críticos apontados pelos pesquisados. Nesta etapa, a criatividade, a originalidade e o pensar foram estimulados pelo moderador como forma de provocar um agir inovador e superador.

Para facilitar o levantamento e discussão de possíveis hipóteses, o quadro, anteriormente elaborado, contendo os nós críticos (pontos-chave) foi fixado em local estratégico da sala para visualização de todos.

Segundo Berbel (1998), esta etapa deve ser bastante criativa. Significa que deve ser criativa a ponto de ter ações novas, diferentes, elaboradas de maneira a exercer uma diferença na realidade estudada.

Ao moderador, coube a missão de introduzir o diálogo, realizando um breve retrospecto do caminho percorrido até este dia. Foi salientado que as hipóteses aqui levantadas deveriam ser exeqüíveis, dentro da realidade que se está estudando.

Para início dos trabalhos, o grupo foi orientado a priorizar três de todos aqueles pontos-críticos identificados inicialmente, para serem discutidos e se fazer o levantamento das hipóteses viáveis.

Optando-se pelos nós: - referência e contra-referência; - mudança da prática, hoje vista de forma robotizada/mecanizada, para uma prática futura, integralizada, e - planejamento das ações dentro da unidade. Foi iniciada a

discussão destes fatores norteadores, visando fortalecer e/ou construir uma prática voltada a contemplar a integralidade no processo de trabalho, respeitando a viabilidade destas com a realidade vivenciada. Vários pontos-de-vista foram apresentados sobre a prática assistencial realizada pela enfermagem no serviço de emergência. Sugestões viáveis e passíveis de serem executadas foram definidas pelos integrantes como metas a serem alcançadas para melhorar a assistência prestada ao paciente.

Ao moderador ficou, portanto, a tarefa de recordar com os enfermeiros todo o processo de ensino/aprendizagem construído, e estimular a trilharem novos caminhos para se concretizar uma prática cada vez mais integral.

Assim, foram contempladas todas as etapas definidas para este estudo. Todavia, ressalta-se que a última fase do Arco, denominada por Maguerez de “aplicação a realidade”, ficou sob responsabilidade do grupo.

Findou-se o trabalho, agradecendo a todos os participantes pela aceitação e adesão a esta pesquisa, com alegria e satisfação em ouvir de todos que realmente esta proposta de trabalho mexeu com cada um. Ficou a certeza de que uma sementinha foi plantada, no entanto, dependerá deles regar e cuidar desta semente para que cresça e dê frutos, referindo-se às metas estabelecidas para a melhoria da assistência.

Como forma de agradecimento, o pesquisador não poderia deixar de oferecer uma pequena lembrança a cada integrante do estudo, pelo esforço particular de cada um, por abdicarem de seus momentos de descanso ou por terem realizado trocas em outro emprego para compartilhar daqueles instantes de aprendizado.

5 RESULTADOS

Neste capítulo, será desenvolvida a análise dos resultados do estudo, procurando expor, de maneira clara, os dados encontrados, para facilitar a compreensão do leitor, baseando-se no referencial teórico.

Inicialmente, foi realizada uma análise dos sujeitos participantes do estudo, pois, de seus depoimentos, dos seus significados e de suas concepções é que foi possível viabilizar a interpretação do contexto deste trabalho. Posteriormente, será apresentada a descrição dos resultados, com base nas afirmações obtidas em cada etapa do Arco de Maguerez.

5.1 Caracterização dos sujeitos

Para garantir o anonimato, aos sujeitos da pesquisa foi solicitado escolher um codinome. Por decisão do grupo, cada integrante recebeu o nome de uma pedra preciosa. Pela dinâmica do espelho, descrita no percurso metodológico e realizada no primeiro encontro, registrou-se alguns dados profissionais das enfermeiras participantes, descritos no quadro 4, a seguir:

Quadro 4 - Identificação dos Sujeitos da Pesquisa

Codinome	Idade	Formação completa e função	Tempo de formação como enfermeira	Tempo de atuação neste serviço de emergência
Ametista	28 anos	Enfermeira	1 ano e 4 meses	1 ano e 4 meses
Cristal	25 anos	Enfermeira, especialista em Unidade de Terapia Intensiva.	3 anos	8 meses

Pérola	35 anos	Enfermeira com especialização em Centro cirúrgico; mestre em Saúde e Meio Ambiente.	10 anos	10 meses
Esmeralda	26 anos	Enfermeira	3 anos	1 ano e oito meses
Diamante	25 anos	Enfermeira, concluindo especialização em Cardiologia.	3 anos	3 anos

Analisando os dados obtidos, verifica-se que a idade dos integrantes varia de 25 a 35 anos, e que esta população é composta, em sua totalidade, por pessoas do sexo feminino.

Quanto ao tempo de atuação profissional como enfermeiras, é possível verificar que este compreende de um ano e quatro meses a dez anos de atuação.

Ao analisar o aspecto referente à formação acadêmica, o quadro mostra duas profissionais em nível de graduação, uma com especialização concluída, outra em fase de conclusão e ainda, uma enfermeira com mestrado.

Quanto ao tempo de atuação das pesquisadas na unidade de emergência em estudo varia de oito meses até três anos.

Analisando a função que desenvolvem atualmente, quatro destas enfermeiras são enfermeiras assistenciais e uma é coordenadora da unidade.

Diante do exposto, constata-se que o tempo de atuação da maioria das enfermeiras na unidade é curto. Este pode ser o fator determinante de algumas respostas breves encontradas neste estudo. No entanto, acredita-se que, pelo fato das pesquisadas estarem inseridas na mesma realidade, isso tenha possibilitado o desenvolvimento de um processo educativo-reflexivo para mudar o contexto vivenciado.

Acredita-se que o processo de trabalho em saúde é dinâmico, e é um trabalho/serviço que não se realiza com coisas ou objetos, como ocorre em uma empresa. Ao contrário, ele se realiza com pessoas. Neste sentido, vale dizer que é um trabalho essencial para a vida humana, que se completa no ato de sua realização.

Refletindo sobre a integralidade, em seu sentido mais amplo, nos remete a considerar a pessoa como um todo, a atender a todas as suas necessidades. Para isso, é necessária a integração das ações de promoção à saúde, da prevenção das doenças, e do tratamento e da reabilitação.

A enfermagem é a responsável direta em prestar o cuidado ao paciente, considerando-o, em sua integralidade, um ser biológico, social e de relações. Entende-se que este cuidar é, portanto, o resultado da constante interação de ações, onde se inclui o relacionamento, o acolhimento, a escuta, o respeito com o paciente, com a família e com os demais profissionais envolvidos na prestação deste cuidado (LACERDA; VALLA, 2005).

Durante o desenvolvimento do estudo, foi possível perceber que os integrantes demonstraram envolvimento com o processo em todas as etapas percorridas, desde o relato de suas percepções sobre a realidade, até atingir o foco central do trabalho, que foi o de identificar a concepção sobre a integralidade no processo de trabalho, e concluir com o levantamento de hipóteses para transformar a realidade apresentada. A vontade de compartilhar as experiências foi constante e oportuna, sendo confirmada com os registros coletados e descritos na seqüência.

5.2 Apresentação dos resultados: descrição e análise

1ª. Etapa: Observação da realidade.

A primeira etapa do Arco da problematização “**Observação da realidade**” aconteceu no segundo encontro realizado com o grupo.

Inicialmente, os integrantes foram levados a refletir sobre a unidade de emergência em estudo, compreendendo todo o seu contexto. Para nortear este momento reflexivo, foi solicitado que pensassem sobre o seu processo de trabalho, tanto individual quanto coletivo; se as ações que desenvolvem na unidade estão relacionadas; e se percebem alguma inter-relação entre estas ações.

No decorrer da análise, evidenciou-se que algumas falas apresentaram fragilidade técnica em seu conteúdo. No entanto, fortaleceram a convicção do pesquisador em realizar este trabalho através de um processo reflexivo-educativo, empregando a metodologia da problematização.

Quadro 5 – Observação da Realidade

DEPOIMENTOS DOS SUJEITOS DA PESQUISA
<p><i>“Abordo o paciente procurando saber sua <u>queixa principal</u>, em alguns casos que não é uma emergência, pergunto a ele se foi ao posto de saúde e há quanto tempo está com aquele problema”.</i></p> <p><i>“Deixo o plantonista atender e após realizo os procedimentos solicitados: medicação e outros prescritos pelo plantonista”. (Diamante)</i></p>
<p><i>“Procuo realizar orientação ao paciente e aos familiares” (Cristal)</i></p>
<p><i>“O atendimento realizado aos pacientes na maioria das vezes é realizado rapidamente, é feito o atendimento curativo, é dada á <u>orientação para procurar a unidade básica de saúde</u>, mas, não sei se há continuidade”. (Pérola)</i></p>
<p><i>“Considero também o enfermeiro em alguns momentos falho pois não referencia o paciente para a unidade básica de saúde”. (Pérola).</i></p>
<p><i>“Percebo que pela grande demanda o atendimento é realizado em série ou seja, atende-se, medica-se e libera-se o paciente”. (Ametista)</i></p>
<p><i>“Vejo o fator <u>tempo</u> como grande barreira no meu processo de trabalho, pois há uma grande demanda de pacientes que procuram o atendimento na unidade sendo que estes se vêem como pacientes de emergência ou urgência e querem ser atendidos imediatamente”.</i></p> <p><i>“Querem solução imediata de sua dor ou perturbação”. (Ametista)</i></p>
<p><i>“Coordeno a equipe de forma a <u>agilizar</u> o atendimento do paciente e dos demais”. (Esmeralda)</i></p>
<p><i>“Percebo que há uma interligação nas ações de avaliação, no momento da medicação ao encaminhar o paciente para exames bem como avaliar este exame até se chegar a um diagnóstico”</i></p> <p><i>“Procuo realizar orientação ao paciente e aos familiares” (Cristal)</i></p>
<p><i>“Acredito que existe uma relação entre as ações devido à referência e contra-referência para continuidade do tratamento”. (Diamante)</i></p>

Percebe-se, através da análise dos dados, que a realidade da emergência se assemelha a de muitas outras realidades que temos tomado conhecimento através da literatura utilizada (DESLANDES; CALIL e PARANHOS; CECÍLIO). As afirmações verbalizadas pelo grupo dão conta de que há uma demanda elevada de

pacientes que procuram esse tipo de serviço para solucionar seu problema, o que, porventura, vem ocasionando a dificuldade para planejar as ações, e tem estimulado a realização de um atendimento tecnicista e mecanizado.

Um dos pontos de reflexão entre outros, presente nos relatos, volta-se para o processo de trabalho no cotidiano:

“Coordeno a equipe de forma para: agilizar o atendimento do paciente e dos demais. ...na organização e disposição das atividades desenvolvidas por eles no ambiente de trabalho em busca de “ações curativas” para este paciente”. (Esmeralda)

Outro aspecto se refere á abordagem/atendimento feita na unidade do tipo queixa-conduta. Esse sendo também uma característica marcante em vários estudos pesquisados nessa área:

“Abordo o paciente procurando saber sua queixa principal, em alguns casos que não é uma emergência, pergunto a ele se foi ao posto de saúde e há quanto tempo está com aquele problema. ...deixo o plantonista atender e após realizo os procedimentos solicitados: medicação e outros prescritos pelo plantonista”. (Diamante)

“As ações são rápidas e ágeis, mas são integradas tecnicamente, porém voltadas diretamente ao biológico”. (Pérola)

As ações de cuidado à saúde expressadas podem ser compreendidas como ações de caráter predominantemente curativo. O discurso apresentado acima deixa claro o direcionamento das ações sobre a queixa principal do paciente. Avalia-se o paciente, aguarda-se a avaliação do médico, e depois vem a ação médico-centrada.

Vê-se então um cuidado tecnicista, focalizado no biológico, modelo ainda hegemônico na prática de muitos profissionais, inclusive na enfermagem.

Diante da carência de alternativas de serviços de saúde, não resta à população outra saída a não ser utilizar os serviços de urgência/emergência para resolver todo e qualquer problema de saúde. Porém, isto torna complicada a assistência, pois, o resultado é a lotação destas unidades, que a cada dia vêm apresentando um número crescente de atendimento, dando a falsa impressão de que a população está sendo atendida em todas as suas necessidades, o que, sabemos bem, não é a realidade (CECILIO, 1997).

Nesse contexto, o tratamento dispensado é apenas paliativo, do tipo queixa-conduta ou para cada sintoma. Deste modo, percebe-se que o problema de fundo

muitas vezes não é resolvido. Este pode ser um forte indício da recorrente procura pelas unidades de emergência.

No entanto, deve-se ressaltar que entre as ações curativas, focadas na queixa do paciente, as entrevistadas demonstraram uma preocupação quanto ao desenvolvimento de ações educativas para indivíduo e família:

“Procuo realizar orientação ao paciente e aos familiares”. (Cristal)

A estas orientações, vinculam-se informações de continuidade do cuidado a saúde, seja em caráter domiciliar, ou através de acesso do nível básico, por meio da referência e contra-referência, de acordo com o quadro do paciente.

Neste sentido, presente no discurso dos participantes, encontramos um questionamento quanto à efetiva continuidade do cuidado desenvolvida pela rede básica.

Entre os pesquisados, identifica-se Pérola, que tem demonstrado certa angústia ao desenvolver suas atividades cotidianas, acrescentando que em suas ações de orientação, muitas vezes tem referenciado o paciente ao nível básico quando possível, para continuidade da assistência.

“O atendimento realizado aos pacientes na maioria das vezes é realizado rapidamente, é feito o atendimento curativo, é dada a orientação para procurar a unidade básica de saúde, mas, não sei se há continuidade”.
(Pérola)

Cecílio (1997) comenta que a maioria dos casos presente nos pronto-socorros, por serem patologias simples, poderia ser resolvida nas unidades básicas de saúde ou em ambulatórios de clínica especializada.

Na verdade é que, nos serviços especializados, o acesso é bastante difícil. Em geral, as esperas são muito demoradas e acabam resultando em desistência de consultas agendadas e redundando em mais procura pelas unidades de urgência/emergência.

Tomando como base a pirâmide apresentada por Cecílio, constata-se que ela tem representado muito mais um desejo dos técnicos e dos gerentes do sistema, do que uma realidade com a qual a população possa contar. Segundo dados apresentados pelo mesmo autor, a população dependente do SUS fica em torno de

80%, e esta, quando necessita de algum atendimento, procura identificar através do seu “menu” de serviços, montado por sua conta e risco, alternativas para receber o cuidado desejado. Seria, portanto, prepotência nossa dizer que a população é deseducada ou ignorante ao ir ao pronto-socorro, quando poderia ir à unidade básica ou a um centro de saúde especializado. Deve-se entender que as pessoas acessam o sistema de Saúde onde é mais fácil e possível, pois esta é a preocupação central do “cidadão comum”.

Prosseguindo com o depoimento de Pérola, ela acredita que ainda faltam mais atitude e compromisso dos enfermeiros para referenciar os pacientes para a rede básica. E continua seu pensamento, dizendo que ao se mudar de atitude, estaríamos contribuindo para amenizar a elevada demanda dos pacientes que procuram este tipo de serviço em situações incorretas.

“Considero também o enfermeiro em alguns momentos falho, pois não referencia o paciente para a unidade básica de saúde”. (Pérola)

Um outro aspecto discutido nesta primeira etapa foi a dificuldade de planejar as ações a serem realizadas. Todos os entrevistados contribuíram com alguma informação, demonstrando unanimidade no assunto.

A dificuldade de planejamento retratada está relacionada com o grande número de pacientes que procuram atendimento neste serviço. Porém, na maioria das vezes, estes pacientes não se caracterizam de urgência e/ou emergência.

Estudos têm demonstrado que a porta de entrada para um atendimento à saúde continua sendo as unidades de emergência e/ou prontos-socorros. Os fatores para que isso ocorra são: a falta de políticas públicas de saúde mais efetivas, a escassez de recursos financeiros, a falta de médicos nas unidades básicas de saúde, e ainda a demora no encaminhamento e na resolutividade da dor ou agravo à saúde que o indivíduo apresenta. Diante deste contexto, as pessoas acabam recorrendo aos serviços de urgência/emergência, pois lá, os exames necessários podem ser realizados no mesmo momento. Assim, elas já saem com o diagnóstico definido (CECÍLIO, 1997).

“Percebo que, pela grande demanda, o atendimento é realizado em série, ou seja, atende-se, medica-se e libera-se o paciente”. (Ametista)

A elevada demanda de pacientes que existe nestes serviços influencia diretamente o processo de trabalho dos profissionais que ali atuam. Por conseqüência, as ações são realizadas de forma “rápida e ágil” para se conseguir atender aos que aguardam na sala de espera.

Gatti, (2004) reforça este pensamento, afirmando que o acesso à saúde, em qualquer hora do dia, ocorre através dos serviços de emergência. É para lá que se encaminha a maioria das pessoas que apresentam algum tipo de agravo ou situação crítica de saúde. Porém, a dinâmica de atendimento dos serviços de emergência é caracterizada pela gravidade clínica das pessoas, mas, em virtude do livre acesso a este serviço, são os pacientes que tem determinado o ritmo de trabalho dos profissionais que ali atuam.

O tempo, neste contexto, se apresenta como o principal protagonista para os profissionais que atuam na unidade de emergência. Considera-se o tempo para planejar as ações e para executá-las. É ele o fator determinante quando um indivíduo está entre a vida e a morte:

“Vejo o fator tempo como grande barreira no meu processo de trabalho, pois há uma grande demanda de pacientes que procuram o atendimento na unidade sendo que estes se vêem como pacientes de emergência ou urgência e querem ser atendidos imediatamente ...querem solução imediata de sua dor ou perturbação”. (Ametista)

“Coordeno a equipe de forma a agilizar o atendimento do paciente e dos demais”. (Esmeralda)

Embora os relatos apontem para o desenvolvimento de uma prática fragmentada e tecnicista, os entrevistados identificam uma inter-relação entre as ações do seu dia-a-dia, como segue abaixo:

“Percebo que há uma interligação nas ações de avaliação, no momento da medicação ao encaminhar o paciente para exames bem como avaliar este exame até se chegar a um diagnóstico. ...procuro realizar orientação ao paciente e aos familiares”. (Cristal)

“Acredito que existe uma relação entre as ações devido à referência e contra-referência para continuidade do tratamento”. (Diamante).

Há um entendimento por parte dos entrevistados de que as ações curativas, diagnósticas, de orientação e encaminhamento apresentam uma ligação.

Porém, ao se analisar mais amplamente toda a informação coletada, percebe-se que as ações desenvolvidas por estes atores, ainda que apresentem uma ligação entre si, não constituem uma prática integralizada, pois sua execução é feita de maneira descoordenada, individualizada, de acordo com a visão e entendimento de cada profissional.

A integralidade busca unir estas ações fragmentadas e individualizadas. Visa construir ações coletivas por meio da promoção, tratamento, recuperação e cura, em todos os níveis de assistência.

Ao concluir esta análise, concluiu-se também a primeira etapa do Arco de Maguerez.

2ª. Etapa: Levantamento de palavras-chave

Esta etapa, realizada ainda no segundo encontro, se constituiu da solicitação ao grupo para identificar **palavras-chave** que se apontavam como nós críticos para uma prática de enfermagem integral através do contexto apresentado.

Procurando esquematizar esses pontos-chave e levá-los a uma reflexão, analisou-se o que cada fala, até este instante, encerrava, relacionando-as com a determinante integralidade.

Quadro 6 – Levantamento de Palavras-chave

LEVANTAMENTO DE PALAVRAS-CHAVE/NÓS CRÍTICOS
Atenção-básica - Rede básica deficiente de profissionais e pouca resolutividade, falta políticas eficientes.
Tempo - Muitas vezes falta tempo para o enfermeiro planejar as ações devido à elevada demanda de pacientes.
Prioridade no atendimento - Necessidade do enfermeiro saber priorizar o atendimento de acordo com cada indivíduo.
Conhecimento - Necessidade de o enfermeiro apresentar conhecimento e, saber aplicá-lo

a prática.
Orientação - Falta mais orientação para a população quanto aos níveis de assistência e o que compete a cada um deles.
Atendimento interdisciplinar - Fonoaudiologia, Psicologia, etc.
Referência e contra-referência - No sentido de que é necessário por em prática este processo de cuidado acessando todos os níveis de complexidade.

Considera-se não ser necessária uma descrição/análise das palavras-chave neste momento, pois alguns dos pontos mais frisados pelos entrevistados já foram descritos anteriormente, e os demais estarão sendo abordados no transcorrer de nossa análise.

Assim, encerramos o segundo encontro, perguntando se havia alguma dúvida que não foi apresentada. Em seguida, agendou-se o próximo encontro para contemplar a terceira etapa do Arco da Problematização.

3ª. Etapa: Teorização

Para contemplar a terceira etapa do Arco de Maguerez - “Teorização”, o grupo foi estimulado a: definir um conceito de saúde; identificar quais as suas concepções sobre os Princípios do SUS; caracterizar a integralidade no seu processo de trabalho; e refletir se as ações que estão desenvolvendo podem ser consideradas, a fim de se efetivar uma assistência integral.

No decorrer da pesquisa, as concepções expressadas pelos entrevistados tiveram relação direta com os temas: Saúde, Princípios Doutrinários do SUS, Integralidade, e Processo de Trabalho em Saúde.

Para prosseguir os trabalhos, foi solicitado a cada integrante formular seu conceito de saúde.

Os conceitos de saúde que emergiram, na maioria, não fugiram à regra do conceito estrutural do termo e se relacionaram com o bem-estar biopsicossocial do ser humano.

Quadro 7 - Conceitos sobre Saúde

CONCEITOS SOBRE SAÚDE
“Bem-estar psicofisiológico (busca constante de bem-estar”); “Associação entre saúde psicológica e saúde física”. (Esmeralda)
“Bem estar biopsicossocial; estar livre de patologias crônicas ou agudas”. (Ametista)
“O ser humano estar se sentindo bem em relação às condições físicas, emocionais, sociais, ou seja, estar de bem com a vida. Até porque não ter nenhum problema físico não significa estar saudável. Estar saudável, para mim, é estar de bem com a vida”. (Pérola)
“Bem-estar físico, mental e espiritual”. (Cristal)
“O bem-estar do ser humano no lado psicológico e físico”. (Diamante)

Das afirmações, emergiram o entendimento de um conceito ampliado de saúde. Os entrevistados identificaram em seus registros a necessidade de se estar bem biologicamente, psicologicamente, socialmente e também no âmbito espiritual.

Destaca-se o enunciado por Pérola, quando denota o sentido por si incorporado, ao se referir que o estar saudável não significa a ausência de problema físico, mas estar de bem com a vida. Qual seja, o indivíduo pode estar com um problema físico, mas se considera saudável em relação aos outros.

Todavia, a saúde se expressa como um retrato das condições de vida do indivíduo e comunidade decorrente de boas condições de moradia, saneamento, alimentação, esporte, lazer, trabalho, renda.

O conceito ampliado de saúde se consolidou com a Constituição Federal de 1988. Sendo a resultante de um processo histórico, decorrente de embates teóricos e práticos. Este conceito traz consigo o diagnóstico das dificuldades enfrentadas e a certeza de que valeu a pena extrapolar os limites impostos daquele quadro anterior vigente (CUNHA; CUNHA, 1998).

Porém, acredita-se que a saúde necessita incorporar novas dimensões que se colocam externa a ela, buscando, desta forma, novas conquistas. Assim, ao sistema de Saúde, devemos relacionar forças políticas que caminhem na mesma direção, guiadas pela doutrina e pelos princípios organizativos do SUS.

Na abordagem feita ao grupo, referente ao conhecimento que possuem sobre os **Princípios do SUS**, a maioria verbalizou uma relativa compreensão sobre o assunto.

No quadro abaixo, apresenta-se, em síntese, o entendimento das entrevistadas quanto aos princípios do Sistema Único de Saúde.

Quadro 8 – Síntese dos Princípios do SUS

PRINCÍPIOS DO SUS
<p>“Integralidade: o individuo é visto como ser integral merecedor de atendimento em todas as esferas de complexidade”.</p> <p>“Equidade: atendimento sem distinção”.</p> <p>“Universalidade: o individuo visto de forma única”. (Ametista)</p>
<p>“Integralidade: Buscar uma visão coletiva do cliente não focando apenas para o biológico, buscar com que os profissionais vejam o cliente não apenas como um órgão mas, como pessoa. A integralidade é um objetivo do SUS, um sonho a ser trilhado em busca de um cuidado onde os profissionais estejam interligados na troca de informações buscando uma melhor assistência”.</p> <p>“Universalidade: Permitir com que todas as pessoas tenham a oportunidade de ser atendidas pelo SUS em qualquer lugar do país onde estejam, independente de classe social, de estar empregado ou não, de ter carterinha elaborada ou não”. (Pérola)</p>
<p>“Igualdade: todos tratados como iguais”.</p> <p>“Humanidade: todos tratados com humanismo”. (Esmeralda)</p>
<p>Cristal: não respondeu.</p>
<p>“Equidade: Todo cidadão deve ser tratado de forma igualitária”.</p> <p>“Integralidade: Todo cidadão tem acesso aos níveis de atendimento”.</p> <p>“Universalidade: Todo cidadão tem direito a acesso pelo SUS”. (Diamante)</p>
<p>“A integralidade tem como objetivo maior buscar com que os profissionais vejam o <u>paciente não apenas como um ser biológico</u>, por órgãos, mas sim que vejam o cliente como alguém que está inserido em uma sociedade com alterações, frustrações, medos, angústias, ou seja, que veja o cliente como um todo”. (Pérola)</p>
<p>“A integralidade no meu processo de trabalho, a meu ver, é atender o <u>paciente como um todo</u>, saber qual a sua necessidade e agir sobre ela, orientando, encaminhando, referenciando”. (Diamante)</p>
<p>“Entendo a integralidade em meu processo de trabalho visto de uma visão geral... é por vezes falha. Buscamos atender todas as <u>necessidades</u> do cliente e por vezes isto não é possível, pois o cliente já vem com questões muito antigas a serem resolvidas”. (Esmeralda)</p>

“O indivíduo ser atendido em todos os níveis tanto da forma básica quanto na urgência e emergência sendo orientado, atendido e solucionada sua queixa principal, co-relacionando o atendimento no Serviço de emergência á atenção básica usando assim a referência e contra-referência”. (Ametista).

“A integralidade no processo de trabalho, a meu ver, é atender o paciente como um todo, saber qual a sua necessidade e agir sobre ela, orientando, encaminhando, referenciando, saber que a partir de mim ele terá a assistência devida (referência e contra- referência), ou que eu possa ser como enfermeira do Serviço de emergência a ajuda (resolução) que falta para completar aquela assistência”. (Diamante).

“Percebo a integralidade no momento em que tendo dar continuidade ao atendimento buscando a referência e contra-referência, informando ao meu colega da saúde pública a necessidade de continuidade dessa assistência”. (Pérola).

“Procuro atender o cliente de forma em que sua queixa principal seja resolvida, porém isto não é só resolvido por mim enquanto enfermeira do Serviço de emergência, mas sim de toda a equipe, técnicos de enfermagem, médicos e enfermeira”. (Ametista).

“Procuro buscar auxílio com outros profissionais como Serviço Social, Psicologia, Fonoaudiologia para que esse cliente possa receber uma assistência voltada as reais necessidades suas”. (Pérola).

O Sistema Único de Saúde, consolidado em 1988, pela Constituição Federal, reconhece a saúde como direito a ser assegurado pelo Estado, sendo pautado por seus princípios doutrinários: Universalização, Eqüidade e Integralidade (CUNHA; CUNHA, 1998).

Sobre a Universalidade, entende-se que o acesso aos serviços deve ser garantido a todas as pessoas, independente de sexo, raça, renda, ocupação ou outras características sociais ou pessoais.

A Eqüidade tem por objetivo diminuir as desigualdades. Neste sentido, significa tratar desigualmente os desiguais, investindo mais onde a carência é maior. Trata-se de um princípio de justiça social.

Quanto ao princípio da Integralidade, este tem como significado considerar a pessoa como um todo, atendendo todas a suas necessidades. Destaca-se, assim, a importância de se integrar às ações de promoção da saúde, prevenção de doenças, tratamento e a reabilitação, garantindo a qualidade da assistência.

Contudo, para organizar o SUS, foram estabelecidos princípios organizativos, a saber: Regionalização, Hierarquização, Descentralização, Comando Único e a Participação Popular (CUNHA; CUNHA, 1998).

Com relação ao conhecimento sobre os princípios doutrinários, destaca-se a entrevistada Pérola, demonstrando convicção ao acreditar que a integralidade é um sonho a ser trilhado para a conformação do SUS que todos desejam.

A afirmação legal das entrevistadas sobre os conceitos é um passo importante para a consolidação do SUS, mas não é o todo. É preciso que estes conceitos sejam incorporados na prática do cotidiano para que a transformação realmente aconteça e, assim, se tenha um cuidado mais humanizado.

Ao se analisar a conotação dada por Esmeralda sobre o termo igualdade, subentende-se que ela se referiu ao princípio da Equidade, procurando expressar a necessidade de se tratar bem as pessoas, respeitando as desigualdades sociais. Já, ao se analisar o sentido atribuído ao termo humanidade, acredita-se que a entrevistada tenha expressado a necessidade de se prestar um cuidado humanizado as pessoas que procuram assistência à saúde.

Apesar do tempo decorrido e da clareza com que as definições legais foram estabelecidas, o SUS significa a transformação de uma realidade, por meio de um processo político e prático, para se fazer de idéias uma realidade concreta.

Ao se analisar os dados da entrevistada Cristal, observou-se que ela foi a única que não apresentou resposta à questão abordada.

Avançando para o segundo momento do encontro, contemplando ainda a etapa da teorização, foi realizado levantamento e análise das concepções das participantes sobre a integralidade no seu processo de trabalho. Diante da socialização dos dados, pode-se perceber o olhar “polissêmico” delas sobre o tema.

Quadro 9 - Integralidade no Processo de Trabalho

CONCEPÇÕES SOBRE A INTEGRALIDADE NO PROCESSO DE TRABALHO
“A integralidade tem como objetivo maior buscar com que os profissionais vejam o <u>paciente não apenas como um ser biológico</u> , por órgãos, mas sim que vejam o cliente como alguém que está inserido em uma sociedade com alterações, frustrações, medos, angústias, ou seja, que veja o cliente como um todo”. (Pérola)
“A integralidade no meu processo de trabalho, a meu ver, é atender o <u>paciente como um</u>

<p><u>todo</u>, saber qual a sua necessidade e agir sobre ela, orientando, encaminhando, referenciando”. (Diamante)</p>
<p>“Entendo a integralidade em meu processo de trabalho, visto de maneira geral, é, por vezes, falha. Buscamos atender todas as <u>necessidades</u> do cliente e por vezes isto não é possível, pois o cliente já vem com questões muito antigas a serem resolvidas”. (Esmeralda).</p>
<p>“O indivíduo ser atendido em todos os níveis tanto da forma básica quanto na urgência e emergência sendo orientado, atendido e <u>solucionada</u> sua queixa principal, co-relacionando o atendimento no Serviço de emergência á atenção básica usando assim a referência e contra-referência”. (Ametista).</p>
<p>“A integralidade no processo de trabalho, a meu ver, é atender o paciente como um todo, saber qual a sua necessidade e agir sobre ela, orientando, encaminhando, referenciando, saber que a partir de mim ele terá a assistência devida (referência e contra-referência), ou que eu possa ser como enfermeira do Serviço de emergência a ajuda (<u>resolução</u>) que falta para completar aquela assistência”. (Diamante).</p>
<p>“Percebo a integralidade no momento em que tendo dar <u>continuidade</u> ao atendimento buscando a <u>referência e contra-referência</u>, informando ao meu colega da saúde pública a necessidade de continuidade dessa assistência”. (Pérola).</p>
<p>“Realizo diversos procedimentos de várias maneiras, porém com um mesmo objetivo: <u>o bem-estar psicofisiológico do paciente</u>”.</p> <p>.”Atender os clientes com integralidade, para mim é visualizar o cliente como <u>um só</u>”. (Esmeralda).</p>
<p>“<u>Cada pessoa é um ser “integral”</u>, o qual é diferenciado, sendo assim, cada um deve ser atendido da forma em que necessitar”.</p> <p>“Sempre tento dar o melhor de mim, suprimo a <u>real necessidade do paciente, atender, ajudar, orientar, confortar</u>, tirar a sua dor. Procuro priorizar o que é mais necessário. Respeitar a cultura e a vontade do paciente sempre que possível”. (Cristal).</p>
<p>“Busco interagir com a equipe de Saúde, no sentido de captar informações sobre esse cliente, de passar informações sobre esse cliente, para que ele seja <u>visto como um todo</u> não apenas como biológico”.</p> <p>“Procuro ficar atento aos pequenos detalhes ou informações que possam auxiliar na assistência do cliente, observando sua atitude, suas expressões, o meio ambiente de onde veio de onde estava inserido”. (Pérola).</p>

Ao analisar o quadro síntese, pode-se evidenciar que uma das concepções apresentadas relaciona-se à prática destes profissionais no cotidiano da unidade. A integralidade no processo de trabalho se configura como sendo a preocupação de realizar um “*atendimento integral*” ao ser humano, percebendo o indivíduo como um “ser biopsicossocial”.

Para Pinheiro e Mattos (2005), o cuidado deve ser apreendido como uma ação integral, contemplando significados e sentidos para compreender a saúde

como o direito de ser. É o tratar, o respeitar, o acolher, o atender o ser humano em seu sofrimento, em grande medida fruto da sua fragilidade social. Podendo ainda ser entendida como tratamento digno e respeitoso, com qualidade, acolhimento e vínculo.

Os aspectos comentados pelos autores citados são identificados nas concepções das entrevistadas Pérola e Diamante. O tratamento respeitoso e acolhedor são marcas presentes em suas ações, buscando a contemplação do cuidado integral e humanizados.

Integralidade, neste contexto, se caracteriza em prestar um atendimento ao indivíduo como ser humano completo. O paciente, neste caso, não deve ser considerado por partes ou em órgãos, influência exercida pelo modelo biologicista/fragmentário do cuidado, ainda presente em nosso meio.

Para contemplar tal característica, no seu agir cotidiano, Pérola relata que tem buscado ultrapassar as paredes da unidade de emergência, procurando se transportar intelectualmente para o contexto do paciente, e descobrir a real necessidade dele que, muitas vezes, está além do biológico, e pode se encontrar no psicológico ou social.

Mattos (2001) reforça esta idéia, comentando que a abertura de profissionais da Saúde tais como o médico, o enfermeiro, o psicólogo, para outras necessidades que não as ligadas à doença presente, ou seja, ao fator biológico, mas, para o reconhecimento de outras necessidades psicológicas ou sociais, tal como a realização de uma simples conversa, também ilustra a integralidade.

Portanto, integralidade tem a ver com o valor que deve ser sustentado e defendido nas práticas dos profissionais da Saúde, pois, este se expressa na forma como os profissionais respondem aos pacientes que os procuram.

O profissional comprometido com a integralidade busca, por meio de seus saberes e de sua prática, atender o indivíduo de acordo com suas necessidades, articulando suas ações em cada serviço e em todos os níveis de assistência.

Para Pinho *et al* (2006), a integralidade não pode ser percebida como atributo da boa prática biomédica, mas como um atributo que perpetua a prática de todos os profissionais da Saúde, independente de ela acontecer no âmbito público ou privado, na unidade básica ou em nível hospitalar. É necessário um esforço de

todos os profissionais, de forma a convergir todos os saberes da equipe multiprofissional no espaço cotidiano dos serviços de saúde.

Assim, o cotidiano nas instituições surge como um espaço de construção de novas práticas e formas de agir socialmente onde, a integralidade pode se materializar como princípio, direito e serviço na atenção e cuidado em saúde (LUZ; PINHEIRO, 2003).

Ao convergirmos à análise para o papel do enfermeiro como profissional participante da equipe multiprofissional, acredita-se que ele deva se engajar na luta dos valores consubstanciados pelo SUS e na concretização da integralidade a partir da unidade de emergência.

Continuando na ótica da polissemia, outro sentido apresentado pelas entrevistadas traz uma “*Definição ampliada de integralidade*” da atenção que se configura a partir das necessidades de saúde do paciente.

Para Esmeralda, integralidade viabiliza o atendimento prestado que supra todas as necessidades em relação à saúde do cidadão:

“Entendo a integralidade em meu processo de trabalho, visto de uma visão geral, é por vezes falha. Buscamos atender todas as necessidades do cliente e, por vezes, isto não é possível, pois o cliente já vem com questões muito antigas a serem resolvidas”. (Esmeralda)

Cecílio (2001) relata que é possível adotarmos a idéia de que a integralidade da atenção precisa ser trabalhada em várias dimensões para que seja alcançada da forma mais completa possível. A Integralidade, nesta dimensão, seria a resultante do esforço e convergência dos saberes de uma equipe multiprofissional no espaço dos serviços onde acontecem as ações de saúde, ou seja, podendo se realizar na unidade de saúde, no pronto-socorro ou numa enfermaria.

Aprofundando a análise deste sentido, é preciso compreender a definição de “necessidades”, termo aqui empregado pela entrevistada Esmeralda e, do termo “demanda”, ambos apresentados por Cecílio.

As necessidades de saúde de um indivíduo representam a busca por algum tipo de resposta para as más condições de vida que a pessoa está vivendo ou já viveu. Portanto, pode representar a procura de um vínculo afetivo com algum profissional, a necessidade de adquirir mais autonomia para seguir a vida ou de ter

acesso a alguma tecnologia de saúde disponível capaz de melhorar ou prolongar a vida (CECILIO, 2001).

Já por demanda, pode-se entender como sendo o pedido explícito “tradução” de necessidades mais complexas do usuário. Na verdade, demandas, são as necessidades modeladas pela oferta que os serviços fazem (consulta médica, medicamentos, exames), as ofertas mais tradicionalmente percebidas pelos usuários (CECILIO, 2001).

Quando o indivíduo acessa um serviço de saúde, ele traz consigo o que Cecílio (2001) chama de “cestinha de necessidades”, que precisa ser de alguma forma percebida e traduzida pelo profissional que ali está.

A abertura dos profissionais em seu espaço de atuação, bem como o esforço demandado de cada equipe para traduzir e atender da melhor maneira possível estas necessidades, que para os pacientes são, na maioria das vezes, complexas, representa um dos sentidos da integralidade ao qual o mesmo autor chama de “integralidade focalizada”.

Saber escutar e fazer com que o outro escute, no sentido de ver o estado das coisas, é conceber que o mundo funcione de outras formas, sempre atualizadas. O gesto é valorizado e assim a ação concentra todas as possibilidades e todas as visões (LUZ; PINHEIRO 2003, p. 16,).

Continuando a analisar o depoimento de Esmeralda, percebe-se que ela demonstra certa angústia e descontentamento, quando caracteriza que a integralidade da atenção, por vezes, é falha.

Não podemos cair na tentação de imaginar a integralidade como sendo plenamente alcançada em um espaço de saúde singular como é a unidade de emergência, ou até mesmo em um centro de saúde. É necessário considerar que a integralidade nunca será plena em qualquer serviço de saúde individual, por melhor que seja, por mais treinados que os trabalhadores sejam por melhor comunicação que exista, ou melhor, coordenação de suas práticas.

A melhoria das condições de vida das pessoas e o acesso às tecnologias (leve, leve-dura e dura), conforme Merhy, para melhorar e prolongar a vida por mais competentes, comprometidas e bem intencionadas que sejam as equipes de saúde,

nunca conseguirão atingir completamente a integralidade em seu espaço singular de atuação (CECÍLIO, 2001). Neste sentido, concordamos com o autor, quando diz que a integralidade da atenção só será alcançada em rede, qual seja, a integralidade da atenção como sendo a resultante da articulação de cada serviço de saúde, seja ela uma unidade de emergência ou uma unidade básica de saúde, a uma rede composta por outros serviços de saúde e outras instituições não necessariamente do setor da Saúde. Portanto, pensar a integralidade no sentido “macro”.

Assim, pensar a integralidade em rede nos leva a refletir sobre novas práticas de atenção a saúde, do modo como às gerências compreendem e enfrentam o fato de as várias tecnologias não estarem disponíveis em um único lugar, e que a melhoria das condições de vida da população é resultante de um esforço conjunto de diversos setores.

Portanto, a tecnologia que o usuário necessita pode estar em uma unidade básica de saúde, ou em um serviço produtor de serviços sofisticados. Há um momento em que a garantia de consumo de determinadas tecnologias mais duras (MERHY, 1997, citado por CECÍLIO), baseadas em procedimentos mais complexos, produzidas em lugares específicos, que funcionam como referência para determinados serviços, seja essencial para garantir a integralidade da atenção. A garantia dessa integralidade do cuidado tem que ser responsabilidade do sistema de Saúde, não podendo ser a resultante da batalha individual e desesperada de cada usuário (CECÍLIO, 2001).

Seguindo com o enfoque polissêmico do termo, Ametista e Diamante relatam que integralidade seria:

“O indivíduo ser atendido em todos os níveis tanto da forma básica quanto na urgência e emergência sendo orientado, atendido e solucionada sua queixa principal, co-relacionando o atendimento no Serviço de emergência á atenção básica usando assim a referência e contra-referência”. (Ametista).

“A integralidade no processo de trabalho ao meu ver, é atender o paciente como um todo, saber qual a sua necessidade e agir sobre ela, orientando, encaminhando, referenciando, saber que a partir de mim ele terá a assistência devida (referência e contra-referência), ou que eu possa ser como enfermeira do Serviço de emergência a ajuda (resolução) que falta para completar aquela assistência”. (Diamante)

Enquanto princípio do SUS, a integralidade da assistência é entendida como

um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema. A resolubilidade a que este sujeito se refere, remete o olhar para o acesso aos serviços de saúde e sua efetividade, relacionados à articulação com os três níveis de complexidade.

Para que este ideário se torne realidade, é necessário pensar o sistema de Saúde menos como pirâmide e mais como uma rede de serviços, com múltiplas entradas, onde a construção e a representação das necessidades individuais são muito importantes.

A integralidade, assim, não se realiza exclusivamente em um serviço, integralidade deve ser entendida como objetivo de rede. Envolve, portanto, todos os profissionais da Saúde, ou seja, a equipe de trabalho, a administração e a gestão. Não podemos, neste sentido, considerar que os serviços mais especializados são os serviços de referência, pois, em certo momento, um paciente hipertenso não necessite acessar um hospital para ter seu problema solucionado, mas receber um atendimento na rede básica que seja vinculante e atenda sua necessidade.

Como exemplo, o atendimento realizado em um serviço de emergência pode ser um momento fundamental para a escuta da necessidade de consumo de certas tecnologias para melhorar e prolongar a vida, que podem não estar disponíveis nele, mas em outros serviços.

Diante deste contexto, temos percebido que os sujeitos da pesquisa já vêm incorporando a visão da integralidade como sendo decorrente do desenvolvimento de ações em rede, fato este, descrito através do comentário a seguir:

“Percebo a integralidade no momento em que tendo dar continuidade ao atendimento buscando a referência e contra-referência, informando ao meu colega da saúde pública a necessidade de continuidade dessa assistência”.
(Pérola)

Percebemos, também, pela afirmação de Pérola, que o princípio da integralidade viabiliza o desenvolvimento de ações de saúde, combinando e articulando práticas assistenciais e preventivas no cotidiano dos serviços.

A integralidade do cuidado que cada indivíduo necessita permeia todo o sistema. Portanto, não há integralidade, quando não se possibilita a transversalidade das ações. A integralidade só pode ser obtida em rede.

Pensar a integralidade desta forma ampliada e percorrer os caminhos necessários para sua efetivação seria transpor o modelo atual de assistência, e exercer uma prática articulada, complementar e dialética, entre a máxima integralidade no cuidado de cada profissional, de cada equipe e da rede de serviços de saúde e outros. Enfim, integralidade só pode ser pensada e construída coletivamente e não de forma individualizada.

Ao se abordar o grupo quanto às ações/attitudes que desenvolvem correspondentes à integralidade no processo de trabalho, emergiu, em alguns comentários, o desenvolvimento de ações articuladas e embricadas para a concretização de um *Processo de trabalho integral*, como demonstram as descrições abaixo:

“Realizo diversos procedimentos de várias maneiras, porém com um mesmo objetivo: o bem-estar psicofisiológico do paciente...”

“...atender os clientes com integralidade para mim é visualizar o cliente como um só...”. (Esmeralda)

“... cada pessoa é um ser “integral”, o qual é diferenciado, sendo assim, cada um deve ser atendido da forma em que necessitar”.

“...sempre tento dar o melhor de mim suprimindo a real necessidade do paciente, atender, ajudar, orientar, confortar, “tirar a sua dor”Procuro priorizar o que é mais necessário. Respeitar a cultura e a vontade do paciente sempre que possível”. (Cristal)

“...busco interagir com a equipe de saúde, no sentido de captar informações sobre esse cliente de passar informações sobre esse cliente para que ele seja visto como um todo não apenas como biológico...”

“...procuro ficar atento aos pequenos detalhes ou informações que possam auxiliar na assistência do cliente, observando sua atitude, suas expressões, o meio ambiente de onde veio de onde estava inserido”. (Pérola).

De acordo com os comentários, as entrevistadas vêm desenvolvendo ações que rompem com o modelo fragmentário, biologicista, centrado na ação curativa. Suas ações convergem para um processo integral, à medida que são realizadas de forma a atender o indivíduo como um todo: promoção, proteção e recuperação. Essa visão ampliada de saúde supera o enfoque biológico da doença, considerando, entre outros, o seu aspecto psicológico e social.

Continuando a análise dos depoimentos, as pesquisadas demonstraram valorizar o trabalho dos vários profissionais que compõem a equipe interdisciplinar, como segue:

“... procuro atender o cliente de forma em que sua queixa principal seja resolvida, porém isto não é só resolvido por mim enquanto enfermeira do Serviço de emergência, mas sim de toda a equipe, técnicos de enfermagem, médicos e enfermeira”. (Ametista)

“... procuro buscar auxílio com outros profissionais como Serviço Social, Psicologia, Fonoaudiologia para que esse cliente possa receber uma assistência voltada as reais necessidades suas”. (Pérola)

Pode-se verificar através das afirmações de Ametista e Pérola que elas buscam contemplar a integralidade, articulando a sua prática aos diversos saberes e conhecimentos de outros profissionais, de modo a atender as reais necessidades de saúde do paciente.

Em um dos sentidos, o princípio da integralidade pressupõe a articulação da saúde com outras políticas públicas, como forma de assegurar uma atuação intersetorial entre as diversas áreas, que tenham repercussão na saúde e qualidade de vida dos indivíduos.

Acredita-se que o cuidado em saúde não pode ser exercido de forma escrutinada por uma equipe multidisciplinar, mas que contemple a dimensão interdisciplinar através do encontro entre os diversos profissionais e o usuário.

Quando a configuração dessas práticas assume a forma de um encontro entre esses profissionais (médicos, enfermeiros, psicólogo e outros) com o usuário, caberá quase exclusivamente a este profissional (suas posturas) a realização da integralidade (MATTOS, 2001).

Convergindo nossa análise para o campo da integralidade do cuidado no hospital, mais especificamente o eixo da gestão hospitalar, nos valem do estudo realizado por Cecílio e Merhy (2003), tendo o olhar através de dois pontos: a integralidade da atenção, olhada no hospital e a partir do hospital. No primeiro aspecto, a integralidade resulta do somatório de um grande número de pequenos procedimentos parciais que se completam mais ou menos de forma articulada entre os vários cuidadores, que produzem a vida do hospital. No segundo aspecto, a integralidade do cuidado transversaliza todo o sistema de Saúde. O hospital é visto como uma estação ao qual o paciente freqüentemente percorre para receber a integralidade. Portanto, há a necessidade do hospital estar conectado à rede de

serviços de saúde, fazendo uma adequada contra-referência após prestar seu atendimento.

Diante deste contexto, acredita-se que o grande desafio, na atualidade, para a gestão dentro dos hospitais é pensar e coordenar adequadamente arranjos e modos de operar o cotidiano das instituições dentro da sua micropolítica, de modo a conectá-lo à rede de serviços, bem como resultar em uma atuação mais solidária (CECÍLIO; MERHY, 2003).

Antes de finalizar a fase de teorização, foi fornecida a cada integrante uma apostila, elaborada pelo pesquisador, contendo alguns sentidos da integralidade na atenção e no cuidado a saúde, segundo Pinheiro e Mattos (2001).

4ª. Etapa: Levantamento das hipóteses

O quarto e último encontro desenvolvido com o grupo completou as etapas programadas para a coleta dos dados.

Antes de iniciar as atividades para contemplar o levantamento das hipóteses, foi realizado um breve retrospecto das etapas percorridas até este dia, passando por todas as fases do Arco de Charlez Magueréz.

Concluindo-se esta revisão, introduzimos a conversa para atingir o objetivo do encontro, que era levantar hipóteses de solução para os fatores problematizados no transcorrer do estudo.

Quadro 10 – Hipóteses de Solução

Levantamento das Hipóteses de Solução
Promover reuniões e debates reflexivos, a fim de proporcionar mudança da realidade, estimulando o amadurecimento da equipe da unidade.
Ampliar e efetivar o sistema de referência e contra-referência.
Planejar as ações a serem desenvolvidas, direcionando-as para atender o paciente de forma integral.

Dentre os aspectos debatidos, o grupo levantou as seguintes sugestões:

1) Para implementar um processo de mudança, é necessário promover um momento reflexivo sobre a realidade a ser mudada. Momentos semelhantes ao

proposto e realizado neste estudo. Assim, a mudança deve ser promovida de forma horizontalizada e evoluir gradativamente, para que todos os profissionais da unidade amadureçam e façam parte do processo.

Neste sentido, as integrantes do grupo assumiram o compromisso de promover momentos de discussão que favoreçam a troca de experiência, proporcionando também a mudança de algumas atitudes desenvolvidas por elas.

Diante do exposto, permitimo-nos colocar algumas afirmações que reforçam o aspecto positivo dos encontros promovidos com o grupo através de um processo educativo/reflexivo:

“Nossas reuniões me fizeram refletir: ...percebo que minha prática vem sendo desenvolvida de forma mecanizada, até os dias de hoje. No entanto, após estes encontros, posso perceber que há a possibilidade de agir diferentemente do que vinha agindo; hoje, sinto a necessidade de perceber o lado social e psicológico do indivíduo que procura a unidade, não que não o fazia até este momento, mas, que o fazia com menos frequência pois isto vem sendo sustentado por uma demanda elevada de pacientes que procuram solucionar ou amenizar seu sofrimento tendo como porta de entrada a emergência”. (Ametista)

“As reuniões mexeram com alguns aspectos de minha prática que estavam adormecidos e que talvez não tenha percebido no transcorrer do meu dia-a-dia”. (Diamante)

Partindo da reflexão proporcionada pelo estudo, surgiram pontos convergentes entre os integrantes para se melhorar o cuidado prestado. Cita-se, a seguir, o aspecto mais discutido no encontro.

2) Mudar algumas ações desenvolvidas na unidade de emergência. Entre elas, destaca-se a necessidade de ampliar e efetivar o processo de referência e contra-referência dos pacientes atendidos nessa unidade, de acordo com a complexidade dos casos.

Na atualidade, segundo as participantes, há um grande número de pacientes que são atendidos neste serviço de emergência, que podem ser considerados como pacientes não grave, mas necessitados de atendimento básico.

Conforme relato das entrevistadas, todos os setores do hospital dispõem de uma apostila catalogada, onde consta o nome de todas as unidades básicas de saúde e das unidades do Programa Saúde da Família do município, de acordo com

suas respectivas áreas de abrangência. No entanto, as enfermeiras dizem que essa apostila vem sendo pouco empregada e, neste sentido, assumem o compromisso de, a partir desta data, empregá-la com mais determinação.

O sistema de referência e contra-referência é um dos pontos fundamentais para viabilizar a implementação do Sistema Único de Saúde, uma vez que é a partir da sua estruturação que o encaminhamento de pacientes aos diversos níveis de atenção torna-se possível.

Para Cecílio e Merhy (2003), o hospital pode contribuir para a integralidade do cuidado, ao fazer uma adequada contra-referência, após ter realizado seu atendimento.

Para o mesmo autor, as urgências e emergências seguem funcionando de forma tradicional, através da queixa-conduta, o que tem resultado em uma clínica cada vez mais reducionista e ineficaz que, a princípio, aponta para tudo, menos para a integralidade. Estratégia esta intuitiva e inteligente das pessoas na busca da integralidade.

O sistema de Saúde brasileiro que, a partir da década de 80, passou a enfatizar os princípios da regionalização em suas políticas, encontra-se em um grau precário de organização, sendo incapaz de garantir a continuidade da assistência, gerando a duplicação de trabalho e custos, além de transtornos para o usuário (JULIANI; CIAMPONE, 1999).

FAVERO (1986); ARAUJO (1998); CHIESA (1992) e WITT (1992) referem que existem problemas dentro do referido sistema, tais como: falta de informação por parte da população, problemas organizacionais, relacionados aos próprios serviços, e, ainda, problemas de integração e comunicação entre os vários níveis de atenção.

Enfim, o sistema de referência e contra-referência implica numa interação dinâmica entre os diferentes níveis de assistência, sendo necessária a existência de uma comunicação articulada entre os dois sentidos. Assim, devem existir normas e procedimentos claros de quem, como, e quando a referência e contra-referência devem se realizar.

Como terceira sugestão para transformar a prática exercida na emergência, destaca-se:

3) A administração do processo de trabalho, associado ao conhecimento científico e ao compromisso profissional se configura como ferramenta essencial para melhorar a qualidade do cuidado prestado. É necessário planejar as ações a serem desenvolvidas, direcionando-as para atender o paciente de forma integral.

Administrar em saúde é planejar, organizar, dirigir, controlar, coordenar e avaliar os recursos e procedimentos pelos quais a demanda pelos cuidados de saúde e as necessidades de um ambiente saudável são atendidos, por meio do provimento dos serviços ofertados a pacientes individuais ou coletivamente (AUSTIN, 1974).

Verifica-se, portanto, que cabe ao enfermeiro da unidade de emergência, entre outras, o planejamento das ações, de modo a aperfeiçoar o seu tempo disponível, coordenar a equipe, no sentido de se apropriar das tecnologias disponíveis, garantindo o cuidado integral.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao final deste estudo, podemos perceber que o aprendizado sobre o princípio da integralidade foi amplo, no que se refere à compreensão do termo. Os encontros com o grupo proporcionaram-lhe uma visão ampliada acerca do tema integralidade no processo de trabalho na unidade de emergência, pela reflexão sobre as práticas do cotidiano e ações futuras a serem desenvolvidas nesta unidade.

A realidade ao qual se desenvolveu este estudo apresenta características semelhantes a outras unidades de emergência de nosso sistema de Saúde.

As características apontadas pelas enfermeiras refletem a ineficiência e ineficácia que o sistema de Saúde ainda representa para a sociedade brasileira. Pode-se dizer que o SUS já conquistou muitas vitórias, mas ainda restam muitas batalhas a serem travadas para que ele se efetive na prática.

Acreditamos que cabem aos profissionais, às instituições de saúde, sejam estas públicas ou privadas, e demais setores da sociedade engajar-se nesta luta que também é sua, nossa, enfim, de todos nós, para melhorar as condições de vida do indivíduo e da coletividade.

Consideramos que o resultado do estudo não concretizou nosso primeiro pressuposto. Este caracteriza a dificuldade dos enfermeiros em definir/interpretar e desenvolver sua prática sob o princípio da integralidade. Podemos perceber, durante os encontros, que as enfermeiras pesquisadas demonstraram certa compreensão do tema. No entanto, a maior dificuldade apresentada reside no desenvolvimento de uma prática pouco satisfatória, que não se constitui de forma integral, talvez influenciado pela política de gestão do sistema de saúde inserido na organização hospitalar.

Analisando as concepções apresentadas sobre integralidade, observa-se que elas configuram um conceito polissêmico do termo. Embora suas afirmações pontuem uma assistência influenciada pelo modelo biologicista, elas têm sinalizado uma preocupação em desenvolver um cuidado holístico.

A integralidade, em um dos pontos que foi contextualizada, refere-se ao modo de atendimento ao indivíduo, não simplesmente como um ser biológico, mas como necessidade de atender o ser humano como um todo, ser biopsicossocial inserido em uma realidade que merece ser considerada durante seu atendimento.

Outra concepção levantada pelas enfermeiras caracteriza a importância do trabalho interdisciplinar como forma de consubstanciar a integralidade da assistência. A integralidade deve ser construída pelo esforço de todos os profissionais ligados ao cuidado à saúde. Portanto, não deve representar uma luta isolada e independente de cada profissional. É necessário realizar mais que atitudes, consideradas por uns como heróicas. É preciso saber trabalhar o pouco que temos, de forma eficiente, para melhorar as condições de vida da população.

A terceira concepção refere-se à necessidade de um trabalho intersetorial. A integralidade do cuidado que cada indivíduo necessita permeia todo o sistema. Portanto, devemos pensar a integralidade de forma articulada, complementar e dialética, entre a máxima integralidade no cuidado de cada profissional, de cada equipe, da rede de serviços de saúde e outros.

Referindo-se ao segundo pressuposto, que pontua a inexistência de um fluxo contínuo de referência e contra-referência no regulamento do hospital, este não se caracterizou no estudo, pois a instituição dispõe de um fluxograma definido para se realizar a contra-referência. O que se evidenciou pelo relato das enfermeiras é que, na unidade de emergência, este trabalho ainda não vem sendo efetivamente realizado. Porém, no transcorrer da conversa que se teve com o grupo, elas assumiram o compromisso de estudar a melhor forma de implementar o sistema de referência e contra-referência na prática.

Sobre este aspecto, concordamos com Cecílio e Merhy (2003), ao considerarem o hospital como sendo uma das estações no circuito que o paciente busca para receber a integralidade. Refletindo sobre esta questão, e considerando que o serviço de emergência onde foi realizado este estudo está inserido dentro do hospital, entendemos que ele pode contribuir para a integralidade do cuidado, ao fazer uma adequada contra-referência, após realizar seu atendimento.

Percebemos que o princípio da integralidade é a mola propulsora para se construir um sistema de Saúde com qualidade. Ele é o princípio fundamental para se transformar o processo de trabalho em saúde, ultrapassando o modelo fragmentário biologicista e alcançar um modelo de cuidado integral.

No que se refere às enfermeiras pesquisadas, podemos sentir, durante o transcorrer dos encontros, que elas também consideram a integralidade como princípio fundamental e norteador para uma assistência livre de reducionismos.

Embora suas ações ainda sejam influenciadas pelo modelo biologicista, as enfermeiras já vem exercendo práticas para efetivar a integralidade do cuidado.

Sabemos que o assunto não se encerra aqui. Nossa expectativa, portanto, é que outros pesquisadores possam trazer mais resultados sobre o campo da integralidade, favorecendo o desenvolvimento de ações mais humanizadas dentro das instituições de saúde.

A vivência com este grupo durante os quatro encontros foi muito satisfatória e enriquecedora. Tem-se a expectativa que este estudo estimule as enfermeiras ao desejo de mudança da realidade refletida. Ao perceberem a necessidade de mudar sua prática, façam com mais segurança, tranqüilidade e de forma consciente, para ter um crescimento e aprimoramento de seus modos/conduitas enquanto profissional da saúde, e para que isto se reflita na qualidade do atendimento oferecido às pessoas e à coletividade.

Também, nestes encontros, ficou evidente a importância de se promover momentos permanentes de reflexão sobre a prática cotidiana, para permitir a participação, socialização e troca de experiências.

Acredita-se que esta pesquisa traga contribuições para a melhoria do atendimento à saúde e trilhe novos caminhos, despertando nos protagonistas envolvidos no sistema de Saúde brasileiro o desejo de incorporar a integralidade, como princípio norteador, em suas práticas e em suas vidas pessoal e profissional. Da mesma forma, que este princípio possa ser inserido fundamentalmente em unidades de emergência, haja vista que este serviço continua sendo a principal porta de entrada da população para acessar o Sistema Único de Saúde.

Acredita-se, também, que, pelas concepções levantadas, possam ser delineadas estratégias por parte da instituição de saúde, objeto deste estudo, e pela unidade, com o intuito de repensar algumas concepções acerca da integralidade na atenção à saúde prestada por eles.

Finalmente, as reflexões que ocorreram no decorrer do estudo permitiram elucidar caminhos a serem percorridos para transformar e articular uma prática assistencial cada vez mais humanizada e integral nas instituições de saúde, como

também proporcionar troca de experiências, integração e idéias, gerando responsabilidades mútuas.

7 REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M.; FEUERWERKER, L.; LLANOS, M. C. **A educação dos profissionais da Saúde na América Latina: teoria e prática de um movimento de mudança.** São Paulo: Hucitec, 1999.

AYRES, J. R. C. M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de. (Orgs.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade.** 2. ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/ COPSC/ABRASCO, 2005.

ANTONIETTO, M. R. et al. **O Sistema Único de Saúde e as ações do enfermeiro em uma instituição hospitalar brasileira.** Rev. Panamericana de Saúde Pública. P. 408-414, 1999.

ARAÚJO, E. C. Referência e contra-referência e a reorganização dos serviços: da atenção primária a um novo modelo de cuidado á saúde. In: JULIANI, C. M. C. M. e CIAPONE, M. H. T. **Organização do sistema de referência e contra-referência no contexto do sistema de Saúde: a percepção de enfermeiros.** Rev. Esc. Enf. USP, v. 33, n. 4, p. 323-333, dez. 1999.

AUSTIN, C. J. What is Health Administrator? In: **Gestão da qualidade na saúde: princípios básicos.** São Paulo: UnG, 1995.

BERBEL, **Metodologia da problematização: fundamentos e aplicações.** Londrina: UEL, 1999.

BERBEL, N. A. N. **Metodologia da problematização: experiências com questões de Ensino Superior.** Londrina:UEL, 1998.

BERTELLI, Sandra Benevento. **Gestão de pessoas em administração hospitalar.** Rio de Janeiro: Qualitymark, 2004.

BONET, O. Educação em saúde, cuidado e integralidade. De fatos sociais totais e éticas. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de. (Orgs.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade.** 2. ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/ COPSC/ABRASCO, 2005.

BORDENAVE, J. D.; PEREIRA, A. M.; **Estratégias de ensino-aprendizagem.** Petrópolis: Vozes, 2002.

BORK, Anna Margherita Toldi. **Enfermagem em excelência: da visão à ação.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

BRASIL. **Conselho Nacional de Secretários de Saúde.** Sistema Único de Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde – BRASÍLIA: CONASS, 2007. 291 p. (Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS, 1)

BRASIL. **Lei nº. 8.080/90.** Brasília: Diário Oficial da União, 1990.

BRASIL. **Ministério da Saúde.** Secretaria Nacional de Assistência á Saúde. ABC do SUS: doutrinas e princípios. Brasília, 1990.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Cap. II, Seção II, Art. 198. Brasília: MEC, 1988.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Anais da VIII Conferência Nacional Saúde. Centro de Documentação do Ministério, Brasília, 1986.

_____. **Ministério da Saúde**. Terminologia básica em saúde. 2 ed. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1985.

CALIL, A. M.; PARANHOS, W.Y. **O enfermeiro e as situações de emergência**. São Paulo: Atheneu, 2007.

CAMPOS, C. E. A. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância e da saúde da família. São Paulo, **Ciência & Saúde Coletiva**, n. 8, p. 569-584, fev. 2003.

CAMPOS, T. C. P **Psicologia hospitalar: a atuação do psicólogo em hospitais**. São Paulo: EPU, 1995.

CAPRA, F. **O Ponto de mutação**. São Paulo: Cultrix, 1987.

CECÍLIO, L. C. de O.; MERHY, E. E. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de. **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/ABRASCO, 2003.

CECÍLIO, L. C. de O.; In: MATTOS, R. A.; PINHEIRO, R. **Os Sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro. Abrasco, 2001.

CECÍLIO, L. C. de O.; **Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada**. p. 469-478, Cad. Saúde Pública, jul-set. 1997.

CHIESA, A. M. Assistência á saúde das mulheres do município de Taboão da Serra com diagnóstico de neoplasia ou carcinoma cérvico-uterino: problematização do sistema de referência e contra-referência. In: JULIANI, C. M. C. M. e CIAPONE, M. H. T. **Organização do sistema de referência e contra-referência no contexto do sistema de Saúde: a percepção de enfermeiros**. Rev. Esc. Enf. USP, v. 33, n. 4, p. 323-333, dez. 1999.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução COFEN nº168/93. Baixa normas para Anotação da responsabilidade técnica de Enfermeiro(a), em virtude de Chefia de Serviço de Enfermagem, nos estabelecimentos das instituições e empresas públicas, privadas e filantrópicas onde é realizada assistência à saúde. Disponível em: <http://www.portalcofen.gov.br>.

CONTRADIPOLOS, A P. I. Reformar o sistema de Saúde: uma utopia para sair de um status quo inaceitável. In: CAMPOS, C. E. A. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância e da saúde da família. São Paulo, **Ciência & Saúde Coletiva**, n. 8, p. 569-584, fev. 2003.

CUNHA, J.P.P.; CUNHA, R.E. Sistema Único de Saúde: princípios. In: CAMPOS, F.E.; OLIVEIRA JR.,M.; TONON, L.M. (Org.). **Cadernos de Saúde I**. Belo Horizonte: Coopmed, p. 11-26, 1998.

DESLANDES, S. F. **Frágeis deuses: profissionais da emergência entre os danos da violência e a recriação da vida**. Rio de Janeiro: Fiocruz. 2002.

ENCICLOPÉDIA BARSA. **Hospital**. São Paulo: Enciclopédia Britânica. V. 7, 1998.

FAVERO, N. Estudo do processo de referência a um hospital universitário. In: JULIANI, C. M. C. M. e CIAPONE, M. H. T. **Organização do sistema de referência e contra-referência no contexto do sistema de Saúde: a percepção de enfermeiros**. Rev. Esc. Enf. USP, v. 33, n. 4, p. 323-333, dez. 1999.

FINCKE, M.K. Enfermagem de emergência: a viga mestre do departamento de emergência. In: WARNER, C. G. **Enfermagem em emergência**. 2. ed. São Paulo: Interamericana; 1980.

FOUCAULT, M. **História da sexualidade 3: cuidado em si**. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

FOUCAULT, M. **O nascimento da clínica**. Rio de Janeiro: Florence Universitária, 1998.

FRANCO, T. B. ; JUNIOR, H. M .M, Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado. In: MERHY et al. **O trabalho em saúde**, olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec, 2003.

GALVÃO, J. **O segmento de saúde para o desenvolvimento regional no município de Blumenau-SC: a participação do Hospital Santa Isabel**. Blumenau, 2003. 103p. Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento Regional) – Centro de Ciências Humanas e da Comunicação – Universidade Regional de Blumenau.

GATTI. M.F.Z. O Tempo urgente dos protagonistas do serviço de emergência. In: SILVA. M. J. P. **Qual o tempo do cuidado? Humanizando os cuidados de enfermagem**. São Paulo. Edições Loyola, 2004.

GERMANO, Raimunda Medeiros. **Educação e Ideologia da Enfermagem no Brasil**. São Paulo: Cortes, 1984.

GOMES, A. L. **Emergência: planejamento e organização da unidade**. Assistência de enfermagem. São Paulo: Pedagógica e Universitária, 1994.

GONÇALVES*, E. L. **O hospital e a visão administrativa contemporânea**. São Paulo: Pioneira, 1983.

JULIANI, C. M. C. M. e CIAPONE, M. H. T. **Organização do sistema de referência e contra-referência no contexto do sistema de Saúde: a percepção de enfermeiros**. Rev. Esc. Enf. USP, v. 33, n. 4, p. 323-333, dez. 1999.

LACERDA, A.; VALLA, V. V. As práticas terapêuticas de cuidado integral á saúde como proposta para aliviar o sofrimento. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de. (Orgs.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. 2. ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/COPSC/ABRASCO, 2005.

LEOPARDI, M. T. (Org.). **Processo de trabalho em saúde: organização e subjetividade**. Florianópolis: UFSC/Papa-Livros, 1999.

LEVY, A. **O posicionamento clínico: ciências clínicas e organizações sociais**. São Paulo: Autêntica, 2000.

LUZ, M. T.; PINHEIRO, R. Práticas Eficazes x Modelos idéias: ação e pensamento na construção da integralidade. In: **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: Abrasco, 2003

MARTIN, R. C. Na unidade de emergência. **Anais do 1º Ciclo de Debates sobre Assistência de Enfermagem**. São Paulo, 1988.

MARCONDES, Eduardo; GONÇALVEZ, Ernesto Lima. **Educação médica**. São Paulo: Sarvier Editora, 1998

MATTOS, R. A.; PINHEIRO, R. **Os Sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro. Abrasco, 2001.

MATTOS, R. A.; PINHEIRO, R. **Cuidado as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ. ABRASCO, 2005.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. **Por uma composição técnica do trabalho em saúde centrada no campo relacional e nas tecnologias leves: apontando mudanças para os modelos tecnoassistenciais**. Disponível em: www.unicamp.br. Acesso em: 20 mar. 2006.

MERHY, E. E.; Um dos grandes desafios para os gestores do SUS: apostar em novos modos de fabricar os modelos de atenção. In: MERHY et al. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo, HUCITEC, 2003.

MERHY. E. E. **O SUS e um dos seus dilemas: mudar a gestão e a lógica do processo de trabalho em saúde – um ensaio sobre a micropolítica do trabalho vivo**. Rio de Janeiro: CEBES, 1995.

_____. **O ato de cuidar como um dos nós críticos chaves dos serviços de saúde**. São Paulo: DMPS/FCM/UNICAMP [mimeo], 1999.

_____. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. In: MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. **Por uma composição técnica do trabalho em saúde centrada no campo relacional e nas tecnologias leves: apontando mudanças para os modelos tecnoassistenciais**. Disponível em: www.unicamp.br. Acesso em: 20 mar. 2006.

MINAYO, M. C. de Souza. **O desafio do conhecimento**. Pesquisa qualitativa em saúde. Ed. Hucitec-Abrasco; São Paulo-Rio de Janeiro. 5 ed. 1988.

MORSE, J. M.; & FIELD, P. A. *Qualitative research methods or health professionals*. In: POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem**. 5. ed. Métodos, avaliação e utilização. Porto Alegre. Artemed, 2004.

MOZACHI, N. **O hospital**: manual do ambiente hospitalar. 7. ed. Curitiba. Manual Real Ltda. 2007.

PINHO, I. C.; SIQUEIRA, J. C. B. A; PINHO. L. M. O. **As percepções do enfermeiro acerca da integralidade da assistência**. Revista Eletrônica de Enfermagem, v.08, n. 01, p. 42-51, 2006. Disponível em <http://www.fen.ufg.br/revista>.

PIRES, D. **Hegemonia médica na saúde e a enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1989.

REGO, N. M. do. Reflexo sobre política e saúde. **Revista de Estudos e Comunicação**. Santos, n. 40, p. 14-16, ago. 1987.

SCHULZ, R. **Administração hospitalar**. São Paulo: Pioneira, 1979

SILVA, M. A. da, **Complexidade e sistema de enfermagem hospitalar**. Tese (Doutorado em Engenharia de Produção). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006.

SOUZA, A. M. A.; SANTOS, I. Processo educativo nos serviços de saúde. **Série Desenvolvimento de Recursos Humanos**. n. 1, Brasília: OPAS, 1993.

SOUZA, Alina Maria de Almeida Souza et al. **Processo educativo nos serviços de saúde**. 2002. Disponível em:
<http://www.opas.org.br/rh/publicacoes/textos_apoio/pub04U2T4.pdf>. Acesso em 11 nov. 2007.

TREVIZAN, M. A. **Enfermagem hospitalar**: administração e burocracia. Brasília: Universidade de Brasília, 1988.

_____. **Liderança do enfermeiro**: o ideal e o real no contexto hospitalar. São Paulo: Sarvier, 1993.

WEHBE, G.; GALVÃO, C. M. O enfermeiro de unidade de emergência de hospital privado: algumas considerações. Ribeirão Preto, **Rev. Latino-Americana Enfermagem**. v.9 n. 5, p. 86-90, março/abr. 2001.

WITT, R. R. Sistemas de referência e contra-referência num serviço de saúde comunitária. In: JULIANI, C. M. C. M. e CIAPONE, M. H. T. **Organização do sistema de referência e contra-referência no contexto do sistema de Saúde**: a percepção de enfermeiros. Rev. Esc. Enf. USP, v. 33, n. 4, p. 323-333, dez. 1999.

ZANON, U. **Qualidade da assistência médico-hospitalar**. Rio de Janeiro: MEDSI, 2000.

APÊNDICES



APÊNDICE 1

TERMO DE ACEITE DE ORIENTAÇÃO

Eu, Gladys Amélia Velez Benito, professora do Programa de Mestrado Profissionalizante em Saúde e Gestão do Trabalho, área de concentração em Saúde da Família, declaro que o mestrando Clóvis Fernando Darolt, é meu orientando, tendo como tema de Dissertação: “Concepções sobre a integralidade em saúde no processo de trabalho de enfermagem de uma unidade de emergência”.

Itajaí, ___/___/___

GLADYS AMÉLIA VELIZ BENITO
Orientadora

CLOVIS FERNANDO DAROLT
Mestrando



APÊNDICE 2

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

CONVITE A PARTICIPAÇÃO EM UM ESTUDO

Eu, _____

Documento de identidade nº _____ declaro que consinto, de forma livre e esclarecida, a participar do estudo “**Concepções sobre a integralidade em saúde no processo de trabalho da enfermagem em uma unidade de emergência**”, desenvolvido pelo mestrando Clovis Fernando Darolt, aluno do Programa de Mestrado Profissionalizante em Saúde e Gestão do Trabalho, área de concentração em Saúde da Família, da UNIVALI e sob a orientação da Professora Dra. Gladys Amélia Veliz Benito. Declaro que recebi todas as informações referentes ao projeto, em especial quanto às questões éticas envolvidas. Assim, ficou claro que os dados serão sigilosos, minha identidade será preservada pelo anonimato e os dados terão somente utilização acadêmica.

Data: ____/____/____

Assinatura: _____

Tel.: _____

e.mail:



APÊNDICE 3

DISSERTAÇÃO:

INSTRUMENTO-GUIA PARA COLETA DE DADOS

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Nome:

Idade:

Formação completa:

Tempo de atuação na área da Saúde:

Tempo de atuação no serviço de emergência:



APÊNDICE 4

UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONALIZANTE EM SAÚDE E GESTÃO DO TRABALHO

TERMO DE COMPROMISSO DE UTILIZAÇÃO DE DADOS

Os abaixo-assinados, pelo presente 'Termo de Compromisso de Utilização de Dados', em conformidade com a Instrução Normativa n. 004/CEP/UNIVALI/2002, autores do projeto de pesquisa intitulado "Concepções sobre a integralidade em saúde no processo de trabalho da enfermagem em uma unidade de emergência", comprometem-se em utilizar os dados coletados somente para fins deste projeto, destinados a elaboração da Dissertação do Curso de Mestrado Profissionalizante em Saúde e Gestão do Trabalho, e possível divulgação científica, através de Relatório, Resumo, Artigo, Livro ou Capítulo. Informamos também que as instituições foram previamente consultadas, concordando e propiciando as condições necessárias para a obtenção dos dados. Outrossim, comprometemo-nos a retornar os resultados da pesquisa às Instituições, apresentando-os aos seus representantes legais.

Itajaí, ___/___/___

GLADYS AMÉLIA VELIZ BENITO
Orientadora

CLOVIS FERNANDO DAROLT
Mestrando



APÊNDICE 5

INSTRUMENTO GUIA PARA A ETAPA DE TEORIZAÇÃO

- 1) Conceito sobre saúde.
- 2) Descreva os princípios do SUS e fale sobre eles.
- 3) Sobre a ótica da integralidade, qual a concepção que você tem em seu processo de trabalho, considerando cotidiano. Você identifica a inter-relação das ações desenvolvidas?
- 4) Você desenvolve ações para consolidar a integralidade?



ANEXOS

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](#)