

CARMEN ELIZABETH KALINOWSKI

**O TRABALHO DA ENFERMEIRA NA REDE BÁSICA DE SAÚDE :
um estudo de caso**

CURITIBA

2000

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE MESTRADO EM ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
MESTRADO INTERINSTITUCIONAL – UFSC/UFPR

**O TRABALHO DA ENFERMEIRA NA REDE BÁSICA
DE SAÚDE : um estudo caso**

CARMEN ELIZABETH KALINOWSKI

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Mestre em Assistência de Enfermagem.

Orientadora: Dra. MARIA LOURDES GISI

CURITIBA

2000

27/09/2000


O TRABALHO DA ENFERMEIRA NA REDE BÁSICA
DE SAÚDE : um estudo de caso

CARMEN ELIZABETH KALINOWSKI

Esta dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela banca examinadora para a obtenção do título de:

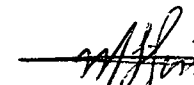
Mestre em Enfermagem

E aprovada em sua versão final 27/09/2000, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Curso de Mestrado. Área de Concentração: Assistência de Enfermagem



Dra. Denise Pires de Pires
Coordenadora do Programa

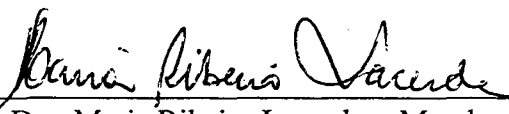
BANCA EXAMINADORA:



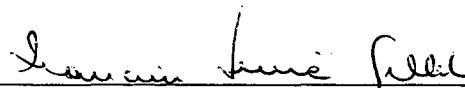
Dra. Maria Lourdes Gisi – Presidente



Dra. Denise Pires de Pires – Membro



Dra. Maria Ribeiro Lacerda – Membro



Dda. Francine L. Gelbecke – Membro

Dra. Lourdes Emília Novakoski – Membro suplente

AGRADECIMENTOS

Não construímos amizades como construímos casas,
mas as descobrimos, como o musgo,
sob as folhas de nossa vida,
escondidas em nossas experiências.

William Rader

Fazer uma página de agradecimentos me fez repensar o próprio trabalho e minha trajetória profissional. O pensamento deixado é um presente a cada um que direta e indiretamente auxiliou nessa construção, pois descobri neles novos companheiros.

Obrigada a cada um que compartilhou essa jornada:

Aos colegas do Curso de Graduação, onde começamos a conhecer a Enfermagem;

A todos os funcionários que em algum momento da minha vida profissional compartilharam comigo os caminhos do trabalho da enfermagem, aprendendo juntos;

Aos colegas enfermeiros da Secretaria Municipal de Saúde; é com e para vocês que trilho os caminhos do trabalho da enfermagem nas unidades de saúde;

Aos colegas que participaram dessa reflexão sobre o nosso trabalho; vocês muito contribuíram para compreendermos que somos capazes de chegar aonde queremos;

À Secretaria Municipal da Saúde, que permite essa reflexão e compartilha dela, tendo colaborado muito no meu crescimento profissional;

Aos colegas do Curso de Mestrado, com os quais comecei a aprofundar e buscar explicações para minhas inquietações sobre a enfermagem;

Aos professores do Curso de Mestrado, que com incessantes leituras e discussões, contribuíram para o crescimento do meu conhecimento;

Às coordenadoras Prof^a. Dra. Tamara Cianciarullo e Prof^a. Dra. Maria de Lourdes Centa, que com firmeza e dedicação me auxiliaram a concluir esse curso;

À Prof^a Dr^a Vanda Jouclas, que iniciou a construção do meu estudo sobre o trabalho no Mestrado;

À Prof^a Dr^a Maria Lourdes Gisi, que nesse curto espaço de tempo incentivou, construiu e concluiu esse estudo junto comigo;

Aos colegas professores do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Paraná, que com apoio e amizade sempre estão ajudando a construir a enfermagem;

Aos funcionários do Departamento, da Coordenação do Curso de Enfermagem e do Curso de Pós-Graduação da UFPR, cujo apoio e camaradagem ajudam o nosso trabalho cotidiano;

Em especial, à minha família, meu mundo muito especial e a todos que em algum momento dessa trajetória colaboraram, deixo esse presente que representa um pouco da nossa história como família:

Toda realização digna de nota,
grande ou pequena,
tem suas etapas de labuta e triunfo;
um início, uma luta e uma vitória.

RESUMO

O presente estudo tem como objetivo caracterizar o trabalho da enfermeira, com base na opinião dos profissionais em um Distrito Sanitário na rede básica de saúde do Município de Curitiba. Utiliza como referência teórica estudos sobre o trabalho da enfermagem e o estudo de caso como modalidade de pesquisa qualitativa. Os dados, obtidos em oficinas com 14 enfermeiras, possibilitaram visualizar as categorias que traduzem os significados do trabalho e do trabalho em enfermagem para as participantes, percebendo-se que motivação, poder e invisibilidade perpassam o cotidiano profissional. Os dados também permitiram visualizar as principais categorias que representam o dia-a-dia do trabalho da enfermeira nas unidades de saúde, obtendo-se, assim, a organização do ambiente do trabalho, a fragmentação do trabalho assistencial, atividades burocráticas e a falta de autonomia. Os resultados revelam que a preocupação das profissionais não está limitada as dificuldades relacionadas ao seu trabalho, mas à busca da sua compreensão para a construção de uma prática de enfermagem que represente, sua competência profissional.

Palavras chaves: trabalho da enfermeira; enfermeira; rede básica de saúde

ABSCTRAT

The aim of this study is to characterize the nurse's work, based on opinions of professionals of a health district in the Municipal health basic net of Curitiba. It uses as theoretic reference, studies regarding nursing and case study as qualitative research modality. The data, obtained from workshops with 14 nurses, facilitated the visualization of the categories that demonstrate the meaning of the work, and the nursing work to the participants. From this, we noted that motivation, power and invisibility on work passes by on professional quotidian. The data also facilitated the visualization of the main categories that represent the daily work of the nurse in health units, achieving the work ambience organization, the assistance work fragmentation, bureaucratic activities and the lack of autonomy. The results showed that the professionals' preoccupation is not limited to difficulties related to their work, but a searching of comprehension, to build a nursing practice that represents its professional competence.

Key words : Nurse's work; Nurse ; Health basic net.

SUMÁRIO

RESUMO	vii
ABSTRACT	viii
1 INTRODUÇÃO.....	1
1.1 O INTERESSE PELO ESTUDO	1
1.2 OS OBJETIVOS.....	8
1.2.1 Geral.....	8
1.2.2 Específicos	8
2 REFERENCIAL TEÓRICO	9
2.1 A TRAJETÓRIA DA ENFERMAGEM COMO PROFISSÃO.....	9
2.2 O TRABALHO DA ENFERMAGEM.....	22
3 O PERCURSO METODOLÓGICO.....	32
3.1 O MÉTODO DE INVESTIGAÇÃO	32
3.2 O CENÁRIO DO ESTUDO.....	36
3.3 O PROCESSO DE CAPTAÇÃO DOS DADOS	42
4 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS	47
4.1 CONTEXTO DA SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE NO MOMENTO DA COLETA DOS DADOS.....	47
4.2 APRESENTANDO AS PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	49
4.3 APRESENTANDO OS DOCUMENTOS NORTEADORES DO TRABALHO DAS ENFERMEIRAS.....	50
4.4 APRESENTANDO OS DADOS.....	53
4.4.1 Os significados do trabalho	53
4.4.2 Os significados do trabalho da Enfermeira em unidade de saúde	59
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	67
6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	70
7 ANEXOS.....	74

1 INTRODUÇÃO

1.1 O INTERESSE PELO ESTUDO

O objeto de investigação do presente estudo é o trabalho das enfermeiras em unidade de saúde. Para analisá-lo, buscou-se inicialmente identificar como as enfermeiras percebem o seu trabalho e quais os elementos que determinam sua prática cotidiana.

Compreender os elementos que determinam o trabalho e as relações sociais que se estabelecem nesse contexto possibilita à enfermeira desenvolver uma prática mais reflexiva e, portanto, com maior possibilidade de transformação.

Nessa perspectiva é de fundamental importância que a enfermeira entenda seu trabalho como uma prática social, histórica, determinada e transformadora. Que é mediante o trabalho, *compreendido como todas as formas de atividade humana através das quais o homem apreende, compreende e transforma as circunstâncias, ao mesmo tempo que é transformado por elas* (Marx e Engels, 1999, p.202), que se dá a construção social da profissão.

A compreensão da enfermagem como prática social e comprometida com a transformação social é uma expectativa que começa a ser enfatizada a partir da década de 1980, o que pode ser constatado na produção científica e nos fóruns de discussão sobre a formação profissional (Germano, 1983; Almeida e Rocha, 1986; Silva, 1989; ABEn, 1991, 1998).

Entendendo-se que a unidade de saúde é um dos locais em que acontecem as dinâmicas sociais da profissão com a sociedade, do profissional com os demais membros da equipe de saúde, isto é, da enfermeira com os indivíduos e grupos sociais e da enfermeira com as estruturas de serviço em que ela exerce a sua função profissional, optou-se por esse espaço por ser o local onde a autora desenvolve as suas atividades técnicas como enfermeira e como

professora responsável pela disciplina de gerência e administração de serviços de enfermagem em unidades de saúde.

Embora já existam importantes trabalhos de análise do processo de trabalho da enfermagem em saúde coletiva – Tecnologia e Organização Social das Práticas de Saúde (Gonçalves, 1994); Saúde Coletiva (Egry, 1996); O Trabalho de Enfermagem (Almeida e Rocha, 1997) e a recente publicação sobre a Classificação Internacional sobre as Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva (Chianca e Antunes, 1999) – percebe-se que nas unidades de saúde que se constituíram local desse estudo, esse tema é pouco abordado e aprofundado pelas profissionais. Todo esforço está voltado para o fazer e este se limita a ações administrativas e gerenciais do serviço, ao preparo do ambiente assistencial da unidade de saúde e à coordenação das atividades dos programas e projetos de saúde elaborados para o Município.

Em relação às ações administrativas do serviço, observa-se maior preocupação com o supervisionar, fazer relatórios e preencher impressos e formulários referentes aos pedidos de material e equipamentos.

Nas atividades ligadas ao ambiente assistencial, nota-se a preocupação com o preparo e supervisão da organização do ambiente: o trabalho invisível da enfermeira, conforme indica Lunardi (1998). Essa organização do ambiente de trabalho não aparece para os demais membros da equipe de saúde, portanto recebe pouco reconhecimento como atividade técnica profissional.

Dentre as atividades assistenciais desenvolvidas nas unidades de saúde, preconiza-se que a enfermeira seja a coordenadora das ações assistenciais e administrativas inseridas nos diferentes programas ou projetos de saúde executados nas unidades de saúde ou na comunidade sob sua responsabilidade. No entanto, percebe-se que esse trabalho, ao responder às inúmeras demandas do serviço, não tem se constituído em uma atividade planejada a partir das reais prioridades apontadas pelo diagnóstico das necessidades da comunidade.

Cabe à enfermeira, também, ser a coordenadora das atividades assistenciais advindas da atividade médica, isto é, a executora, supervisora, controladora e avaliadora de procedimentos de enfermagem: curativos; administração de medicamentos; visita domiciliar; pré e pós-consulta, entre outras, que serão na grande maioria realizadas pela equipe de auxiliares de enfermagem.

O auxiliar de enfermagem é encarregado de um dos procedimentos por determinado período, estando sob responsabilidade da enfermeira. A divisão do trabalho da

equipe de enfermagem é realizada mediante escala de serviço, na qual se observa a fragmentação da assistência de enfermagem, em contraponto com as colocações de humanização e de um trabalho mais integral que essa categoria profissional vem propondo para a sua clientela.

Na tentativa de ultrapassar as dificuldades existentes, as enfermeiras têm elaborado propostas para o atendimento de enfermagem baseadas nas premissas de humanização: integralidade; responsabilidade; parceria com outros profissionais e instituições. No programa de assistência à gestante – Mãe Curitibana –, da Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba, observa-se uma preocupação em articular as atividades para a mulher de forma mais integral mediante a consulta médica e de enfermagem, as oficinas de preparo para o parto e as visitas a maternidades, cabendo à enfermeira a articulação das atividades ofertadas às mulheres gestantes residentes no território de responsabilidade da unidade de saúde. Tais iniciativas, no entanto, ainda não têm obtido o resultado esperado pela categoria profissional, principalmente em relação às consultas e assistência de enfermagem realizadas pelas enfermeiras, o que tem gerado sentimentos de insatisfação com o trabalho desenvolvido.

Ao planejar a atividade prática, a enfermeira deverá utilizar de referencial teórico – assistencial e administrativo –, técnico e político, demonstrando a dimensão da sua prática social e, assim, construindo o seu papel profissional. Esse referencial teórico, técnico e político necessita cada vez mais ser explicitado, apreendido e transformado pela enfermeira, para que esta possa conquistar um espaço profissional dentro da equipe de saúde e da sociedade.

Para estabelecer esse espaço, a profissional necessita conhecer e enfrentar a realidade, construindo e modificando a sua atuação, não se acomodando à situação imposta, buscando crescer no conhecimento de “como promover a vida”, entendido como o fazer saúde para a enfermagem. Para isso, precisa ultrapassar o modelo centrado na doença, característico do modelo médico, adotando novos paradigmas como norteadores da sua prática (Erdmann, 1994).

O modelo centrado na doença, baseado essencialmente no diagnóstico médico, com uma visão de atendimento individual e curativista, vem determinando não só as ações dos demais profissionais da área, como a enfermagem, mas toda a organização dos serviços de saúde.

Pires (1998, p.87) afirma que a *assistência de saúde resulta do trabalho coletivo parcelado em diversas atividades e exercida por diferentes profissionais de saúde, [...] mas o processo da assistência é controlado e centralizado pelo médico*, que delega aos outros membros da equipe de saúde as demais atividades. Nesse contexto, a enfermagem organiza de forma fragmentada seu trabalho, distribuído conforme a pressão da demanda .

Observa-se que ao planejar a assistência de enfermagem do seu cliente, a enfermeira tem ação de inter e em determinadas situações dependente da ação profissional do médico, causada pelo modelo biomédico fortemente inserido nos sistemas de saúde. Assim, implantar ou desenvolver uma prática assistencial nos serviços de saúde que não seja centrada no modelo médico é um árduo caminho, principalmente se há pouco exercício da práxis reflexiva¹ do trabalho e de seus determinantes pelo grupo de profissionais que o exercem.

Pires (1998, p.87) considera que a *lógica da organização capitalista do trabalho penetra na organização da assistência de saúde, o que se verifica mais claramente no espaço institucional*, onde o parcelamento das tarefas aparece baseado na divisão social do trabalho: diferentes profissionais executando diferentes ações junto aos indivíduos e/ou grupos.

O trabalho social em saúde, baseado nessa lógica de divisão social do trabalho em saúde necessita de alguém que assuma a coordenação e o gerenciamento desse trabalho fragmentado, que inicialmente é determinado e dirigido pelo médico, e coube à enfermeira o papel de gerente do ambiente da assistência, da organização e do controle das atividades de assistência.

A execução de tarefas como: controle das ações desenvolvidas pelos demais profissionais; elaboração de normas e rotinas; diversas solicitações de materiais, medicamentos ou outros recursos necessários para a prática assistencial; consomem grande parte do trabalho da enfermeira, gerando situações de conflito e insatisfação para a profissional (Faria, 1995).

Observa-se essa situação também na prática assistencial da enfermagem, com a enfermeira exercendo o planejamento, controle e a fiscalização do trabalho dos demais membros de sua equipe. Nota-se, ainda, uma prática assistencial parcelada e realizada por

¹ Práxis reflexiva, segundo Vásquez (1977) e Kueznar (1992), tem origem grega e significa ação humana livre, criativa e autocriativa, consciente, transformadora, produto de uma atividade científica vinculada a uma prática social. O sujeito tem consciência de sua história, da estrutura social, da sua alienação e de seus interesses, podendo conscientemente agir sobre a construção da sua realidade e do conhecimento produzido por essa relação. Significa que o conhecimento é produzido por meio da relação sujeito-objeto, na e dentro da ação em que ocorre o movimento dialético entre a teorização e a prática, sempre de caráter transformador.

profissionais que não detêm o conhecimento de todo o processo de trabalho do cuidado, mas a execução de tarefas ou procedimentos determinados pela enfermeira.

A maneira como a enfermagem se articula e organiza a sua prática profissional tornou-se objeto de interesse e preocupação desse estudo porque em muitos momentos da minha vida profissional percebi uma prática passiva e sem construção de identidade profissional. Foi a partir dessa constatação que optei por desenvolver um trabalho que pudesse contribuir com a construção da práxis reflexiva, pela compreensão do trabalho da enfermeira no contexto social mais amplo, de modo que sua prática seja orientada pelo compromisso com a transformação.

Essa necessidade da busca da transformação da prática da enfermagem foi sentida durante toda a minha vida profissional (são 22 anos de exercício da profissão), atuando como enfermeira assistencial ou como docente.

A trajetória da minha vida profissional sempre foi permeada por inquietações, reflexões e busca da compreensão do processo de trabalho dentro do contexto das diferentes instituições onde atuei como enfermeira ou como docente. Inquietava-me pela não definição clara das ações da enfermeira, pela realização de ações burocráticas, principalmente na organização dos serviços de saúde, seja nas unidades de saúde ou na organização dos serviços de saúde municipais; preocupava-me com a percepção dos profissionais que aceitavam com muito vigor esses papéis definidos por outros profissionais e questionando muito pouco o espaço para as ações assistenciais de enfermagem; inquietava-me com a facilidade de a profissional enfermeira organizar o do trabalho dos demais profissionais de saúde, ainda que muitas vezes “sem espaço” para organizar o seu.

Este “sem espaço” é o que sempre procuro entender; ou as profissionais não sabem qual é o seu papel, ou não querem assumir sua atuação assistencial específica, ou aceitam facilmente o fato de a instituição as contratar para organização do serviço e do ambiente de trabalho.

Minha atuação profissional sempre esteve voltada para a prática em Saúde Pública; inicialmente, como docente, desenvolvendo atividades com alunos em um ambulatório na cidade de Curitiba, onde procurávamos demonstrar que a ação da enfermeira não se limitava só à área hospitalar nem à área administrativa. Esse foi o primeiro conflito provocado no ambiente de trabalho. Primeiro, porque meus colegas docentes só percebiam a atividade da enfermeira dentro do âmbito hospitalar, pouco valorizando as atividades fora dos muros

hospitalares; segundo, porque as colegas enfermeiras não sabiam como receber esses alunos, pois mesmo trabalhando num ambiente para promoção da saúde e prevenção da doença suas ações eram mais curativas e assistenciais e de organização do ambiente de trabalho.

Outro momento da minha vida profissional que considero ilustrativo do trabalho da enfermeira e suas contradições, foi quando organizei e implantei o serviço municipal de saúde de um município da região metropolitana de Curitiba, com dois postos de saúde na região urbana e 5 minipostos na região rural do município, contando com três profissionais médicos e 10 agentes de saúde. Quando da contratação de uma segunda profissional enfermeira para desenvolver a supervisão das atividades dos agentes e auxiliar na implantação de um serviço de atendimento de enfermagem à população, chamaram minha atenção dois fatos; primeiro, a resistência não só dos demais colegas da administração municipal, que não compreendiam a ação da enfermeira; segundo, da própria profissional contratada, que tão logo iniciou seu trabalho, concentrou todo o seu tempo na supervisão e administração, em alguns momentos fazendo isso paralelamente à direção do serviço; assim, não “achava espaço” para desenvolver as atividades de atendimento de enfermagem.

Um outro momento importante refere-se ao meu ingresso na Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba, onde inicialmente exerci as ações de implantação e gerenciamento de uma unidade de saúde e paralelamente desenvolvi as atividades assistenciais nos programas de atenção à saúde da criança, da mulher e do adulto, prestando consulta de enfermagem; atividades de educação em saúde aos diferentes grupos; realizando atendimentos de cuidados de enfermagem e treinando em serviço uma equipe de enfermagem constituída por 14 atendentes de saúde, da qual apenas dois eram auxiliares de enfermagem. Essa experiência deixou evidente que é possível à enfermeira organizar o seu espaço de atuação, desenvolvendo ações voltadas para o planejamento e a prestação da assistência. Sempre me intrigou o fato de algumas colegas que só exercem as atividades gerenciais afirmarem que não há tempo para outra atividade ou que “a instituição não dá espaço para a atuação assistencial da enfermeira”.

Hoje, atuando principalmente na docência, sinto aumentar minha responsabilidade sobre a transformação da prática da enfermeira em unidades de saúde, pois entendo que a educação é fruto imediato das relações com o meio social; assim, ao buscar a relação do ensino com o cotidiano da enfermagem, entendo que é também nesse contexto que os alunos irão construindo o perfil da atuação profissional da enfermeira.

A escola mantém uma relação dialética com a sociedade onde se insere, sendo determinada ao mesmo tempo em que determina comportamentos sociais, na medida em que tem a possibilidade de criar, transformar ou simplesmente reproduzir saberes e valores.

Saviani (1991) vê na concepção dialética da educação a possibilidade de transcender os limites históricos impostos ao seu papel transformador (da educação). Admitindo que em todo processo social há contradições internas das quais podem surgir novas formas de superação, a educação teria como papel colocar-se a serviço da nova formação social em gestação no seio da velha formação até então dominante. Nessa perspectiva, os docentes têm responsabilidade com a transformação da prática para que se oportunize a formação de enfermeiras competentes.

Meu entendimento da competência da enfermeira em Saúde Pública é consonante com a proposta apresentada no documento da ABEn (1991, 1998), segundo o qual a enfermeira deve ter um papel como agente transformador da sociedade, analisando criticamente a sua prática e propondo e implantando as mudanças necessárias.

Não acredito só na formação profissional com competência técnica e habilidades para suprir o mercado de trabalho. A articulação entre educação e trabalho concebida por neoliberais resume-se na “educação para o emprego”, não a educação para a formação da consciência cidadã. Acredito que o trabalho humano da enfermeira deve colaborar para a transformação da sociedade e não só para a empregabilidade no mercado vigente; por isso a necessidade de se estar fazendo uma reflexão sobre a prática profissional da enfermeira em Saúde Pública.

A inter-relação entre os diferentes aspectos que se observam na prática das enfermeiras e a constatação da distância entre o que vem sendo preconizado pela enfermagem e a observação da realidade levaram-me a formular os seguintes questionamentos:

- 1 - Qual a percepção das enfermeiras sobre o seu trabalho nas unidades de saúde?
- 2 - Que elementos determinam a forma como o trabalho das enfermeiras é realizado nas unidades de saúde?
- 3 - Quais são as possibilidades de superação das condições existentes por uma prática transformadora?

As questões levantadas possibilitaram nortear o processo de investigação e a trajetória da construção sobre o tema que sempre me confronta, apaixonou-me e direcionou o meu exercício profissional e me levaram a definir os objetivos desse estudo.

1.2 OS OBJETIVOS

1.2.1 GERAL

Analisar o trabalho das enfermeiras nas unidades de saúde de um distrito sanitário de saúde da cidade de Curitiba.

1.2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1 – Identificar a percepção das enfermeiras sobre o seu trabalho nas unidades de saúde.

2 – Identificar os elementos que determinam a forma como o trabalho da enfermeira é realizado nas unidades de saúde.

3 – Refletir sobre as possibilidades de superação das condições existentes na prática da enfermeira nas unidades de saúde.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 A TRAJETÓRIA DA ENFERMAGEM COMO PROFISSÃO

A presente trajetória tem com o objetivo caracterizar e contextualizar a profissionalização da enfermagem ao longo da história e a influência sobre ela de determinantes sociais, políticos e econômicos.

Autores como Germano (1983), Silva (1989), Pires (1989) e Saupe (1998) colocam que no Brasil o marco divisor da enfermagem profissional foi 1922, com a criação da Escola de Enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde Pública, na cidade do Rio de Janeiro, mas não deixam de apresentar fatos que podem ser considerados com parte da história pré-profissional brasileira e que influenciaram e marcaram a construção da enfermagem profissional no Brasil, tais como:

- atividades desenvolvidas nas Santas Casas de Misericórdia pelos religiosos e leigos, com o principal *objetivo de atender as necessidades de 'hospedagem' dos doentes* (Saupe, 1998, p.34), caracterizando as atividades de enfermagem como domésticas e caritativas; a prática de enfermagem hospitalar era predominantemente leiga e subserviente, desenvolvida por religiosas (Fernandes, 1985);

- atividades voltadas para a área materno-infantil, criação dos cursos de parteiras junto às Faculdades de Medicina da Bahia em 1808 e do Rio de Janeiro em 1832 e a criação das enfermeiras obstétricas em 1847 (Silva, 1989; Saupe, 1998); criação do curso de obstetrícia em São Paulo em 1899 e a fundação das Escolas de Parteiras, em 1902;

- atividades voltadas para a área da psiquiatria, com a criação da Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras no Hospital Nacional de Alienados (atual Escola de Enfermagem Alfredo Pinto), em 1890 no Rio de Janeiro, mediante Decreto nº 791 de 27 de setembro de 1890, com o objetivo de preparar enfermeiros e enfermeiras para o trabalho nos hospícios e nos hospitais civis e militares. A criação dessa escola teve como objetivo atender

às necessidades de administração do hospital e de prestar cuidados aos pacientes internados, devido à saída das irmãs de caridade responsáveis pela enfermagem, ocasionado pela incompatibilidade com a nova direção da instituição e com a pretensão de formar profissionais por uma escola controlada pelos médicos, institucionalizando o poder médico como elemento central da assistência de saúde (Pires, 1989; Saupe, 1998). A escola foi estruturada com base no sistema de formação francês para o pessoal de enfermagem, formado no modelo religioso e caritativo, tendo na Escola Salpêtrière Francesa o seu principal referencial (Pires, 1989);

- atividades voluntárias para atender às emergências por meio da criação da Escola da Cruz Vermelha (1916), com um curso para preparar voluntárias para atender às emergências na Primeira Guerra Mundial, baseado na assistência caritativa, tipo das instituições cristãs de auxílio aos marginalizados e desprivilegiados socialmente. Essa escola foi subordinada ao Ministério da Guerra, pelo Decreto n° 21.141 de 1932, que regulamentava a organização do quadro de enfermeiras no exército e determinava as condições de funcionamento dos cursos de enfermagem dos hospitais e estabelecimentos militares. Segundo Pires (1989), esse decreto não seguia os padrões estabelecidos no Decreto n° 20.109 de 1931, que regulamentava os cursos de formação de enfermeiras, o que criou uma situação dupla e dúbia na formação de enfermeiras no Brasil.

Para autores como Pires (1989), Silva (1989) e Saupe (1998), a estruturação mundial da enfermagem como profissão se dá a partir de 9 de julho de 1860, data da criação da Escola de Enfermeiras no Hospital Saint Thomas em Londres, coordenada por Florence Nightingale: que institui o ensino de enfermagem e estabelece nesse campo específico do saber e da prática de saúde uma nova profissão. As metas da escola, segundo Silva (1989, p.52), *eram o preparo de pessoal (nurses) para exercer os serviços usuais de enfermagem hospitalar e domiciliar e o preparo de pessoas mais qualificadas para as atividades de supervisão, administração e ensino (ladies-nurses).*

O modelo de ensino implantado e que passou a difundir-se como Sistema Nightingale foi estruturado dentro dos seguintes princípios, segundo Pires (1989), Saupe (1998) e Silva (1989):

- formação em escola própria, dirigida por enfermeiras e anexa a um hospital no qual as alunas aprendem as práticas da enfermagem, prestando assistência durante 8 horas diárias;

- seleção rigorosa das alunas - que devem ser do sexo feminino - e dotadas de valores morais, físicos, intelectuais e de aptidão profissional, dentro dos padrões considerados de melhor qualidade para a sociedade da época;

- formação na forma de internato, isto é, as alunas vivem na escola como um espaço de convivência e de formação de valores morais e de conduta ascética e caridosa. Carvalho, citada por Silva (1989, p.52) aponta que a:

finalidade das alunas viverem em regime de internato e submetidas a uma disciplina rigorosa era de desenvolver traços de caráter considerados desejáveis a uma boa enfermeira, tais como sobriedade, honestidade, lealdade, pontualidade, serenidade, espírito de organização, correção e elegância;

- instituição de formas organizativas das ex-alunas, a fim de normalizar o exercício profissional, preservar os princípios básicos da profissão e divulgar os conhecimentos produzidos;

- fundamentar as alunas para o exercício do cuidados aos enfermos e necessitados, para a manutenção administrativa do espaço hospitalar e para o ensino em enfermagem.

A enfermagem nightingaleana se difunde, então, por todo o mundo ocidental, influenciando decisivamente na estruturação da nova profissão. Firmou-se como profissão organizada sob controle e princípios próprios, utilizando os conhecimentos das demais áreas da ciência já acumulados pela humanidade e produzindo o seu próprio saber no campo da saúde.

No Brasil, a criação da Escola de Enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde Pública em 1922 pelo Decreto nº 15.799 de 10 de novembro de 1922, recebeu a influência indireta do modelo de ensino preconizado por Florence Nightingale, estruturada por um grupo de profissionais americanas que utilizaram o modelo americano do Sistema Nightingale (Pires, 1989; Saupe, 1998). Pires (1989, p.77) ressalta que *as escolas americanas estavam diretamente vinculadas a hospitais particulares, servindo a seus interesses imediatos de mão-de-obra e de diminuição de custos, o que redundava na hipertrofia das atividades práticas das alunas*; no Brasil, as escolas estavam vinculadas ao sistema público para atuação na saúde pública, nas atividades de educação em saúde e sanitária.

O curso priorizava a formação de enfermeiras para a assistência em programas de saúde pública, mas observam-se situações contraditórias: primeiro, o grande tempo destinado a estágios hospitalares; segundo *a situação de campo de prática hospitalar criada pelas*

enfermeiras americanas era fictícia, bastante diversa da existente nos hospitais brasileiros, o que certamente dificultava a adequação das futuras enfermeiras a esta área de seu exercício profissional (Silva, 1989, p.78); terceiro, as enfermeiras brasileiras, uma vez diplomadas, a exemplo das inglesas, destinavam-se a atividades de administração, supervisão e ensino (Silva, 1989; Pires, 1989; Saupe, 1998).

As atividades iniciais das primeiras enfermeiras diplomadas aconteceram na área de educação sanitária, nos setores de tuberculose e higiene infantil, atuando na formação das visitadoras sanitárias de higiene, responsáveis diretas pelas ações educativas e de prevenção à saúde junto à população da cidade do Rio de Janeiro. Essas visitadoras foram incorporadas ao Serviço de Enfermagem do Departamento Nacional de Saúde Pública e muitas delas posteriormente se formaram pela escola como enfermeiras (Germano, 1983; Pires 1989; Silva, 1989; Saupe, 1998).

Relacionando com a situação epidemiológica da época, o Brasil apresentava um quadro preocupante em relação ao predomínio de doenças pestilenciais, como cólera, peste bubônica, varíola e doenças de massa, como tuberculose, lepra e febre tifóide. Esse quadro interferia nas relações comerciais, principalmente na exportação do seu produto principal – o café. Considerando os interesses ligados à economia exportadora cafeeira, o governo republicano estabeleceu as primeiras ações para uma política sanitária, com o intuito principal de saneamento dos portos e núcleos urbanos de interesse comercial e financeiro, criando condições sanitárias indispensáveis às relações comerciais com o exterior (Silva 1989; Pires, 1989).

O principal interesse do Governo Brasileiro era criar condições sanitárias adequadas ao desenvolvimento do capitalismo, pois a situação sanitária da maioria das cidades brasileiras era precária, havendo epidemias de doenças infectocontagiosas, o que influenciava a exportação de produtos brasileiros. Naquele período a prática de enfermagem voltou-se para a saúde pública e teve como finalidade atender a política de saúde necessária para o modelo econômico do estado brasileiro agrário-exportador (Nakamae, 1987).

São desenvolvidas, então, as campanhas de saneamento e urbanização dos principais centros do país, bem como vacinação obrigatória, vigilância sanitária e educação sanitária.

O mesmo grupo de enfermeiras americanas citadas anteriormente veio com a finalidade de organizar o Serviço de Enfermagem do Departamento Nacional de Saúde

Pública, mediante o convênio com o Serviço Internacional de Saúde da Fundação Rockefeller (Germano, 1983; Silva, 1989; Pires, 1989; Saube, 1998). Esse serviço ficou responsável pelo trabalho sanitário de todo o município do Rio de Janeiro, respondendo também pelas visitadoras sanitárias.

A criação do Serviço de Enfermagem do Departamento Nacional de Saúde Pública, ligado diretamente à direção geral, denota o prestígio da profissão que ora emergia, sendo o único serviço que centralizava as atividades de uma categoria profissional. Pires (1989, p.130) busca explicar esse momento histórico, chamando a atenção para a forma e o momento histórico em que surge a profissão

...no bojo das necessidades de implantação e expansão do capitalismo, às quais as práticas de enfermagem em saúde pública serviriam, além de as características ideológicas da profissão - de submissão e servilidade ao Estado e aos médicos - não representarem ameaça à ordem vigente.

Tais características, observadas nas propostas das primeiras escolas de formação de enfermeiras, atendiam às necessidades de controle das práticas dos exercentes da saúde por um profissional, o médico, que se estruturava como intelectual detentor e controlador das práticas de saúde.

O nascimento da enfermagem profissional apresentou-se como resposta das classes dominantes inglesas e norte americanas à necessidade de melhorar a assistência ao doente hospitalizado e, no caso brasileiro, à demanda do setor público de saúde pública.

Outro ponto considerado importante no processo de profissionalização da enfermagem foi o a divisão social do trabalho, podendo-se observar que a população feminina pertencente ao proletariado desenvolvia as ações de atendentes de enfermagem e fazia o curso de auxiliar de enfermagem, enquanto as mulheres pertencentes à burguesia eram candidatas aos cursos de enfermeiras. Aquelas eram preparadas para atividades junto ao paciente, tidas como predominantemente manuais e estas, para as tarefas intelectualizadas de supervisão, ensino e administração (Silva, 1989).

Na história da profissionalização, outro elemento considerado importante na estruturação da profissão é a criação de uma entidade organizativa, iniciada em 1926 e registrada como Associação Nacional de Enfermeiras Diplomadas Brasileiras em 1928, cujo objetivo era estabelecer regras para o exercício profissional, promover o intercâmbio de conhecimento entre a categoria, além de ser o canal de expressão das necessidades da

profissão (Pires, 1989). Atualmente essa associação é nominada Associação Brasileira de Enfermagem – ABEn.

A associação, a partir de 1932, edita a Revista Anais de Enfermagem, com o principal objetivo de divulgar estudos relevantes para a profissão, o que segundo Miss Clayton, era indispensável para o seu desenvolvimento (Germano, 1983). Tal posição também foi defendida no Congresso Internacional de Enfermeiras, em Montreal, onde o Brasil foi representado por Edith Magalhães Fraenkel. A revista posteriormente foi fonte de informação para estudo sobre a enfermagem brasileira (Germano, 1983; Almeida e Rocha, 1986). Hoje, essa revista é denominada de REBEn – Revista Brasileira de Enfermagem.

Outro momento importante para a enfermagem brasileira foi a realização dos Congressos Brasileiros de Enfermagem, pela associação. O primeiro deles aconteceu em 1947; a divulgação dos aspectos da profissão era um dos objetivos desse evento (Silva, 1989).

No ano de 1931, o Decreto nº 20.109 de 1931 regulamenta o exercício da Enfermagem e define o currículo da Escola de Enfermeiras D. Anna Néry como referência padrão para equiparação dos cursos do gênero no país e, assim, as demais escolas passarem a ter o poder legal de emitir diplomas (Germano, 1983; Silva, 1989; Pires, 1989).

Em 1936 houve a criação do primeiro curso de formação de auxiliares por D. Lais Netto dos Reis, agregado à escola Carlos Chagas em Belo Horizonte, com duração de um ano, ficando assim instituídos os Cursos de Formação para Auxiliares de Enfermagem, regulamentados pela Lei nº 775 de 1949, que estabelece os critérios e o tempo de formação dos auxiliares de enfermagem em 18 meses letivos. Essa lei regulamenta o Curso de Enfermagem, que deve ser realizado em 36 meses, preconizando a exigência do ensino médio. Esta exigência foi protelada por doze anos, devido a pouca procura pelo curso (Nakamae, 1987; Pires, 1989; Saupe, 1998).

As atividades de enfermagem naquele período eram direcionadas ao conjunto da população, pelos programas gerais de saneamento básico, vacinação e campanhas de erradicação de determinadas moléstias, determinadas pelas políticas centralizadoras, com a criação dos Ministério da Educação e Saúde em 1930, do Serviço Nacional de Febre Amarela, do Serviço de Malária do Nordeste (1937) e do Serviço da Baixada Fluminense (1940) (Silva, 1989).

Observava-se, então, um movimento em direção à industrialização de setores no País, criando um mercado de trabalho e permitindo movimentos migratórios para centros

urbanos, com reflexos no setor da saúde, pressão na medicina curativa e individual, cujo alvo eram parcelas restritas da classe trabalhadora – os assalariados urbanos (Silva, 1989).

O Decreto nº 27.426/49 estabeleceu o currículo mínimo para a formação da enfermeira, privilegiando as disciplinas de caráter preventivo, embora o mercado já apontasse forte tendência para a assistência hospitalar curativa (Germano, 1983).

A formação das enfermeiras era voltada para a supervisão e a administração dos serviços de saúde, cabendo-lhes a supervisão principalmente nos centros cirúrgicos e unidades de internação, ficando o cuidado ao paciente cada vez mais a cargo dos auxiliares e demais membros da equipe (Capella et al., 1988).

Segundo Germano (1983, p 39):

este currículo surgiu numa fase em que prevalecia um espírito político supostamente liberal, com um capitalismo que ainda não comportava a privatização da saúde de forma empresarial, privilegiando, por conseguinte, o estudo das doenças de massas, através das disciplinas ditas de área preventiva.

Quanto ao quadro econômico e social observava-se um incremento da industrialização e o aumento da rede previdenciária, as políticas previdenciária e sanitária voltadas para as necessidades dos setores produtivos, em detrimento das reais necessidades do conjunto da população (Silva, 1989).

Em 1942 criou-se o Serviço Especial de Saúde Pública, convênio entre os governos brasileiro e americano, com o objetivo de prestar assistência médico-sanitária às populações amazônicas, combatendo a malária que grassava a região, garantindo o suprimento de borracha necessário ao esforço de guerra americano. Após o término do convênio, essa instituição foi transformada numa Fundação e o Ministério da Educação e Saúde foi reorganizado, criando-se o Departamento Nacional de Saúde que incorporaria, então, vários serviços de combate a endemias, institucionalizando as campanhas sanitárias e assumindo o controle da formação de técnicos em saúde pública. Em 1948, a campanha nacional de vacinação pelo método BCG já incorporava os progressos tecnológicos da indústria farmacêutica (Silva, 1989).

Com o surgimento de hospitais públicos com fins educacionais, como o Hospital das Clínicas de São Paulo e o Hospital São Paulo, as enfermeiras diplomadas passam a destinar-se principalmente à rede hospitalar em processo de modernização e de expansão (Silva, 1989; Saupe, 1998).

Observava-se no período que a maioria das escolas eram responsáveis pelo serviço de enfermagem dos hospitais onde ocorria o ensino prático (ABEn, 1980, p.230, citado por Silva, 1989, p.91)

no ano de 1956, um estudo indicava que 60,6% das 33 escolas investigadas assumiam esta responsabilidade, sendo que em 45% destes casos a diretora da Escola de Enfermagem acumulava a função de chefe de serviço de enfermagem do hospital geral de estágio e em 55% deles essa chefia era exercida por uma das professoras da escola.

Isso demonstrava a importância da área hospitalar sobre a formação das práticas da enfermagem e a influência do hospital no mercado de trabalho, tornando-se o maior empregador das enfermeiras no período (Silva, 1989; Saupe, 1998).

Na estrutura política incrementava-se a área assistencial curativa, com a perda de espaço da saúde pública para a área previdenciária (Silva, 1989).

Em 1955, a Lei nº 2.604 de 17 de setembro de 1955 passou a regular o exercício da enfermagem, englobando os vários decretos anteriores sobre esse assunto (Germano, 1983).

Ao final da década de 50 no Brasil, havia 39 escolas de enfermagem e 67 escolas de formação de auxiliar de enfermagem (Germano, 1983; Silva, 1989).

No período de 1960 a 1970 as escolas de formação de enfermeiras passaram para o ensino superior; Silva (1989) comenta que entre 1959 e 1974 só foram fundadas três novas escolas, provavelmente devido às dificuldades inerentes a essa passagem. Um documento elaborado pelo Departamento de Assuntos Universitários em 1964 que apontou a insuficiência quantitativa de enfermeiras no País, o que levou à criação de cursos de graduação em enfermagem em todas as instituições federais de ensino que ainda não os possuíam.

O parecer nº 271 de 19 de outubro de 1962, do Conselho Federal de Educação, regulamentou o currículo para o curso de graduação em enfermagem, com ênfase na atenção médica, curativa e individual, com oito disciplinas obrigatórias. O curso era desenvolvido em três anos, e após esse período havia a opção para o quarto ano, em que se ofertavam as especializações de Saúde Pública ou Obstetrícia (Saupe, 1998).

Esse currículo não incluía disciplinas básicas e de cultura geral, nem Enfermagem em Saúde Pública. Centrava a formação nas disciplinas práticas orientadas para a ação curativa e enxugava a carga horária destinada ao desenvolvimento das habilidades técnicas (Saupe, 1998).

Segundo Germano (1983, p.39),

esse currículo emergiu num momento em que a economia brasileira começa a tender para um processo excludente e concentrador da renda e, dessa forma, coincidentemente a preocupação primordial do currículo de enfermagem incide agora sobre as clínicas especializadas, de caráter curativo.

A enfermagem passou a preocupar-se com a organização dos serviços de saúde e com a melhoria do ensino baseado em princípios científicos da administração. A enfermeira começou a especializar-se, sobretudo na área curativa e administrativa, e também a distanciar-se cada vez mais do paciente, exercendo cargos de chefia, gerenciando as ações de enfermagem e acirrando os conflitos entre enfermeiras e os demais trabalhadores da equipe de enfermagem (Capella et al., 1988).

Na década de 60, verificou-se uma tendência em fortalecer o ensino profissionalizante de nível técnico no Brasil, e é criado, então, o Curso Técnico de Enfermagem (1966). Observa-se que o advento de uma nova categoria tem pouco a ver com a necessidade da área ou da população em seu conjunto, mas à tendência tecnicista dominante de fortalecimento do ensino profissionalizante de nível médio (Silva, 1989).

Aquela década foi marcada profundamente pela passagem do modelo “populista” para o regime autoritário implantado em 1964 pelo golpe militar; o Estado passou a intervir na saúde, e unifica os institutos de aposentadoria e de prestação de serviços de saúde num só órgão previdenciário (Instituto Nacional de Previdência Social) (Capella et al., 1988).

Surgiu nessa década o complexo médico industrial, empresas multinacionais de medicamentos e equipamentos hospitalares, trazendo reflexos nos programas de saúde, principalmente pós-1964, quando se passou a verificar grande consumo de medicamentos e equipamentos industriais, favorecendo o desenvolvimento das empresas do setor e a comercialização da assistência à saúde. Paralelamente à expansão industrial, há um agravamento das condições de vida e da saúde da população (Capella et al., 1988).

A organização dos cursos com base em técnicas e habilitações profissionais, em detrimento da formação geral – pedagogia tecnicista – ocorre a partir de 1969 (Saviani, 1991). Observa-se também nos currículos de enfermagem grande ênfase em habilidades técnicas, que provavelmente contribuíram para a especialização da profissão, atendendo às exigências da sociedade capitalista e, conseqüentemente, desse novo mercado que se alinhava na construção das políticas públicas em educação e saúde.

O ensino é centrado no modelo hospitalar, individual, médico tecnicista da assistência (SESU-MEC, 1988; Christófaró, 1991). Os conteúdos desenvolvidos no currículo favoreciam a compreensão dicotomizada de saúde/doença, prevenção/cura, assistência hospitalar/saúde pública, unidade de internação/ambatório, ocorrendo deslocamento de conteúdos essenciais do tronco profissional comum para a habilitação, relacionadas à assistência de enfermagem à saúde da mulher, assistência de enfermagem em médico cirúrgica e saúde pública (SESU-MEC, 1988; ABEn, 1991).

Em 1972, a Resolução nº 04/72 propõe um novo currículo composto de três partes: 1) tronco pré-profissional, que contempla noções gerais das áreas de conhecimentos básicos de ciências do comportamento; 2) tronco profissional comum ou ciclo profissional, com enfoque curativista da formação; 3) tronco de habilitações, opcional, desenvolvido nas áreas médico cirúrgica, obstetrícia, saúde pública e licenciatura. O currículo é constituído de um núcleo mínimo obrigatório, podendo ser acrescido de conteúdos para atender necessidades ou características regionais (Saupe, 1998).

O documento “Desenvolvimento de Ensino Superior de Enfermagem no Brasil”, composto em 1977 pelo Departamento de Assuntos Universitários do Ministério da Educação e Cultura, citado por Saupe (1998), apontava que 69,4% dos cursos funcionavam só com a graduação e 11,3% ofereciam a graduação e três habilitações, não seguindo a recomendação das propostas curriculares; tal levantamento indicava situações preocupantes na formação profissional.

Na década seguinte, destaque para a pós-graduação em enfermagem, com o surgimento dos cursos que foram fortalecidos e ampliados, o que deu caráter científico à profissão, com desenvolvimento de pesquisas, produções técnico-científicas e publicações (Saupe, 1998).

Alguns estudos produzidos auxiliaram no aprofundamento e compreensão dos determinantes que influenciaram a construção do trabalho da enfermagem, estudos que compreendem a profissão como uma prática socialmente determinada e determinante, em uma visão de mundo materialista, dialética, histórica e crítica.

O estudo de Germano (1983), que procurou compreender a influência da ideologia dominante na educação de enfermagem brasileira, analisando as publicações da Revista Brasileira de Enfermagem, concluindo que a *ideologia da educação em enfermagem no Brasil se caracterizou por ser fundamentalmente conservadora*, concebendo o social e a sociedade

em perfeita harmonia, sem conflitos e contradições; *que a postura assumida é de conservação social, de colaboração com o Estado, difundindo as suas políticas e as suas ações, principalmente na área da saúde, a fim de obter consenso* (Germano, 1983, p.111).

→ Silva (1989, p.135), ao analisar criticamente a evolução histórica da profissão, coloca que *a enfermagem tradicional coincide com o pré-capitalismo, e a enfermagem moderna, fundamentada no conhecimento científico e no ensino sistematizado, caracterizada pelo assalariamento e reproduzindo em seu interior a divisão entre trabalho intelectual e trabalho manual, é produto do capitalismo* e, ainda, que a prática social da enfermagem está intimamente relacionada à prática médica e dela dependente, e que a busca da sua autonomia perpassa também pelo conhecimento dos determinantes dessa subalternidade.

Outros estudos abordando a divisão do trabalho da enfermagem nos mostraram que os saberes cumpriam funções não só técnicas para aproximação, conhecimento e manipulação do objeto de enfermagem o cuidado, mas cumpriam muito mais as funções ideológicas de visualizar um trabalho carregado de contradições como harmônico e humanitário, e que é por meio do ensino formal que se legitima e reproduz esse saber, reforçando a divisão social e técnica do trabalho, com disputas e conflitos entre as categorias da equipe de enfermagem, nas quais o fazer manual está ligado às categorias socialmente inferiores, com diferenciação salarial, e as tarefas de atividades intelectuais são de responsabilidade privativa das enfermeiras, que desempenham papel gerenciador e autoritário sobre as práticas de enfermagem (Almeida e Rocha, 1986).

Loyola (1987) e Pires (1989) demonstraram em seus trabalhos a submissão das práticas das enfermeiras à prática médica, controladora do ato de saúde, delegando a outros trabalhadores atividades parcelares, e a forma como esta se reproduz na equipe de enfermagem, na qual a enfermeira detém o saber e delega tarefas manuais as demais categorias.

O modelo de saúde curativo, privatista e hospitalar, com 80% do pessoal de enfermagem na área hospitalar, predominando profissionais de enfermagem preparados em diferentes graus de escolaridade e até mesmo sem treinamento formal, caracterizava uma prática de enfermagem bastante heterogênea no País (Capella et al., 1988).

Um dado importante quanto à Legislação, nesse período, foi a criação do órgão fiscalizador da profissão, o COFEN – Conselho Federal de Enfermagem – em 1973, pela Lei nº 5.905, sendo instalado em 1975. O órgão têm uma importância marcante nessa década, na

fiscalização das atividades de enfermagem, principalmente dentro das instituições hospitalares, onde concentrava-se a grande maioria dos exercentes de enfermagem, e junto com a Associação Brasileira de Enfermagem passa a atuar politicamente para a aprovação da lei do exercício profissional.

No final da década de 70 e início da 80, movimentos sociais emergiram em defesa da saúde pública, abrindo discussões sobre a política de extensão de cobertura de programas de saúde, como forma de atender à população carente e desassistida, contribuindo para o alívio das tensões sociais geradas pelo Estado autoritário e discriminador (Capela et al., 1988).

Em 1986 aconteceu a 8ª Conferência Nacional de Saúde, na qual foi aprovada a criação de um Sistema Único de Saúde, regionalizado, hierarquizado, igualitário e de acesso universal a toda a população. Também foi criada a Comissão Nacional de Reforma Sanitária, tendo como tarefa fundamental o encaminhamento das resoluções dessa conferência (Capela et al., 1988).

A Constituição Brasileira em 1988, com um capítulo específico para a saúde, indica a filosofia, as diretrizes e as bases para o SUS – Sistema Único de Saúde. Em 1990 é promulgada a Lei Orgânica da Saúde, garantindo e ampliando a municipalização das ações de saúde.

Desde 1986 tem acontecido um forte movimento de descentralização e municipalização das ações de saúde, com ampliação de cobertura do atendimento em postos de saúde, aumento de contratação de profissionais de saúde e implementação de programas de prevenção e promoção à saúde.

Houve um incremento no ensino da enfermagem nas áreas de assistência à saúde da mulher, dando prioridade ao ensino das habilitações. Em 1984 o Ministério da Saúde do Brasil ofertava cursos de capacitação, como o “Programa de Assistência a Saúde Integral da Mulher e da Criança”, preparando os profissionais para a implantação desses serviços à população.

A orientação aos países em desenvolvimento, pelo Banco Mundial, segundo Fonseca (1997), para o controle da pobreza, é atribuída à necessidade de melhoria da escolarização, ofertando ao menos o nível primário à população feminina, o que capacitaria e prepararia as mulheres para a aceitar as políticas de planejamento familiar, principalmente com o objetivo de diminuir o número de filhos, o que é imprescindível para a sustentabilidade

desses países. Havia grande preocupação do Banco Mundial com o aumento populacional, gerador de pressões por benefícios sociais, desestabilizador econômico e social entre os países mais pobres e de pressões inflacionárias nos países centrais. O crescimento demográfico agride a integridade dos recursos naturais e, portanto, interfere na qualidade de vida do mundo ocidental.

Nas últimas décadas os problemas de saúde da população, influenciados diretamente pelas mudanças sociopolítico-econômicas, modificaram as demandas e expectativas nos serviços de saúde.

No final da década de 80 e continuando na seguinte surge na enfermagem um movimento – Movimentação – de questionamento, indagações, reflexões e críticas sobre suas próprias práticas e, principalmente uma discussão intensa para uma reforma curricular.

Essa necessidade de mudanças na formação profissional da enfermeira objetivava atender às mudanças da área de saúde do País com base no perfil demográfico e epidemiológico e às transformações da profissão e o papel da enfermeira, para vencer o descompasso entre o modelo de formação e as demandas do mercado de trabalho (Saupe, 1998).

Universidades e entidades de classe vêm-se mobilizando e propondo a construção de um novo currículo, que atenda à formação de uma profissional enfermeira *generalista, crítica e reflexiva, com competência técnico-científica, ético-política, social e educativa* (ABEn, 1998).

As competências e habilidades definidas a partir do perfil profissional focalizam as áreas da assistência, informação, de educação, da prevenção, da investigação e do gerenciamento em saúde que são a base da formação do profissional e requerem preparo teórico-prático, com enfoque clínico e epidemiológico (Saupe, 1998).

Ⓒ A enfermagem sente necessidade de nortear essa formação na pedagogia crítico-reflexiva, descrita por Saviani (1991), quando aponta a influência dos determinantes sociais na educação e na saúde, a compreensão do grau em que as contradições da sociedade marcam a educação e, conseqüentemente, como é preciso se posicionar diante dessas contradições e desenredar a educação das visões ambíguas, para perceber claramente qual é a direção que cabe imprimir à questão educacional da enfermagem. Demonstrando a necessidade de se compreender a educação no seu desenvolvimento histórico objetivo e, por conseqüência, a possibilidade de se articular uma proposta pedagógica cujo ponto de referência seja o

compromisso com a transformação da sociedade e não sua manutenção. O atual modelo da sociedade brasileira se apresenta como um desafio para a enfermagem brasileira.

Nos anos de 1990, com a aprovação da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (Lei nº 9.394/96), extinguem-se os currículos mínimos e propõem-se diretrizes curriculares. A enfermagem brasileira mobiliza-se sob a coordenação da Associação Brasileira de Enfermagem para construção da proposta de diretrizes mediante realização de Seminários Nacionais de Diretrizes para a Educação em Enfermagem no Brasil (SENADEN), as quais foram encaminhadas para a Comissão de Especialistas do SESU/MEC, responsável pela sua formulação (Saupe, 1998).

Naquele período houve um movimento que buscava demonstrar as práticas de enfermagem em saúde coletiva no Brasil. Esse projeto, coordenado pela Associação Brasileira de Enfermagem em parceria com o Conselho Internacional de Enfermeiros – CIE – e com apoio da Fundação W.K. Kellogg, elaborou o Projeto de “Classificação das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva – CIPESC” –, cujos propósitos eram:

estabelecer mecanismos de cooperação para a classificação das práticas de enfermagem em Saúde Coletiva no País; revisar as práticas de enfermagem em Saúde Coletiva no País; contextualizar no processo de produção em saúde, diante da implantação do Sistema Único de Saúde; e construir um sistema de informação das práticas de enfermagem em saúde coletiva que permitisse sua classificação, troca de experiências e interlocução nos níveis nacional e internacional (Chianca e Antunes, 1999, p.3).

Segundo Egry et al. (1999, p.36), esse projeto é uma estratégia importante para caracterizar as ações de enfermagem e seus resultados, considerando que permitirá *revelar a dimensão, a diversidade e a amplitude das práticas de enfermagem*, contribuindo para a enfermagem brasileira sair da invisibilidade das suas ações.

2.2 O TRABALHO DA ENFERMAGEM

O trabalho, uma das formas elementares de ação dos homens sobre a natureza, transformando a matéria em objeto de consumo e de cultura, tem vários significados: às vezes é cheio de emoção, dor, suor; noutras, de prazer, satisfação, alegria, realização. A palavra trabalho vem do latim *tripalium*, instrumento de tortura composto de três paus e utilizado para

punir criminosos submetidos a trabalho forçado; da idéia de “sofrer” passou-se à de “esforçar-se”, “lutar” e, enfim, “trabalhar” (Larousse, 1998; Bom Sucesso, 1997).

Uma análise religiosa da concepção de trabalho do ponto de vista judaico-cristão, mostra que está relacionado à desobediência às determinações divinas; a Bíblia, no livro de Gênesis, mostra que o castigo do homem pela desobediência a uma determinação divina seria o trabalho penoso na terra, para retirar dela, o alimento para seu sustento. Assim, o trabalho passa a ser associado a um viver árduo, penoso, não gratificante (Bíblia, 1993).

Para Lima (1998, p.62), citando o debate de Max Weber sobre Ética Protestante e o Espírito do Capitalismo, tratar o trabalho como meio de produção de riqueza e fonte de valorização, perante Deus e a sociedade, atribui a ele um novo valor, bem como *ao papel que passa a desempenhar na vida das pessoas, sendo visto como libertação do ócio, do pecado, da mente vazia; assim passa a ter a função pedagógica de aumentar o valor do homem, ao ser criada uma nova ética em que o produto do trabalho passa a ser visto então como recompensa.*

Nesse debate, Weber pondera que tanto a religião católica quanto a protestante trazem uma visão do trabalho como agradável a Deus e, assim, as pessoas estariam naturalmente vocacionadas ao trabalho, surgindo a lógica do trabalho como vocação, *oficializando a exploração da ‘vontade de trabalhar’, especialmente na busca pelo reino de Deus, notadamente por meio das recompensas pelo trabalho das classes pobres.* Dessa forma, é possível entender a *produtividade do trabalho no sentido capitalista da palavra* (Lima, 1998, p.63).

No Dicionário Larousse (1998), além da origem da palavra trabalho, encontramos outros significados, como: atividade humana aplicada à produção, à criação, ao entretenimento; trabalho manual, intelectual; atividade profissional regular e remunerada: *viver de seu trabalho*; tarefa, obrigação; economia: processo de uso da força de trabalho, o dispêndio de energias físicas e mentais por um indivíduo para produzir um valor de uso ou um valor de troca (Larousse, 1998, p.5725).

O trabalho é uma condição imanente à existência humana e, desde suas formas mais rudimentares, está relacionado com o desenvolvimento de técnicas e caracterizado pela divisão do trabalho. Assumiu configurações sociológicas diferentes, conforme as relações e os modos de produção. Era exercido de forma coletivista e solidária nas sociedades tribais. Depois, com as peculiaridades próprias às diversas sociedades e épocas históricas, assumiu as formas de escravidão, servidão e trabalho assalariado. Enquanto no escravismo e no

feudalismo o trabalho sofria uma coerção extra-econômica, sancionada pela lei, no capitalismo o trabalhador sofre uma coerção puramente econômica, pois é juridicamente livre para contratar com um empresário a venda da sua força de trabalho por um prazo determinado. Com a Revolução Industrial surgiu o moderno proletariado, que criou os sindicatos e impôs limitações crescentes ao liberalismo no âmbito das relações trabalhistas. Surgiram também os movimentos políticos inspirados pelo comunismo e pelo marxismo, ligados aos trabalhadores (Larousse, 1998, p.5725).

Do ponto de vista da tecnologia, o trabalho evoluiu do artesanato para a manufatura e para a fábrica, distinguindo-se pela elevação constante da produtividade mediante o emprego de processos cada vez mais complexos e sofisticados de mecanização e de automação.

Para Marx (1996), o trabalho é a categoria fundamental no processo de conhecimento, é a atividade humana que apreende, compreende e transforma as circunstâncias, ao mesmo tempo que as transforma, atividade constituída de previsão das etapas que antecedem o processo.

Almeida e Rocha (1997, p.23) afirmam que o:

processo de trabalho é o modo como o homem produz e reproduz sua existência. Ao fazê-lo estabelece relações sociais e objetiva a sua subjetividade. A concepção histórica, materialista e dialética procura demonstrar que cada geração transmite uma massa de força produtiva, de capitais e de circunstâncias que é, por um lado, muito modificada pela nova geração, mas por outro, dita-lhe suas condições de existência e lhe imprimem um desenvolvimento determinado, um caráter específico. Conseqüentemente, as circunstâncias fazem os homens, da mesma forma que os homens fazem as circunstâncias.

Nogueira (1997, p.72) considera, ao analisar o processo de trabalho em saúde, que este apresenta características comuns aos outros processos de trabalho em geral: tem uma direcionalidade técnica que envolve instrumentos e força de trabalho; é um serviço, trabalho prestado a alguém; é um serviço que se oferece às pessoas que participam ativamente nele. O processo de trabalho em saúde é entendido como uma dinâmica das transformações sociais determinadas pelas relações entre os seres humanos por meio de seus trabalhos.

O processo de trabalho em saúde pressupõe uma antevisão dos resultados esperados e uma ação para que aconteça, como qualquer trabalho humano; a sua direcionalidade técnica é fazer com que os instrumentos necessários para essa transformação atuem sobre o objeto, fundamentados sobre os conhecimentos científicos.

Silva et al. (1997, p.70), citando Nemes, concorda que o modelo de organização do trabalho contém as seguintes dimensões:

o saber é uma inteligência anterior ao momento de trabalho; os objetos do trabalho não são dados mas pensados pelo saber; cada objeto de trabalho contém a necessidade social que gerou o trabalho; os agentes, os objetos e os instrumentos de trabalho são momentos de um só conjunto que realiza interna e externamente as necessidades de reprodução social.

→ Nogueira (1997, p.73) cita como uma particularidade do trabalho em saúde haver *integração entre seus aspectos intelectual e manual*; os profissionais que detêm a direcionalidade técnica também executam as tarefas manuais, no caso do médico o ato cirúrgico, na enfermagem a sua finalidade ou produto – o cuidado.

Na saúde e conseqüentemente na enfermagem, o trabalho organizou-se baseado em dois pólos distintos, cujos objetos, saberes e práticas de intervenção também são distintos: o modelo clínico e o modelo epidemiológico.

O modelo clínico tem por finalidade principal a recuperação dos corpos enfermos individualmente, portanto seu objeto de trabalho é o corpo anatomofisiológico, e seus saberes são constituídos pelo conhecimento clínico e principalmente no atendimento individual nos serviços (Gonçalves, citado por Silva, 1997).

Essa concepção clínica reduz a doença e a saúde ao contorno biológico individual, separando o sujeito de seu contexto integral de vida, importando o cuidado médico, mesmo fragmentado, localizado, capaz de intervir e ‘consertar’ o corpo (Minayo, 1997).

A prática da enfermagem embasada nesse modelo clínico tem como ação principal cuidar do corpo doente, segundo Almeida e Rocha (1997).

O modelo epidemiológico, historicamente subordinado, apreende coletivamente o processo saúde-doença, incluindo a análise de probabilidade de ocorrência de um evento mórbido na população, além de fundamentar as intervenções que ultrapassam o plano individual (Silva et al., 1997). Sua ação no controle das enfermidades se dá em escala social, e seu objeto de trabalho não só são os indivíduos, mas eles inseridos em um contexto social, que determina sua situação de saúde e doença, por meio de fatores condicionantes, tais como: trabalho, condição social, educação e financeiros, entre outros. Esse modelo tem na epidemiologia sua base teórica principal, e seus instrumentos são: o saneamento, a higiene social, a polícia médica, a quarentena, as estatísticas de mortalidade e morbidade (Almeida e Rocha, 1997).

As enfermeiras atuantes em unidades de saúde precisam construir esse saber sobre a prática da assistência de enfermagem em Saúde Coletiva, ir em direção às práticas que influenciam nos determinantes sociais do processo saúde-doença, encontrar estratégias para poder intervir na realidade social dos indivíduos, grupos, famílias e comunidade. Extrapolar o fazer em saúde pública tradicional, centrado no controle da expansão das doenças imunopreveníveis e degenerativas e na medicina assistencialista individual para abranger o referencial da saúde coletiva, que é a incorporação às práticas de saúde a intervenção nas determinações sociais e ambientais que podem induzir ao surgimento de doenças.

Entendo que essas práticas necessitem de referencial baseado na definição de prioridades, planejamento e instrumentos de direcionalidade para técnicas de intervenções sociais. É preciso conhecer as características epidemiológicas e sociais da comunidade onde se atua, valer-se da utilização de planejamento fundamentado na epidemiologia social para organizar a assistência de enfermagem, uso de técnicas com base setorial e territorial para a compreensão dessa realidade e entender as relações sociais, aspectos fundamentais para estabelecer uma nova prática social da enfermagem.

Estudiosos sobre o trabalho em saúde, como Pires (1989; 1998) e Campos (1992), ao estarem caracterizando e apontando as especificidades do trabalho no setor de saúde, apontam que esse é um trabalho produzido em sua maioria no âmbito institucional, seja no ambulatório seja no hospital, estando cada vez mais atrelado à complexidade hospitalar. O trabalho coletivo em saúde centra-se na figura do médico, que efetivamente é quem tem dado direcionalidade e imprimindo lógica ao setor, tornando os outros trabalhos parcelares, realizados pelos outros trabalhadores, subsidiários ao seu trabalho.

Como o trabalho na saúde é coletivo e cada trabalhador ou cada ação é parcelar, sendo o núcleo gerador a consulta médica, os outros trabalhos têm a finalidade de auxiliar as ações médicas ou complementá-la (Almeida e Rocha, 1997). Portanto, a relação de trabalho, entre os outros profissionais de saúde e o médico é de dependência, sendo este último o determinador das ações de assistência dos demais trabalhadores. Para Campos (1992) os médicos permanecem ditando as regras no processo de organização do trabalho e historicamente têm determinado o como fazer.

A divisão técnica do trabalho se dá verticalmente, a partir da distribuição das tarefas entre pessoas de diferentes níveis de qualificação. No setor saúde, o trabalho é dependente e definido pelo médico, cabendo à enfermeira a coordenação, o cumprimento das

ordens daquele e de normas e rotinas das instituições, não só das ações da equipe de enfermagem mas, às vezes, de outros profissionais da saúde, o que pode gerar conflitos e disputas de poder nas instituições (Nogueira, 1997; Pires, 1989; 1998; Scochi et al., 1997).

A enfermagem tem considerado o cuidado ao homem como o seu principal objeto de trabalho nos diferentes locais de atuação. O objeto de trabalho compreendido como aquilo sobre o que vamos atuar.

O produto da ação do trabalho da enfermagem é entendido como o resultado do que se planeja, a resposta da ação sobre o objeto, transformando-o ou possibilitando melhores condições de saúde.

Na enfermagem, como em todos os processos de trabalho, os instrumentos são os meios que se utiliza para que a ação seja efetivamente eficaz ou transformadora. Almeida e Rocha, (1986, p.23) colocam que os saberes da enfermagem *são os instrumentos que permitem a aproximação e a transformação do objeto da ação para alcançar a sua finalidade [...] saber é um momento do trabalho, é determinado pelas características do objeto e pela finalidade do trabalho*; o saber, considerado instrumental que a enfermagem utiliza para realizar seu trabalho, é legitimado e reproduzido pelo ensino dessa prática. Continuando, a autora aponta que o movimento da construção desses saberes *foi no sentido de buscar a autonomia dessa prática e o foro de ciência para desvendar a crise do seu trabalho*. Conclui que historicamente esses saberes cumpriam não só as funções técnicas para aproximação, conhecimento e manipulação do objeto de enfermagem – o cuidado – *mas cumpriam mais as funções ideológicas de visualizar um trabalho carregado de contradições como harmônico e humanitário* (Almeida e Rocha, 1986, p.119).

A objetivação do saber do cuidado de enfermagem é resultante de um processo coletivo em que os profissionais utilizam um corpo de conhecimento exteriorizado em técnicas que possam intervir no processo saúde-doença dos indivíduos, grupos, famílias e comunidades.

Villa et al., tratando das técnicas como expressão da organização do conhecimento, considera que elas representem a *formalização prescritiva de como executar cuidados de enfermagem, baseados em conhecimentos científicos sejam individuais e coletivos*. As técnicas como forma de organizar o trabalho foram estruturadas passo a passo para direcionar a execução da tarefas e, ao mesmo tempo, viabilizar o treinamento, possibilitando o controle

social dos demais agentes por meio do processo de formação e divisão técnica do trabalho (Villa et al., 1997, p.39).

Para Almeida e Rocha (1997), outra atividade da enfermeira, além do cuidado, é a administração, que utiliza instrumentos como: modelos e métodos de administração, normas e rotinas; a força de trabalho em enfermagem; os equipamentos e materiais permanentes e os da manipulação e administração de medicamentos, tendo por finalidade organizar e controlar o processo de trabalho e favorecer a ação de cuidar, para possibilitar a cura. Embora a força de trabalho esteja sendo considerada pelas autoras como instrumento da administração, entende-se que os agentes são os que implementam as ações mediante modelos, normas e rotinas.

→ A especificidade do trabalho da enfermagem está ligada a dois eixos de atuação: a assistência, que constitui o trabalho direto de cuidado em uma relação interpessoal; e a organização dessa assistência, que se realiza mediante o processo administrativo. Isso revela uma dicotomia construída entre a concepção do trabalho – ação reservada às enfermeiras (administrar) e o agir sobre o corpo do paciente (cuidar) – ação executada pelo pessoal auxiliar, sob supervisão da enfermeira (Almeida e Rocha, 1997).

A participação na implementação dos Programas em Saúde na Secretaria de Saúde de São Paulo, permitiu à enfermeira o reconhecimento técnico pelos demais agentes e ao mesmo tempo a instrumentalizou para atuar na coordenação, supervisão e controle do processo de trabalho em saúde, organizado tecnologicamente conforme as seguintes características – integração das ações de saúde e estabelecimento de sistemas de informação que possibilitem o controle do cumprimento das normas e avaliação quantitativas das atividades realizadas (Villa et al., 1997).

Essa organização no modelo de programação ocorreu para assegurar a prestação das atividades parcelares no trabalho na saúde executadas pelo pessoal auxiliar, por meio do cumprimento de um processo sistematizado de tarefas, integrando-as e articulando-as com as ações desenvolvidas por outros profissionais de saúde. Villa et al. (1997, p.47) comentam que às enfermeiras foram atribuídas as funções de intermediar e implementar o processo de trabalho em saúde, voltadas para a ação individual, *por meio de ações complementares à consulta médica individual, centrada no corpo biológico sadio e doente, como para o controle do processo saúde-doença na coletividade.*

→ Observa-se que a assistência direta é exercida por todos os membros do grupo de enfermagem, mas em maior proporção pelos auxiliares. O planejamento, direção e controle

das atividades ficam a cargo de um profissional que, dada a insuficiência quantitativa, não pode fazer a cobertura espaço-temporal que tais responsabilidades demandam.

Gerenciar o cuidado e os serviços de enfermagem não constitui um desvio de sua função essencial mas, para algumas profissionais, a realização da administração, mediante execução de tarefas às vezes burocráticas, como solicitação de material, de conserto de equipamentos, encaminhamentos de solicitações de exames, entre outros, visando imprimir ao trabalho a melhor utilização dos recursos disponíveis, são consideradas atividades que não caracterizam a enfermagem e não estão no ideário do que ela aprendeu na escola, provocando várias queixas entre as profissionais.

O papel desempenhado pelas enfermeiras como chefes/supervisoras da equipe de enfermagem, por meio das ações de controle, sugere a necessidade de tais profissionais se imporem apresentando-se como alguém “que tem que dar conta de tudo que se passa pela instituição “ ou “ é o profissional que tem a visão do todo na unidade de saúde”, controlando não só o trabalho da equipe de enfermagem como dos demais profissionais da saúde, checando prescrições, chamando técnicos de laboratório, visando o disciplinamento e a ordem institucional. Essas situações, além de gerarem conflitos entre as equipes, afastam a enfermeira do cuidado (Gonçalves, 1994; Almeida e Rocha, 1997; Lima, 1998; Lunardi, 1998).

Centrando a atenção no cuidado da saúde individual ou coletiva e implementado o processo de trabalho integrado com a equipe de enfermagem, baseado em conhecimentos construídos sobre esse cuidado, galgará um importante terreno no processo de recobrar sua identidade profissional, de qualificar a prestação de serviço de saúde e poder assumir desde a ética civil da responsabilidades de suas decisões e de seus atos profissionais.

O exercício dessa função centrada na assistência subsidia a enfermeira com elementos para o planejamento, coordenação e avaliação da atenção dada às necessidades do indivíduo, grupo, família e comunidade. Essa forma de atuação – o gerenciamento da assistência do cuidado – pode contribuir para a conquista e manutenção de um espaço que favoreça uma prática comprometida com as necessidades da população.

Compete à enfermeira, assim, aliar os fins da administração aos fins da enfermagem, utilizando o processo administrativo como instrumento e meio para o desenvolvimento da profissão. Por outro lado, a enfermeira deverá fazer uso de competência técnica e política e tomar decisões apoiadas na compreensão e no reconhecimento do

indivíduo, família, grupo e comunidade para o planejamento das ações de enfermagem, propiciando as condições para assistência planejada com qualidade.

E preciso ressaltar que o exercício das atividades administrativas assegura às enfermeiras um exercício de poder, segundo Lunardi (1998), possibilitando coordenar ações que garantam a adoção e a manutenção de uma filosofia do cuidado. Pode-se dizer que há um espaço institucional que permite à profissional exercer suas atividades de gerenciamento das práticas de enfermagem, mas que é pouco ocupado em detrimento do gerenciamento das atividades assistenciais prescritas por outros profissionais. Na sua tese de doutorado, Lunardi (1998) cita vários fatores relacionados à organização do ambiente de trabalho nas instituições hospitalares – funcionalidade, segurança, limpeza, higiene, de que a profissional cuida sem questionamentos, repondo material e disponibilizando pessoal no sentido de viabilizar a assistência global.

As profissionais de enfermagem se percebem como os principais responsáveis pela organização do ambiente assistencial, seja o consultório médico, a coleta de material para exames complementares, a recepção, entre as demais atividades desenvolvidas nesses serviços, mas têm uma preocupação mínima em organizar o seu espaço para prestar a consulta ou atendimento de enfermagem, deixando tais atividades em segundo plano.

A característica do trabalho da enfermeira, sendo ela detentora de um conjunto de informações relativas ao paciente bem como ao ambiente do cuidado, possibilita-lhe um conhecimento amplo do que está acontecendo no seu espaço de trabalho; tudo e quase todas as atividades passam por ela, permitindo que ela seja detentora de um “poder”, mas que ela não percebe ou, percebendo, não utiliza como poderia tendo em vista seu espaço dentro da instituição. Muitas vezes o seu trabalho permanece “invisível”, o que tipicamente acontece com o trabalho feminino (Lunardi, 1998).

Assim, pode-se afirmar que a enfermeira não percebe esse espaço como “seu”, para fazer uso em benefício das práticas do cuidado de enfermagem, para planejar suas ações e da equipe de enfermagem e, dessa forma oferecer uma assistência de enfermagem que adote critérios próprios da profissão e não aquelas determinadas por outros profissionais.

Para Lunardi (1998), deixar a busca de soluções para problemas administrativos a cargo da instituição ou de outros profissionais gera mais problemas no serviço. Quando a enfermeira prioriza a resolução de questões referentes à assistência à saúde, o faz em detrimento da resolução de problemas de sua esfera de competência técnica e legal. *É possível*

que o maior de todos os seus problemas seja essa frouxa delimitação entre o que se refere ao cuidado e conforto e o que se refere a outros trabalhos que formam a rede assistencial (p.196).

Refiro-me a tais questões, provocadoras da minha reflexão sobre as práticas profissionais da enfermeira nas unidades de saúde, porque acredito que elas são os eixos para o entendimento do que busco construir neste trabalho. Entendo que a transformação social da profissão deve e pode ocorrer por meio da construção de um conhecimento baseado nos determinantes sociais não só do processo saúde-doença, como também nos determinantes sociais, técnicos e políticos de uma profissão.

Preocupo-me em entender a forma de organização da assistência de enfermagem ocorrida nas unidades de saúde por não aceitar um papel de administradora, supervisora e controladora das necessidades de infra-estrutura para os demais membros da equipe de saúde, desenvolvido pelas enfermeiras.

A descaracterização do trabalho da enfermeira em Saúde Pública é fruto de uma visão da instituição que tem levado a profissional em muitas situações a assumir o controle das diferentes ações que acontecem na unidade de saúde e, então, sentir-se engolido pelas inúmeras funções determinadas, não encontrando espaço para uma reflexão analítica sobre a sua atuação e, assim deixando de atuar no que considero o seu principal objeto de trabalho – o cuidado.

Observa-se muito situações de desânimo, descrédito, insatisfação com esses inúmeros papéis assumidos, “atropelo” em decisões e organizações do serviço e, o mais preocupante, a passividade frente à instituição.

3 O PERCURSO METODOLÓGICO

3.1 O MÉTODO DE INVESTIGAÇÃO

A opção metodológica busca atender à natureza do estudo que se pretende realizar, mas resulta também das concepções de mundo e de sociedade do próprio investigador que, por sua vez, foram sendo construídas durante a sua trajetória de vida, dos seus estudos e da sua prática profissional.

Este estudo pode ser caracterizado como uma pesquisa qualitativa, do tipo estudo de caso. Com base na concepção de Minayo, a pesquisa qualitativa é considerada *uma investigação capaz de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais, sendo estas últimas tomadas [...] como construções humanas significativas* (Minayo, 1999, p.10).

Tal concepção responde à intenção de investigar o trabalho da enfermeira em unidades de saúde, considerando que este trabalho é integrante do trabalho coletivo da equipe de saúde; considerando que a atuação desenvolvida tem um significado que a representa e demonstra a sua intencionalidade de ação; considerando que essa atuação também está direcionada pelas relações e estruturas sociais onde elas ocorrem.

Não se entende, nesse enfoque, a prática das enfermeiras tão somente a partir da percepção dos mesmos e nem tampouco somente a partir da visão do pesquisador, mas busca-se estabelecer a relação entre a *ação do homem como sujeito histórico e as determinações que o condicionam* (Minayo, 1999, p.12).

▶ Estudo de caso, segundo Triviños, *é uma categoria de pesquisa cujo objeto é uma unidade que se analisa profundamente [...] e sua complexidade está determinada pelos suportes teóricos que servem de orientação no trabalho do investigador* (1987, p.133). Esse estudo busca analisar o trabalho da enfermeira em unidades da rede básica de saúde de um

Distrito Sanitário da Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba, mediante a descrição do fenômeno tal como era percebido pelas participantes no seu cotidiano de trabalho.

Nesse trabalho busca-se identificar as percepções da enfermeira sobre o seu trabalho e as causas que direcionam a sua prática profissional. Ao destacar os movimentos que se estabelecem no interior das práticas profissionais, busca-se explicar a visão das enfermeiras sobre o seu trabalho, buscando a compreensão e o entendimento que estas têm do seu trabalho como experiência coletiva e contextualizada dentro das estruturas sociais.

Entendo que um estudo que busca a compreensão do que ocorre e por que ocorre no cotidiano de uma prática profissional pressupõe a interrelação de fundamentos teóricos com as questões da prática.

Nessa perspectiva, buscou-se neste estudo captar a realidade empírica mediante a realização de oficinas com as enfermeiras participantes do estudo, utilizando-se, ainda, de técnicas de observação do trabalho dessas enfermeiras no seu local de trabalho.

Entendendo que assim, a pesquisadora estaria buscando exaustivamente a captação dos aspectos essenciais que caracterizavam o objeto de estudo, conforme Oliveira, citado por Lacerda (1996, p.41), que *estudo de caso se caracteriza pela descrição dirigida ao fenômeno, onde a atenção é enfocada nos aspectos essenciais que o caracterizam.*

Foram analisados documentos internos da instituição e a Lei do Exercício Profissional (Lei nº 7.498, de 1986), que tornaram possível identificar as funções definidas sob o ponto de vista legal.

Tais procedimentos refletem a intenção de ampliar a compreensão do objeto em estudo. Conforme indica Triviños (1987), é fundamental que além da averiguação das percepções das participantes, sejam considerados também os elementos produzidos pelo meio, tais como documentos e instrumentos legais. Uma terceira perspectiva de análise a que o autor se refere é a dos processos e produtos originados pela estrutura socioeconômica e cultural que tem relação com os sujeitos e a sua prática social. Esta última constitui-se em análise realizada à luz do referencial teórico, que abarca as raízes históricas da constituição da profissão das participantes em estudo e sua relação com o contexto social mais amplo.

Optou-se por utilizar a análise de conteúdo para o tratamento dos dados empíricos resultantes da análise dos documentos e das discussões nas oficinas, porque a análise de conteúdo é um conceito historicamente construído, é uma busca teórica e prática do campo das investigações; segundo Bardin (1995, p.42), é

um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção / recepção (variáveis inferidas) dessas mensagens.

A análise de conteúdo busca a compreensão dos significados para seus emissores num determinado momento; seu objetivo é trabalhar a mensagem (conteúdo e expressão deste conteúdo) para evidenciar indicadores que permitam inferir em outra realidade. Parte de uma literatura inicial superficial até o aprofundamento, visando ultrapassar os significados manifestos. Relaciona estruturas semânticas (significantes) com estruturas sociológicas (significados) dos enunciados, articula os textos descritos e analisados com os fatores que determinam suas características: variáveis psicossociais, contexto cultural e processo de produção da mensagem (Minayo, 1999).

Dentre as várias técnicas de análise de conteúdo desenvolvidas: expressão; relações; temática e enunciação, foi escolhida a análise temática para trabalhar os dados coletados.

Análise temática é uma afirmação acerca de um assunto e pode ser representada por uma palavra, uma frase ou um resumo. Segundo Bardin (1995, p.105), *o tema é a unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado segundo certos critérios relativos à teoria que serve de guia à leitura.*

Uma análise temática consiste em descobrir os “núcleos de sentido” que compõem a comunicação e cuja presença ou freqüência de aparição podem significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido; organiza-se em três pólos: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos e interpretação.

Nesse trabalho, com base em Bardin, procedeu-se a o preparo e análise da seguinte forma :

1 Pré-análise: é a organização das idéias iniciais, de maneira a conduzir para um esquema sucessivo de operações para análise. Caracteriza-se pela escolha dos documentos para análise, e a formulação das hipóteses e dos objetivos e a elaboração de indicadores que fundamentem a interpretação final. Acontece por meio das seguintes tarefas:

a. leitura flutuante: visa estabelecer contato com os documentos, deixando-se invadir por impressões e orientações; gradativamente a leitura torna-se mais precisa, em função da formulação de hipóteses iniciais, da projeção de teorias sobre o material e de

técnicas utilizadas sobre outros materiais análogos; exemplificando, nesse trabalho, procedeu-se sempre em dois momentos: um primeiro em relação a leitura de documentos oficiais da Secretaria – programas de saúde, rotinas, ofícios e memorandos – nos quais foi possível encontrar a descrição das atribuições para a enfermeira, aparecendo fortemente a expectativa com a organização e controle do ambiente de assistência nas unidades de saúde; o segundo momento ocorreu durante a leitura das falas das participantes desse estudo, que expressavam o seu entendimento sobre o tema, bem como os seus sentimentos em relação ao assunto. Foram várias leituras das falas, após o que se iniciou uma classificação por proximidade de idéias e uma nova leitura, acontecendo sucessivamente esses passos – leitura; classificação por proximidade, nova leitura, nova classificação – até uma organização que permitisse fazer a etapa seguinte proposta por Bardin;

b. escolha dos documentos: constituição de um corpus, um conjunto de documentos a serem submetidos aos procedimentos analíticos, os quais devem responder aos critérios de: *exaustividade*: contemplar todos os aspectos do tema; *representatividade*: conter a representatividade do universo pretendido; *homogeneidade*: responder a critérios precisos de escolha; *pertinência*: os documentos devem ser adequados como fonte de informação, respondendo ao objetivo da análise; como na etapa anterior, aqui também aconteceram em dois momentos distintos: o primeiro foi a escolha de documentos que representassem o trabalho da enfermagem nas unidades, optou-se por dois – Decreto Lei nº 181 e o Manual de Práticas de Enfermagem da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba. O outro momento aconteceu quando dos dados agrupados das falas das participantes, em que descrevem o fazer, como fazer e por que fazer no seu cotidiano de trabalho;

c. formulação das hipóteses e objetivos: formulação de uma afirmação provisória a ser verificada com base nos procedimentos analíticos; no presente estudo a formulação das hipóteses era feita momento a momento quando do agrupamento e análise dos dados, visando encontrar o conjunto que melhor representasse o significado das falas;

d. referenciação dos índices e a elaboração dos indicadores: é a escolha dos índices e a sua organização sistemática na forma de indicadores, que devem ter determinadas operações: de *recorte do texto* em unidades comparáveis de *categorização* para análise temática e de modalidade de *codificação* para registro dos dados. Nessa etapa, coloca-se o conjunto das falas, com os recortes de textos que representem as unidades que são comparáveis, isto é, tem o mesmo significado e, gradativamente vão transformando-se em

indicadores para a categorização. Após a distribuição dos indicadores em diferentes conjuntos de categorização, era realizada nova leitura, observando-se as convergências e divergências dos indicadores; foram feitos vários agrupamentos, até chegar ao que melhor representasse o resultado desse estudo.

2. A exploração do material: é basicamente a operação de codificação, mediante a transformação dos dados brutos com vistas a alcançar o núcleo de compreensão do texto.

3. Tratamento dos resultados obtidos e interpretação: os resultados brutos devem ser tratados de maneira a serem significativos e válidos. A partir daí o analista propõe inferências e realiza interpretações previstas no seu quadro teórico ou abre outras pistas em torno de dimensões teóricas sugeridas pela leitura.

A codificação corresponde a uma transformação dos dados brutos do texto, que são transformados sistematicamente e agregados em unidades, permitindo a descrição das características do conteúdo.

Ao chegar nas unidades de categorização proposta no presente estudo, foi realizado o trabalho de análise utilizando-se o referencial teórico estudado.

3.2 O CENÁRIO DO ESTUDO

O estudo de campo foi desenvolvido no Distrito Sanitário de Santa Felicidade da Secretaria Municipal da Saúde da Prefeitura Municipal de Curitiba, órgão gestor das atividades relacionadas à saúde no Município.

Segundo Giacomini (1994, p.117.), os serviços ambulatoriais de saúde de Curitiba têm cerca de 50 anos; *as primeiras diretrizes adequaram-se à linha preventivista e assistencial [...], sendo que, no final dos anos 70, os serviços sofreram a influência da proposta de Atenção Primária à Saúde.*

Nasceu em 1964, com a criação da Diretoria de Medicina e Engenharia no Departamento de Bem-Estar Social, com atividades voltadas para a promoção e educação em saúde e naquele mesmo ano foi inaugurada a primeira unidade sanitária municipal, a do Cajuru e, logo a seguir outra, no Centro Experimental da Vila Leão. Na seqüência, foi estabelecido convênio com a Fundação SESP e Prefeitura Municipal de Curitiba, para alunos

estagiarem nas unidades e fazerem o reconhecimento do território e adjacências (Giacomini, 1994; Curitiba, 1996, Histórico da Secretaria Municipal da Saúde).

Havia atendentes de saúde atuando nas unidades desde a sua criação, realizando as atividades de visita domiciliar, de educação em saúde e o reconhecimento do território em torno das unidades sanitárias, mas somente no ano de 1968 foi introduzido o atendimento de enfermagem, mediante o estabelecimento da ação programática para grupos de risco, já sob supervisão de enfermeiras contratadas pela diretoria nas unidades sanitárias.

Em 1969 houve mudanças na estrutura da Prefeitura, criando-se o Departamento de Desenvolvimento Social, que incorporou o setor saúde, sendo elaborada uma proposta para implementar uma rede de unidades de saúde, *assegurando a acessibilidade da população ao nível de atenção primária, nas regiões de menor renda e cada unidade com área de abrangência limitada para o atendimento, sendo ao todo 10 unidades sanitárias* (Giacomini, 1994, p.109).

No ano de 1980, o setor saúde adotou, nas unidades sanitárias, o atendimento programado para gestantes, lactentes e hipertensos, com imunização e educação em saúde, introduzindo a delegação de funções para a equipe de enfermagem. Essa equipe era caracterizada por auxiliares de saúde em cada unidade e quatro enfermeiras que faziam a supervisão das 13 unidades sanitárias. O atendimento programado foi por muito tempo *responsável pela expressiva qualidade dos serviços prestados pelas unidades sanitárias, [...] inicialmente rejeitado pelos médicos, mas enraizado fortemente como cultura institucional* (Giacomini, 1994, p.125).

O convênio das Ações Integradas de Saúde assinado em 1985 permitiu a expansão da rede para 24 centros de saúde, fechando em 1986 com 40 centros de saúde. Devido ao crescimento da estrutura ambulatorial e a complexificação administrativa e gerencial dos serviços, houve a criação da Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba em 1986.

A proposta de organização desses centros segue o modelo de programação por grupos de risco, com áreas de abrangência definidas e ampliação das equipes de saúde, com a introdução de auxiliares de enfermagem e uma enfermeira por centro de saúde e implantação, no sistema municipal de saúde, da figura do supervisor de área – uma dupla constituída por uma enfermeira e um médico, cuja atribuição era realizar assessoria, controle e avaliação do processo de trabalho dos centros de saúde, por meio de registros da produtividade e cujo

instrumento de avaliação eram os programas de atenção à saúde e reuniões sistematizadas com a chefia e/ou com a equipe dos centros.

As enfermeiras, sentindo necessidade de registrar a produtividade do seu trabalho, realizaram um estudo sobre suas atividades, como treinamento em serviço, principalmente pelo despreparo da equipe de enfermagem para o desempenho das atividades básicas nos centros de saúde provocado pelo ingresso de pessoal não qualificado e auxiliares de enfermagem sem experiência em saúde pública. Esse trabalho demonstrou que a atividade era extremamente valorizada pelas profissionais, não só pelas questões colocadas acima, como também para garantir o nível de qualidade do serviço prestado pela rede municipal. Chamaram atenção a dificuldade de registro dessas atividades e as condições dos recursos para a realização dos treinamentos (Kalinowski, 1988, Diagnóstico de treinamentos em serviço nas ações básicas nos centros de saúde da rede municipal).

A seguir foi desenvolvido um estudo sobre métodos e técnicas de treinamento em serviço, que foi disponibilizado a todos as profissionais no intuito de auxiliar no planejamento, execução e avaliação dessa atividade, como também oferecer um sistema de registro das atividades da enfermeira, uma forma de demonstrar a sua produtividade nos serviços (Kalinowski et al., 1988, Subsídios para treinamento em serviços).

Em 1989, um grupo de enfermeiras realizou um estudo sobre a situação dos atendentes de saúde na Secretaria e apresentou uma proposta para a qualificação do contingente de pessoal, estabelecendo convênios com escolas de enfermagem, incentivando a participação dos atendentes, tendo a própria Secretaria, por intermédio da Divisão de Desenvolvimento Pessoal, aberto oito turmas para a formação de auxiliares de enfermagem, tendo um grupo de enfermeiras assumido disciplinas. Também foram oferecidos cursos de preparação para o exame de suplência, ficando a encargo das enfermeiras nas unidades de saúde o preparo técnico desses atendentes, por meio de cursos de preparação e treinamento em serviço. As enfermeiras não foram deslocados exclusivamente para isso, mas continuaram desenvolvendo suas atividades técnicas nos centros de saúde (Kalinowski e Lopes, 1989).

Giacomini (1994, p.124) comenta que o modelo teórico seguido pela Secretaria desde o final dos anos 80 na realidade não tem-se realizado com a plenitude esperada, uma vez que *à expansão da cobertura não corresponde igual produtividade; as ações gravitam em torno do trabalho médico; a pressão de demanda e a ausência das preconizadas ações coletivas coexistem com a ociosidade de toda a equipe.*

Baracho e Laat (1990) confirmam essa colocação em seu estudo avaliativo sobre o processo de trabalho nos centros de saúde, onde fizeram um comparativo entre o quantitativo de recursos humanos e a produtividade de cada categoria profissional, e concluem que a demanda pelas consultas médicas nos centros de saúde era, historicamente, maior e a equipe de enfermagem apresentava uma relação produtividade X capacidade baixa quanto aos procedimentos que derivam e gravitam em torno da consulta médica, como também nas atividades externas, atuando na promoção à saúde.

Este trabalho aponta como um dos fatores da baixa produtividade da equipe – a organização do processo de trabalho nos centros de saúde, norteadada pelo modelo de programação uma vez que as atividades de recepção, cadastramento, pré-consulta, consulta e pós-consulta eram consideradas inadequadas pela morosidade e excessiva normatização.

Em 1991, ocorreu a 1ª Conferência Municipal de Saúde, na qual foram definidas as propostas para a construção do Plano Municipal de Saúde de Curitiba. Elaborado por um grupo técnico da Secretaria e apresentado posteriormente no Conselho Municipal de Saúde, e aprovado, este foi diretivo na organização e implantação do processo de municipalização da saúde no município.

A partir de 1992, inicia-se o processo de mudança para a efetiva municipalização do sistema de saúde, com a descentralização organizacional da Secretaria, a criação de 7 distritos sanitários, estrutura responsável pela implantação das propostas de saúde norteadas pelos conceitos de território-processo; vigilância à saúde; planejamento local e criação dos Conselhos Locais de Saúde.

O Município de Curitiba encontra-se habilitado para a Gestão Plena do Sistema de Saúde² desde 19 de março de 1998, conforme orientações e critérios da NOB 01/96. (Normas Operacionais Básicas do Sistema Único de Saúde).

Para o enfrentamento das questões de saúde no Município, a Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba adotou uma visão estratégica de gestão que prioriza, além dos princípios e atribuições do Sistema Único de Saúde, diretrizes norteadoras para operacionalizar as

² Gestão Plena do Sistema de Saúde, segundo a NOB/96 – Norma Operacional Básica – é uma das formas de gestão definidas para os municípios administrarem as ações de saúde e o fundo municipal de saúde. Na Gestão Plena do Sistema de Saúde o município é o responsável pela gestão do Sistema Único de Saúde, que representa exercer o papel de regulação de todos os serviços de saúde vinculados ao SUS, atuando nos campos da atenção à saúde, assistência individual e coletiva.

propostas do Plano Municipal de Saúde, como os conceitos de vigilância à saúde³ e de território⁴ que constam nos planejamentos elaborados pela Secretaria.

O trabalho da Secretaria é coordenado por meio de uma estrutura organizacional que demonstra uma preocupação com a agilidade das tomadas de decisão e gerenciamento das ações.

Essa estrutura é composta por:

5 (cinco) diretorias, denominadas Centros – responsáveis pela elaboração e coordenação da implantação dos programas e projetos de saúde do Plano Municipal de Saúde

Centro de Controle, Avaliação e Auditoria – que tem por missão o planejamento, gerenciamento, controle e avaliação dos serviços próprios e conveniados que prestam assistência nos diferentes níveis de atenção à saúde dos cidadãos curitibanos;

Centro de Saúde Ambiental – planeja, coordena e avalia as ações sobre o meio ambiente, produtos e serviços com relação à saúde, onde atuam os técnicos da vigilância sanitária;

Centro de Informação em Saúde – é onde são elaboradas, gerenciadas e avaliadas todas as ações das políticas de saúde;

Centro de Epidemiologia em Saúde – acompanhamento das ações da vigilância epidemiológica;

Centro de Assistência à Saúde – onde são traçados e monitorados os programas de atenção à saúde desenvolvidos não só nas unidades de saúde, como também pelos demais serviços conveniados ao Sistema Municipal de Saúde.

³ Vigilância a Saúde, segundo Mendes (1993, p.179) –“é uma prática sanitária informada pelo modelo epidemiológico, que articula, sob a forma de operações, um conjunto de processos de trabalho relativos a situações de saúde a preservar de riscos, danos e seqüelas, incidentes sobre indivíduos, famílias, ambientes coletivos (creches, escolas, fábricas) grupos sociais e meio ambiente, normalmente dispersos em atividades setorializadas em programas de saúde pública, na vigilância sanitária, na vigilância epidemiológica, na vigilância nutricional e alimentar, no controle de vetores, na educação para a saúde, nas ações sobre o meio ambiente, em ações extra-setoriais, para enfrentar problemas contínuos num território determinado, especialmente ao nível de microárea.” [...] É uma prática sanitária interdisciplinar, integradora de diferentes saberes e fazeres intra e extra-setoriais, que são transformadas ao se articularem e são organizados pela lógica epidemiológica, para o enfrentamento de problemas concretos, num território determinado, de forma contínua, para impactá-los positivamente.”

⁴ Território – o conceito adotado pela Secretaria Municipal da Saúde é o do território-processo que, para Mendes (1993, p.166) é, além de um território solo, um território de vida pulsante, de conflitos, de interesses diferenciados em jogo, de projetos e de sonhos. É um território econômico, político, cultural e epidemiológico.” Esse é o território do distrito sanitário entendido como processo social de mudança das práticas sanitárias e é o que permitirá exercitar a hegemonia do modelo sanitário” [...] deve ser esquadrihado de modo a configurar uma determinada realidade de saúde, sempre em movimento, isto é, uma situação de saúde determinada pela dinâmica das relações sociais, econômicas e políticas que se reproduzem historicamente, entre indivíduos e grupos populacionais existentes no território, reprodução esta condicionada pela sua inserção no conjunto da sociedade.”

4 Núcleos Assesores – responsáveis pela aplicação das políticas e diretrizes municipais, estão ligados a outras Secretarias Municipais: Núcleo de Recursos Humanos, Núcleo Administrativo, Núcleo Financeiro e Núcleo Jurídico;

8 Distritos Sanitários – estruturas responsáveis pelo gerenciamento e operacionalização dos programas e projetos de saúde, pelas 99 unidades de saúde distribuídas no território municipal (Curitiba, 2000, Relatório trimestral da SMS).

As unidades de saúde apresentam propostas de atenção diferentes: unidades com pronto-atendimento, onde a prioridade é o atendimento emergencial; unidades com oferta de consultas médicas especializadas: ginecologia, endocrinologia, oftalmologia, ortopedia entre outras; unidades de saúde básicas, que contam com atendimento em pediatria, gineco-obstetrícia e clínico geral e unidades de saúde da família. Em todas há atividades de enfermagem, com diferentes atribuições decorrentes do tipo de atendimento prestado.

A unidade de saúde tem um território sob sua responsabilidade. Esse território é o espaço geográfico entendido como o *locus* onde acontece a atuação técnica da equipe de saúde, mediante a operacionalização das atividades dos programas e projetos de saúde.

Do quadro de recursos humanos da Secretaria Municipal da Saúde constam 274 enfermeiras, sendo que 150 desenvolvem suas atividades técnicas nas unidades de saúde. Além das atividades técnicas, encontramos também enfermeiras assumindo o cargo de Autoridade Sanitária Local, responsável pela gerência técnica, política e administrativa das unidades de saúde. Existem também enfermeiras desenvolvendo atividades ligadas a auditoria, a vigilância epidemiológica e vigilância sanitária; elaboração e avaliação de projetos e programas de saúde (Curitiba, 2000, Documento sobre o quadro de recursos humanos).

O distrito escolhido para o desenvolvimento deste trabalho é o Distrito Sanitário de Santa Felicidade. Com 180.000 habitantes, essa região é famosa pelo centro gastronômico e áreas de cultivo agrícola, é de origem italiana, ucraniana e polaca.

Nesse distrito há 14 unidades de saúde, sendo 01 unidade de saúde 24 horas, que oferece o pronto-atendimento e consultas especializadas, 05 unidades de saúde da família e 08 unidades básicas.

A conformação de cada equipe difere conforme o seu modelo de atenção, variando de 8 funcionários (unidades de saúde básica e unidades de saúde com o modelo de saúde da família) a 120 funcionários (unidade de saúde 24 horas, com características de pronto-

atendimento). Em relação à profissional enfermeira temos as US 24 horas com 07; as demais unidades de saúde contam com 01 profissional na sua equipe. Excepcionalmente há unidades que, conforme sua demanda e volume de trabalho, têm na equipe mais de 01 enfermeira, tendo neste estudo, 02 unidades que apresentavam 02 enfermeiras na sua equipe de saúde.

→ A escolha do Distrito Sanitário ocorreu por sugestão da própria Secretaria; primeiro devido ao fato de estar desenvolvendo a função técnica de enfermeira nesse distrito, e porque já havia uma proposta de se estruturar um grupo de estudo técnico com os profissionais de enfermagem ali.

3.3 O PROCESSO DE CAPTAÇÃO DOS DADOS

Para atingir o proposto neste estudo, foram elaborados e organizados encontros com as profissionais, utilizando a dinâmica de oficinas.

A oficina é uma seqüência de encontros em que a temática geral é estruturada, utilizando diferentes técnicas e estratégias que sejam facilitadoras e problematizadoras das questões e que auxiliem as participantes a exporem os seus conhecimentos e, assim, favorecer o processo de troca e crescimento geral do grupo.

A opção pela oficina se deu pelo fato de que esta se constitui em *um espaço para reflexão e discussão das vivências, permitindo a identificação de temas fundamentais para melhor compreender o problema em pauta* (Chiesa, 1995, p.20); possibilita, dessa forma, conjugar reflexão e ação, facilitando o emergir dos conhecimentos ou das representações das pessoas acerca da temática.

A busca de uma metodologia que possibilitasse a troca de experiências visou a uma prática educativa que permitisse ao grupo fazer a sua própria problematização, de maneira que ele fosse gradativamente ampliando sua visão crítica sobre o tema, inter-relacionando o conhecimento teórico com a prática e visando à compreensão da totalidade do trabalho da enfermeira.

As oficinas foram estruturadas diferentemente, com dinâmicas de trabalho individuais e coletivas que permitissem tanto captar as percepções de cada participante como propiciar a discussão e análise crítica construtiva sobre o exercício profissional de cada uma e do grupo.

O registro dos dados foi realizado pelas próprias participantes, preenchendo os instrumentos elaborados para cada oficina e pela pesquisadora no decorrer das falas e discussões. Ao término de cada oficina, a pesquisadora relia as anotações com o grupo e fazia novos registros e comentários, exigindo assim atenção e precisão nos registros.

Esses registros foram organizados de duas formas: primeiro por oficina, segundo por participantes, permitindo a coleta dos dados para discussão e análise posterior.

Neste estudo participaram 14 enfermeiras que atuavam em unidades de saúde básica; salienta-se que duas das unidades contava com duas profissionais, com número que variava nos encontros programados, devido a outros compromissos assumidos pelas profissionais nos dias das oficinas. As participantes foram nominadas por número na apresentação e discussão dos dados, sendo o mesmo número para cada uma em todas as oficinas.

Optou-se utilizar a palavra enfermeira devido à presença majoritária das mesmas na profissão.

Essas profissionais atuam em unidades de saúde básica e unidades com programa de saúde da família e, em nenhum momento houve a participação das profissionais da unidade 24 horas.

Foram realizadas 4 oficinas para compreensão do trabalho da enfermeira nas unidades de saúde. As mesmas aconteceram em uma sala da Rua da Cidadania, do bairro, onde o Distrito Sanitário está localizado. A Rua da Cidadania é uma espaço administrativo da Prefeitura Municipal de Curitiba, onde são oferecidos todos os serviços públicos à população dos bairros próximos.

Primeira oficina – teve como objetivo definir os principais temas a serem abordados no decorrer dos encontros e confirmar se o trabalho da enfermeira era sentido e percebido como um tema principal e primordial do grupo.

Iniciou-se com a apresentação dos objetivos do trabalho e a importância da participação do grupo de enfermeiras nesse processo de investigação. Foi-lhes assegurado, ainda, que os dados seriam tratados de modo a garantir o anonimato de todas participantes.

Após, desencadeou-se o trabalho, partindo da seguinte pergunta **“Como poderiam descrever o trabalho cotidiano na unidade de saúde, principalmente em relação às atividades de enfermagem?”**; a cada participante foi entregue uma folha em branco, onde deveriam escrever as suas percepções.

Cada uma pôde se expressar; primeiro sobre sua percepção e depois sobre o que os demais colegas escreveram. No decorrer da discussão, a pesquisadora e uma das participantes iam registrando em uma folha de cartolina os tópicos apontados como principais e que o grupo gostaria de estar desenvolvendo no decorrer dos encontros, como: ansiedade, metodologia da assistência, atualização em temas específicos da enfermagem, sobrecarga de trabalho, atribuições e papéis da enfermeira nas unidades de saúde, desvio e acúmulo de funções, trabalho de enfermagem, atividades desenvolvidas pela enfermeira, processo de enfermagem, prática de enfermagem.

Em seguida, foi realizado um exercício de agregação de tópicos comuns e correlatos, visando definir um ou dois agrupamentos de temas, como também definir junto com o grupo de enfermeiras o propósito do trabalho em estudo.

Ao refletir sobre as questões norteadoras do estudo e as falas das enfermeiras, foi proposto trabalhar o conceito de trabalho e trabalho em enfermagem na próxima oficina.

Segunda oficina – o objetivo dessa oficina foi conhecer **“O significado do trabalho e trabalho em enfermagem”**; foi utilizada a técnica da construção de cartazes. Cada enfermeira elaborou dois cartazes, um para o significado do trabalho e outro para a representação do significado do trabalho em enfermagem.

Os recursos oferecidos foram diferentes tipos de papéis, como cartolina, papel cartão, papel verde, papel de embrulho, celofane; canetas e lápis pretos e coloridos; revistas, jornais e encartes de propagandas para fazerem recortes; tesouras; borrachas; colas; tintas guache de diferentes cores. Tal material deveria favorecer a elaboração e construção de um cartaz criativo e que possibilitasse a expressão do significado para cada participante.

Inicialmente cada enfermeira construiu os dois cartazes, em um exercício individual e reflexivo; foram sendo registrados pela pesquisadora as observações sobre a preocupação de cada participantes em, por meio do seu cartaz, demonstrar efetivamente o seu significado para o grupo.

A seguir iniciou-se a discussão com a apresentação dos cartazes sobre o significado do trabalho. Assim que cada uma mostrava e comentava o seu produto, ocorria a discussão, o que levava outra participante a apresentar o seu cartaz. Os comentários e observações feitas foram sendo registradas pela pesquisadora em uma folha branca que após era afixada na parede assim como os cartazes, sucessivamente.

A discussão abordou os significados, e as causas e fatores que determinam a percepção sobre o trabalho e do trabalho em enfermagem.

Terceira oficina – teve como objetivo identificar a percepção dos participantes sobre **“As atividades da enfermeira em unidade de saúde”**. Para essa finalidade foi elaborado um instrumento (anexo1) com questões abertas sobre o objeto de trabalho da Enfermeira.

As questões tinham a função de suscitar o debate entre as participantes: quais as atividades mais frequentemente desenvolvidas no seu cotidiano? Quanto tempo você despense nelas diariamente? Discrimine as principais atividades que desenvolve com o seu cliente.

Foi-lhes solicitado que o preenchimento ocorresse de forma individual. A seguir foi iniciada a discussão, sendo registrados pela pesquisadora os comentários feitos no decorrer da oficina.

Quarta oficina - esta oficina teve como objetivo **conhecer os determinantes do trabalho da enfermeira nas unidades de saúde, para este grupo de enfermeiras.**

Foram elaborados dois gráficos com dois eixos, um eixo com a relação dos determinantes que influenciam ou direcionam o trabalho da enfermeira nas unidades e com a comunidades e o segundo eixo com uma escala de graduação de 0 a 10 para a enfermeira avaliar e registrar se leva em consideração os determinantes no planejamento das ações. O gráfico nº1 (anexo 2) refere-se ao trabalho interno da enfermeira nas unidades e o segundo (anexo 3) é sobre as atividades da enfermeira com a comunidade.

Esses determinantes foram construídos com base nos critérios utilizados na elaboração e implementação das propostas, programas e projetos de saúde no município.

Em relação ao gráfico nº1 (o trabalho da Enfermeira nas unidades), foi formulada a seguinte questão – como você considera e pontua esses itens quando está organizando e/ou planejando uma atividade de enfermagem? Para construir a resposta, foram propostos os seguintes tópicos: área física – conhecer e considerar as necessidades e recursos da comunidade; área social – considerar as relações dos membros da comunidade, entre seus pares e também eles e os membros de uma equipe de saúde; área institucional: – conhecer as lideranças locais e considerar a sua opinião sobre as atividades na ou para a comunidade; área condições de recursos – conhecer e considerar as condições econômicas da comunidade; área condições de trabalho – conhecer as condições de trabalho e empregabilidade; área do serviço

de saúde – considerar a equipe, suas necessidades e fatores que permitem o seu trabalho, suas condições e capacidades; área de SMS – considerar como principais as normas e rotinas propostas pela instituição; área de enfermagem – considerar o conhecimento técnico da enfermagem.

Para o gráfico nº 2, sobre o trabalho da enfermeira na comunidade, foram definidos os mesmo tópicos relacionados para o gráfico nº 1.

Para o preenchimento de cada gráfico foram oferecidas canetas hidrocor, pois o colorido facilitaria a visualização no momento da discussão. Os comentários sobre as dificuldades e anseios de cada uma, sobre a utilização ou não destes determinantes no seu trabalho cotidiano iam sendo registrados bem como os outros determinantes sugeridos pelas próprias participantes.

Os registros dos comentários foram realizados pela pesquisadora e por um membro do grupo, os quais foram, no final da oficina, apresentados ao grupo.

4 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Ao analisar os dados coletados, deparei-me com uma riqueza de informações, não só da linguagem como dos seus significados, que suscitam várias questões sobre o trabalho da enfermeira. Essa análise buscou priorizar tão somente os significados e as representações do trabalho da enfermeira nas unidades de saúde, conforme os objetivos propostos inicialmente nesse estudo.

4.1 CONTEXTO DA SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE NO MOMENTO DA COLETA DOS DADOS

Para entender os significados das falas é fundamental conhecer o contexto institucional das participantes, o que favorece a compreensão de determinantes importantes para a análise dos resultados. Assim, apresenta-se uma breve contextualização da Secretaria Municipal da Saúde no período da realização do levantamento dos dados.

A Secretaria Municipal da Saúde passava por um período efervescente de implantações de propostas e alterações de programas, gerando um acúmulo de atividades aos profissionais das equipes de saúde e, conseqüentemente, provocando ansiedade, dúvidas, busca de acertos e ajustes no processo de trabalho nas unidades de saúde.

Estava sendo implantado o Programa Mãe Curitibana, com ações voltadas à atenção da gestante, reintroduzindo atividades educativas realizadas em oficinas; o exame para a detecção do vírus do HIV, bem como as atividades de aconselhamento aos portadores desse vírus e, em atendimento à principal reivindicação das mulheres, a garantia da assistência ao parto.

Também o Programa de Saúde Mental, continuação da proposta de desospitalização do paciente portador de doença mental; nele a Secretaria organiza

inicialmente o atendimento a pacientes egressos das instituições hospitalares, com acompanhamento nas unidades de saúde, fornecendo medicamentos, agendamento para a continuidade do tratamento ambulatorial e introduz o Pronto Atendimento Psiquiátrico em duas unidades de saúde 24 horas.

O Programa dos Agentes Comunitários de Saúde, provavelmente foi o que suscitou maiores debates entre as enfermeiras, com a profissional percorrendo todo o programa, desde recrutamento, seleção, admissão, treinamento, introdução do agente na equipe de saúde e a coordenação das atividades dos mesmos, mediante planejamento, acompanhamento, supervisão e avaliação das atividades desenvolvidas por ele.

Concomitantemente, a Secretaria introduzia a informatização das unidades de saúde, com a implantação do prontuário e demais documentos de registro das atividades da unidade no sistema eletrônico. Assim, todos os profissionais da equipe de saúde passariam a registrar o seu atendimento nesse tipo de prontuário, o que exigiria dele, além da sua atividade técnica profissional, o manuseio e domínio de outro tipo equipamento tecnológico, que a grande maioria não domina – o computador.

Além disso, estava sendo introduzido o Manual de Práticas de Enfermagem, com dois grandes propósitos: o primeiro, de *reorientar as atividades desempenhadas pela enfermagem, adequando-as às novas práticas e ao modelo assistencial vigente na Secretaria Municipal da Saúde*, e o segundo, de *implementar a função delegada, nos problemas de saúde dos cidadãos das Unidades de Saúde, com vistas à integralidade do cuidado e à excelência do serviço* (Curitiba, 1999, p.7).

Houve também, naquele período, a introdução da busca ativa dos pacientes tuberculosos e hansenianos, proposta do Ministério da Saúde, com sistema de registro, de acompanhamento e pagamento diferenciado aos municípios, com formulários próprios, gerando um duplo sistema de registro de dados nas unidades e, conseqüentemente, uma atividade realizada duas vezes pela equipe.

Para a implantação dessas propostas, era exigida a presença da enfermeira em todas as reuniões de apresentação da proposta e nos treinamentos técnicos que fossem necessários, porque ela seria a profissional responsável pela organização do processo de trabalho da equipe na unidade de saúde junto com a Autoridade Sanitária Local. Assim, as profissionais tinham um acúmulo de atividades extras: participar das reuniões; conhecer diferentes serviços que a

unidade passaria a oferecer; promover os ajustes e adaptações das propostas junto às equipes técnicas da secretaria.

Outra atribuição da enfermeira seria o repasse dos treinamentos técnicos e administrativos à equipe de saúde, como a participação, junto com as Autoridades Sanitárias Locais, das reuniões com a comunidade para a apresentação e orientação sobre essas propostas.

Associadas a essas atividades internas, foram realizadas Conferências Locais, Distritais e Municipal de Saúde, mobilizando não só as equipes de saúde como os trabalhadores, prestadores e usuários do Sistema Único de Saúde de Curitiba. Nelas foram discutidas e encaminhadas novas propostas para comporem o Plano Municipal de Saúde de Curitiba.

4.2 APRESENTANDO AS PARTICIPANTES DO ESTUDO

A apresentação das participantes desse estudo faz-se necessária para a compreensão das suas falas em relação ao trabalho da enfermeira, da sua visão de enfermagem e sua participação nas oficinas.

O grupo era heterogêneo em relação à atuação profissional; três participantes eram recém-formadas (com menos de 1 ano de atuação), tendo na Secretaria a sua primeira experiência profissional, com seus sonhos, desejos e vontade de trabalhar sempre bem explicitados no decorrer das oficinas.

Outras cinco enfermeiras tinham mais de 10 anos de atuação na rede municipal, com passagens por diversos setores ou outras unidades de saúde, com experiências diversas sobre os vários momentos de implantação, de mudanças, de crescimento pelos quais a Secretaria Municipal da Saúde passou. A contribuição desses profissionais foi importante no decorrer das oficinas pelo conhecimento que possuíam da dinâmica institucional.

As outras seis enfermeiras se encontravam na Secretaria entre 2 e 5 anos, participando principalmente da implantação dos Distritos Sanitários da Secretaria e a introdução das diretrizes de vigilância à saúde, territorialização e o movimento da construção dos planejamentos locais.

Outro dado que chamou a atenção foi o fato de somente duas enfermeiras terem outro emprego, o que pôde ser verificado provavelmente pela forte presença feminina no grupo e pela jornada de 8 horas diárias nas unidades de saúde, dificultando-lhes ter outro emprego.

4.3 APRESENTANDO OS DOCUMENTOS NORTEADORES DO TRABALHO DAS ENFERMEIRAS :

Como o presente estudo tem por objeto de análise o trabalho das enfermeiras nas unidades de saúde, foi realizado levantamento das atribuições e funções determinadas de responsabilidade técnica e gerencial da enfermeira em dois registros documentais: o Decreto nº 181 e o Manual de Práticas de Enfermagem; o primeiro cria e especifica legalmente as atribuições da profissão dentro da estrutura da Prefeitura Municipal de Curitiba, e o segundo indica as expectativas da Secretaria quanto às atividades técnicas a serem desenvolvidas pela enfermeira nas unidades de saúde. É também o documento mais atualizado da instituição, pois foi elaborado no ano de 1999 por uma equipe técnica, de enfermeiras, auxiliares de enfermagem e médicos.

O Decreto nº 181, publicado em Diário Oficial nº 13, de 09 de fevereiro de 1995, *aprova as especificações, atribuições, tarefas típicas, requisitos e demais características dos cargos da administração direta da municipalidade de Curitiba.*

Dentre as funções descritas para a enfermeira, foram relacionadas as específicas do profissional, ligadas às atividades desenvolvidas nas Unidades de Saúde (Diário Oficial nº 13, p.287 - 89)

- *coordenar e executar as ações desenvolvidas na área de enfermagem; participar no planejamento, execução, avaliação e supervisão das ações de saúde; efetuar pesquisas; assistir ao indivíduo, família e comunidade e executar as atividades de enfermagem do trabalho;*
- *executar as ações de assistência de enfermagem de maior complexidade e orientar os procedimentos de saúde desenvolvidos pela equipe de enfermagem nas unidades de saúde;*
- *planejar e coordenar as ações de saúde desenvolvidas pela equipe de enfermagem em atividades externas às unidades de saúde;*
- *participar de equipe multidisciplinar na discriminação de ações de saúde a serem prestadas ao indivíduo, família e comunidade, na elaboração de projetos e*

programas, na supervisão e avaliação dos serviços, na capacitação e treinamento dos recursos humanos;

- *realizar e/ou colaborar em pesquisa científica na área da saúde;*
- *opinar tecnicamente nos processos de padronização, aquisição e distribuição de equipamentos e materiais utilizados pela enfermagem;*
- *participar na elaboração e execução de programas de treinamento e aprimoramento do pessoal de enfermagem e do programa de educação da equipe de saúde;*
- *participar da elaboração e execução de medidas de prevenção e controle sistemático de danos que possam ser causados aos pacientes durante a assistência de enfermagem;*
- *coordenar e/ou participar da prevenção e controle de infecção em unidades de saúde;*
- *realizar consulta de enfermagem através da identificação de problemas no processo saúde-doença, prescrevendo e implementando medidas que contribuam com o resgate da saúde do indivíduo, família ou comunidade;*
- *prescrever medicamentos estabelecidos em programas de saúde pública, quando estejam em rotina aprovada pela instituição;*
- *coordenar os serviços de enfermagem e suas atividades complementares;*
- *realizar consultoria, auditoria e emissão de parecer sobre matéria de enfermagem;*
- *registrar sistematicamente as atividades desenvolvidas;*
- *participar de programa de atendimento a comunidades atingidas por situações de emergência ou calamidade pública;*
- *participar de debates junto à população, profissionais e entidades representantes de classe, sobre temas de saúde;*
- *desempenhar outras atividades correlatas.*

No Manual de Práticas de Enfermagem (Curitiba, 1999, p.13-15), encontramos as seguintes atribuições da enfermeira:

- *coordenação das atividades da enfermagem: programar as atividades da enfermagem, priorizar as ações no turno de trabalho, realizar escala da equipe de enfermagem, acompanhar o desempenho das atividades, avaliar o desempenho das atividades realizadas pela equipe de enfermagem e realizar registros e consolidar as informações necessárias;*
- *organização do processo de trabalho: identificar os problemas de saúde prevalentes, grupos de risco e fatores determinantes, relacionando-os com o modo de viver da população da área de abrangência da unidade; participar na estruturação e desenvolvimento do sistema de informação a partir da coleta, registro e análise dos dados epidemiológicos e de saúde; analisar a situação da assistência à saúde prestada pelo serviço, face aos problemas prevalentes na área, identificando áreas críticas na organização do serviço; programar, executar e avaliar as atividades de enfermagem com base em prioridades, objetivos e metas propostas, retroalimentando a equipe; prever recursos materiais e humanos necessários à realização das atividades e estabelecer meios para viabilizá-los ao nível local; estabelecer com a equipe rotinas setoriais, visando à melhoria da*

qualidade dos serviços; coordenar e supervisionar a execução e sucessão das atividades da equipe de enfermagem sob sua responsabilidade; realizar atividades educativas, individual, familiar e grupal para incorporação de hábitos saudáveis e promover o autocuidado;

- capacitação da equipe de enfermagem; analisar os problemas e levantar as necessidades da equipe de enfermagem no tocante à capacitação para desempenho das atividades locais; priorizar os temas e conteúdos a serem desenvolvidos no processo de capacitação; realizar programação fixando objetivos, metas, clientela, metodologia, recursos e cronograma; realizar a capacitação da equipe, identificando estratégias para sua execução; prever instalações físicas para o alojamento e execução das atividades didáticas e de serviços previstos para a capacitação; supervisionar e analisar o desempenho dos participantes do processo de capacitação; preencher registros e consolidar informações necessárias;

- consulta de enfermagem: desenvolver a consulta de enfermagem obtendo os dados para anamnese; registrar os dados; elaborar o diagnóstico de enfermagem; identificar e estabelecer conduta de enfermagem; registrar as atividades;

- atuação junto aos Conselhos locais, Comissões de Saúde e/ou Lideranças comunitárias: participar das reuniões com os conselhos locais ou comissões de saúde, enfocando o trabalho da unidade de saúde; participar de atividades no território, promovendo educação em saúde, através de parcerias com a comunidade; estimular a equipe de enfermagem a participar das atividades junto aos conselhos, comissões e/ou lideranças, visando a promoção da saúde no território; participar das Conferências Locais de Saúde;

- coordenação dos agentes comunitários: identificar os agentes comunitários; capacitar os agentes para desempenhar as atividades locais; realizar programação das atividades dos agentes comunitários em área; estabelecer rotinas setoriais em conjunto com os agentes para melhor desempenho das atividades; acompanhar a execução das atividades; promover a integração entre os agentes e a equipe de saúde; avaliar a programação e o desempenho das atividades dos agentes; realizar registros e consolidar as informações necessárias.

Comparando os dois documentos com a Lei do Exercício Profissional, pode-se afirmar que não há contradições, uma vez que tanto nos documentos como na lei constam atividades ligadas à atuação administrativa e técnico-assistencial.

No entanto, ao observar a prática das enfermeiras nas unidades de saúde, percebe-se uma maior preocupação com a função administrativa: a organização do trabalho da unidade; relatórios preenchidos nos prazos estabelecidos pela Secretaria; planejamento e acompanhamento das atividades da equipe de saúde e, hoje, dos agentes comunitários de saúde, além de sua participação nas reuniões técnicas para a implantação dos projetos nas unidades de saúde. Dentre as atividades, as de cunho mais burocrático acabam por ocupar grande parte do tempo de trabalho, de tal modo que mesmo o planejamento das ações da equipe de enfermagem fica prejudicada.

Chama a atenção que no Manual de Práticas de Enfermagem não apareçam as atribuições ligadas a auditoria, pesquisa e assessoria. Esse manual foi distribuído a todos os membros da equipe de enfermagem com o propósito de *reorientar as práticas da enfermeira*, mas essas atribuições não estão sendo valorizadas ou desempenhadas nas unidades de saúde. Nas oficinas realizadas, em nenhuma das falas foi percebida alguma preocupação com essas questões, reforçando que a preocupação da enfermeira está mais voltada para as atividades ligadas à assistência ou à administração do serviço.

4.4 APRESENTANDO OS DADOS

Ao iniciar esse estudo foi considerado importante entender os significados atribuídos pelas participantes ao trabalho e ao trabalho em enfermagem, motivo de todos estarem atuando nessa instituição como trabalhadores em enfermagem. Esses foram os dois primeiros elementos que levaram as integrantes a se identificarem no grupo; os demais, como o interesse na busca do conhecimento, crescimento profissional, cooperação e cumplicidade, foram sendo construídos no decorrer das oficinas e das demais atividades desenvolvidas na instituição. O grupo continuou suas reuniões após o término do levantamento dos dados, reunindo-se para estudar, debater e construir uma prática profissional na unidade de saúde.

A seguir serão apresentadas as categorias emergentes da análise das falas das enfermeiras e que traduzem os significados do trabalho e do trabalho da enfermagem.

Os recortes das falas serão identificados por um número precedido da letra E, entre parênteses ao final de cada recorte.

4.4.1 OS SIGNIFICADOS DO TRABALHO

Motivação

Motivação pode ser entendida como estímulo, interesse, o que justifica ou move os indivíduos em direção a alguma coisa, ao alcance de seus objetivos ou metas. Pieron define *motivação como um fator psicológico que predispõe o indivíduo, animal ou humano, a realizar certas ações ou atender a certos fins* (In : Dejours, 1994, p.34).

A noção de motivação em relação ao trabalho é a *variação de desempenhos produtivos que é visada: como explicar as mudanças de comportamento de um trabalhador de um período para outro de sua vida de trabalho* (Dejours, 1994, p.34).

Pelo trabalho a enfermeira consegue expressar toda a sua criatividade, sua realização, a busca do imaginário e do ideal da sua profissão, além de buscar a concretização de seus ideais. O trabalho é o centro na vida dos indivíduos e se expressa pelo que ele produz em estruturas materiais, sociais e intelectuais; é a realização de uma ação para uma finalidade. Encontra-se essa expectativa em relação ao trabalho em falas como:

Trabalho significa o retorno financeiro, que possibilita ou é traduzido em um local para morar, transporte, a compra de um carro e ter dinheiro para a sua sobrevivência; também é através dele que consigo minha satisfação pessoal, minha realização, busca da minha felicidade [...] precisava muito trabalhar, era constantemente cobrada pelos meus pais (E 1).

O trabalho representa a busca da independência e do reconhecimento; o indivíduo produtivo atende não só a suas necessidades materiais, mas às subjetivas, como a de realização, traduzida como *felicidade*.

Quando o indivíduo já sente suas necessidades atendidas, busca no trabalho outro objetivo para a sua vida:

Trabalho foi o objetivo da minha vida, para conseguir o que necessito; minha casa, proporcionar momentos de prazer e lazer, viagens, conhecer novos locais; através dele temos ou conseguimos amigos. Dediquei-me muito ao trabalho até agora. Fiz 30 anos ontem; por opção não casei, não tive filhos, para conseguir primeiramente os bens materiais. Hoje estou começando a mudar essa visão, pretendo ir em busca de outras coisas – constituição de uma família, viajar, me divertir (E 4).

O trabalho, nesse caso, representa a busca do sentir-se bem; não só as conquistas materiais, mas também aquelas que podem significar outros prazeres na vida. Leopardi (1999, p.52) coloca que *a imagem do mundo do indivíduo se concretiza através do trabalho*, descobrindo e perseguindo objetivos próprios, sem esquecer de preencher a vida com atos significativos para si e para outros.

O trabalho significa a identificação, o reconhecimento dentro do contexto social, a sua inclusão na sociedade como um indivíduo capaz de ser produtivo, independente, de ter liberdade de decidir a sua trajetória de vida.

[...] é uma estrada na qual muita gente que está fora quer entrar, quem está dentro quer percorrer até chegar a um grande sol (estabilidade). O trabalho representa a minha vida (E 10).

Outra enfermeira inicia com uma indagação :

Lembra quando você morava com a sua mãe e nem se preocupava em lavar a sua roupa? Consegui isso através do trabalho, porque sempre quis ser independente “lavar as minhas próprias roupas”, ter casa, casar e muitos filhos [...] gostaria de chegar na velhice assim calma, com uma boa condição física, com uma boa conta bancária, não ter preocupações financeiras e estar sempre me atualizando, não ficar parada, estar sempre participando; isso significa muito para mim. Luto muito para conseguir o que quero, não desisto fácil das situações. Sempre quis ser independente, o trabalho significa tal independência (E 3).

Para uma enfermeira, além de emprego e independência, trabalhar é também atender a seus desejos de consumo.

O trabalho para mim significa procura do emprego, estar olhando a sua volta em busca de um emprego, porque é ele que irá trazer a sua tão almejada independência, desejo enorme de ser livre e ser dona de si própria (carro, conta no banco, telefone celular...), ganhar para conseguir tudo; sou recém-formada e foi uma enorme festa quando consegui meu emprego, hoje estou feliz por ter conseguido comprar um celular, porque adoro falar ao telefone (E 2).

Para Boff⁵, o trabalho *seria a grande libertação do ser humano*, atividade pela qual poderia estar expressando toda a sua capacidade de transformação, realização, percebendo-se inserido na sociedade com um ser produtivo, criativo. A representação do trabalho como uma atividade intelectual, que possibilite a satisfação pessoal e a integração do potencial humano criativo do trabalhador no seu espaço de trabalho encontra-se nas falas a seguir:

Trabalho para a comunidade através de uma instituição que acredita em mim e acho que estou desenvolvendo meu trabalho com bom desempenho. Fico porque acredito no que estou fazendo, sou reconhecido, mas principalmente porque a comunidade também me avalia e tem dado retorno positivo ao meu trabalho. No nosso trabalho temos de ter sonho, solidariedade, compreensão, compromisso e, principalmente, acreditar no que fazemos (E 9).

Ou, ainda, como construção do conhecimento, por meio de atividade prática, em

⁵ Leonardo Boff, em palestra sobre “Novos Paradigmas da Educação” proferida na Universidade Federal do Paraná, em 15 de setembro de 1999, promovido pela UFPR e Secretaria Estadual da Educação do Paraná.

[...] ainda é um deserto, uma situação vazia, que irá sendo preenchida gradativamente à medida que irei conhecendo, porque tem muita coisa a fazer, uma busca enorme para conhecer e amadurecer, para ir preenchendo esse deserto (E 2).

Observou-se também que para as enfermeiras o local do trabalho proporciona momentos de descontração, é um ambiente de tranqüilidade, porque é onde buscam a sua realização pessoal, no entendimento de que é capaz de realizar e transformar.

[...] me sinto no paraíso, não consigo ficar em casa, é um descanso, local onde consigo relaxar, esquecer os problemas de casa (E 5) .

Ou no que relata a seguinte enfermeira:

[...] é tranqüilidade, é uma ocupação, é terapia, é por onde tenho minha manutenção e me sinto tranqüila (E 5).

A necessidade do indivíduo estar produzindo, utilizando o seu conhecimento e transformando a realidade em que vive, é identificada com o conceito de Marx (1999 p.202): *trabalho é compreendido como todas as formas de atividade humana através das quais apreende, compreende e transforma as circunstâncias e, ao mesmo tempo, é transformado por elas.* É no ambiente do trabalho que a profissional pode aplicar seu conhecimento visando a essa transformação e tendo a sensação de realização.

Poder

Foucault (1982, p.75) afirma que *não sabemos o que é o poder,[...] essa coisa enigmática, ao mesmo tempo visível e invisível, presente e oculta, investida em toda parte, que se chama poder.* Na fala a seguir, o trabalho é traduzido como instrumento para alcançar o poder e transformá-lo em bens materiais. Isso reforça o que diz Foucault, para quem o poder está em toda parte, inclusive no dia-a-dia do indivíduo, que o exerce visivelmente ou não, importando *quem exerce e onde exerce o poder*; ninguém é propriamente seu titular, mas *ele se exerce em determinada direção.* Na fala a seguir, aparece a direção ou finalidade que a Enfermeira deu a seu exercício do poder.

[...] sou escrava do trabalho, porque através dele consigo o poder e influência, também o dinheiro para alcançar meus objetivos, prazos traçados, definidos e estipulado por mim, principalmente para esta primeira etapa da vida, as situações materiais, casa, carro importado (o que já consegui) (E 9).

Na fala seguinte, a profissional demonstra crer que pelo trabalho poderá alcançar autonomia, poder e liberdade:

[...] é por onde consigo cartão de crédito, mesmo sempre estando no seu limite; ter um carro para ter tranquilidade de “ir e vir”. (E 7)

Pelo trabalho a profissional se percebe poderosa, determina o seu caminhar, o que irá utilizar e como irá fazê-lo. O trabalho, então, faz que os indivíduos se considerem livres ou que busquem liberdade para tomar decisões em diferentes situações e momentos da sua vida.

Meyer (1996, p.49) visualiza no seu estudo sobre poder e gênero, que o poder pode ser relacional. Cita Joan Scott⁶, que propõe buscar os efeitos do gênero nos contextos e relações sociais, uma vez que nesse território encontram-se os elementos que esclarecem o efeito do gênero nas relações sociais e institucionais. O gênero é mais

do que um ‘lugar’ onde as subjetividades são produzidas [...]; ele produz e é produzido, organiza e é organizado e, portanto, atravessa, modula e regula o próprio contexto social. Enquanto discurso, ele está implicado na constituição e na operação de símbolos, de doutrinas, de instituições e organizações sociais e políticas, bem como nos processos de construção das identidades subjetivas.”

Na fala a seguir, observa-se essa relação de poder e gênero; *ser mulher e enfermeira [...] é ser centro de tudo*, em relação aos demais trabalhadores das unidades de saúde, detendo informação, podendo sempre assumir mais atribuições que podem representar poder, mesmo que uma grande parcela da categoria profissional não considere dessa forma.

Lunardi (1998), ao falar sobre a característica do trabalho da enfermeira, evidencia a enfermeira com detentora de um conjunto de informações relativas ao paciente, ao ambiente assistencial e organizacional o que lhe possibilita um conhecimento amplo do que está acontecendo no seu ambiente de trabalho. Tudo e quase todas as atividades passam por ela, permitindo que seja detentora de um “poder”. Ela, entretanto, não o percebe e não faz uso do mesmo em relação a seu espaço dentro da instituição, tornando muitas vezes o seu trabalho “invisível”.

⁶ Scott conceitua gênero como “um elemento constitutivo de relações sociais fundadas sobre as diferenças percebidas entre os sexos, sendo o primeiro modo de dar significado às relações de poder”. A autora propõe estudá-la por meio de quatro elementos: “os símbolos culturalmente disponíveis; os conceitos normativos expressos nas doutrinas religiosas, educativas, científicas, políticas e / ou jurídicas; a organização social e suas instituições; a construção das identidades subjetivas.” Meyer (1996, p.44).

[...] ser mulher e enfermeira é uma combinação que atrai para si muita coisa; é ser o centro de tudo, tudo gira em torno de você. Representa um balão cheio, porque sempre cabe mais, uso tudo para conseguir o que quero e acho que sempre cabe mais nesse balão cheio. Na história da enfermagem percebemos muito a necessidade da enfermagem ser o centro, ser o controlador dos demais (E 3).

Ou, ainda na fala da seguinte enfermeira:

[...] é sonhar, é ser capaz de ousar; acredito muito na enfermagem, tenho aprendido muito, mas principalmente porque através dela consegui tudo o que tenho. Acho que nós enfermeiras temos que acreditar mais, ousar mais na própria profissão (E 9).

Invisibilidade

Em relação à invisibilidade, Lunardi (1998, p.196) comenta que a *busca de solução para problemas oriundos da falta de gestão, seja da instituição ou de outros profissionais*, que podem causar outros problemas no serviço, levam a enfermeira a priorizar sua resolução, em detrimento da resolução daqueles de sua competência técnica e legal, tornando o seu trabalho invisível.

Ainda sobre a invisibilidade do trabalho da enfermeira, o autor considera que ela pode ser provocada pela ausência de conseqüências dos problemas gerados por outros profissionais ou pela instituição. Ao buscar resolver antecipadamente, a enfermeira está ocultando a sua existência e, portanto, ela própria negligencia sua importância. Essa forma de atuação impossibilita a realização de aspectos de maior relevância no seu próprio trabalho.

Responsabilizar-se por atividades que não sejam de sua competência técnica é fato revelado em falas, como

[...] às vezes nos sentimos com um balão vazio, estamos vazias, damos muito, temos que ser enfermeiras, psicólogas, amigas, muitas coisas ao mesmo tempo; às vezes me sinto carregando um carrinho cheio de malas; ser enfermeira é estar sempre carregada, mas sinto que muito também é culpa nossa, não conseguimos nos soltar destas amarras e da Ferrari [...] por não se dar valor, somos vistas como mil e uma utilidades; a enfermeira nunca tem tempo para si (E 10).

A invisibilidade do trabalho da enfermeira pode ser reconhecida na fala a seguir:

[...] temos coisas mais ou menos definidas, mas o que você faz é quebra-galho, sei de tudo o que está acontecendo na unidade de saúde, mas pouco em todas as situações, pouco aprofundamento na situação, temos que estar sempre disponíveis (E 13).

4.4.2 OS SIGNIFICADOS DO TRABALHO DA ENFERMEIRA EM UNIDADE DE SAÚDE

Nesse estudo foi possível perceber que na divisão técnica do trabalho em saúde, foram atribuídas à enfermeira as funções de mediar e implementar o processo de trabalho em saúde, principalmente por meio de ações complementares à consulta médica individual, centrada no corpo biológico sadio e doente, e pelo controle do processo saúde-doença na coletividade.

Cabem à enfermeira que atua nas unidades de saúde as seguintes atividades:

Treinamento: treinar a equipe de enfermagem nas diferentes ações de enfermagem desenvolvidas na unidade, como as relacionadas aos programas de saúde implantados nos serviços;

Coordenação: implantar, executar, supervisionar, controlar e consolidar os dados das atividades assistenciais e burocráticas previstas nos programas; organizar e elaborar campanhas de vacinação e busca ativa; organização dos procedimentos de enfermagem internos na unidade de saúde, como administração de medicamentos, aplicação de imunobiológicos; tratamento de lesões; limpeza, preparo e esterilização de materiais;

Controle: intermediar as relações de prestação da assistência médica individual com os procedimentos de enfermagem demandados pelo atendimento médico e voltadas para o sistema de informação – coleta, registro no sistema de informação sobre a produtividade das atividades que permeiam o trabalho na unidade, organização de fichários; fichas de controle de paciente, de material; controle do processo saúde-doença: mediante ações de promoção à saúde e prevenção a doenças, utilizando os instrumentos de educação sanitária, como reuniões, visitas domiciliares, vacinação;

Assistenciais: implantação, supervisão, execução de ações complementares ao ato médico; execução dos procedimentos de enfermagem; realização da consulta de enfermagem;

Educativas: ligadas às ações de promoção e prevenção à doença junto à comunidade, indivíduos ou grupos sociais.

Essas funções, que visam atender à finalidade do processo de trabalho na saúde, assegurando a prestação de atividades parcelares, por meio do cumprimento de um processo sistematizado de tarefas, foram encontradas nesse estudo e categorizadas conforme a sua representatividade de significação para os participantes do estudo.

Organização do ambiente do trabalho

Nos dois documentos estudados a coordenação dos serviços de enfermagem é atribuição que aparece fortemente, além de falar das ações nos programas e atividades de saúde e de enfermagem; no Decreto nº 181 aparece muito a palavra participação, demonstrando o significado da enfermeira como um membro da equipe de saúde que estaria assumindo as atividades de coordenação do trabalho em saúde e de enfermagem nas unidades, mas não as de ação decisória.

No Manual de Práticas de Enfermagem, desaparece a nomenclatura serviço como uma estrutura administrativa da enfermagem na instituição. Isso não ocorreu só com a enfermagem, mas também com os demais profissões na reformulação da estrutura administrativa da Secretaria Municipal da Saúde, entre 1992 e 1995, fazendo parte do movimento de reformulação administrativa e estrutural da Prefeitura Municipal de Curitiba.

Nesse mesmo manual, aparece uma nova atribuição de coordenação, ligada ao Programa de Agentes Comunitários, como também fica evidente a visão da enfermeira como executora de atividades dentro dos programas e das atividades de planejamento, treinamento e avaliação das ações de enfermagem. Em relação à categoria profissional, a enfermeira é evidenciada como responsável pelas atividades ligadas à equipe de enfermagem e de agentes comunitários de saúde, querendo a instituição delimitar ou estabelecer claramente o que espera dessa profissional. O que se observa, entretanto, são tarefas ou atividades que extrapolam essa expectativa, com a enfermeira assumindo, na ausência da Autoridade Sanitária Local, as suas funções. Tal fato é apontado incisivamente nos diversos momentos de discussão nas oficinas.

Percebe-se que a organização do ambiente do trabalho é uma atividade muito valorizada pela instituição e exercida pelas profissionais como a sua atribuição principal. Ela é a profissional lembrada para a organização do ambiente de trabalho, para a implantação das atividades e rotinas dos diferentes programas implantados na secretaria, vista também como uma facilitadora para o trabalho dos demais membros da equipe de saúde, preparando ambiente e prevendo os recursos materiais necessários para que as atividades assistenciais, entre outras, aconteçam, o que fica evidente em algumas falas:

Sáimos constantemente da unidade de saúde para nos dizerem o que fazer dentro dos programas que a instituição vem desenvolvendo, e como gostariam que fossem organizadas as atividades na unidade. (E 13).

Faria (1995) reforça essa afirmação quando aponta que a função da enfermeira como controladora tem tido mais a finalidade de cumprir ordens emanadas preestabelecidas pela instituição, levando-a a executar tarefas que consomem grande parte do seu tempo, elaborando e implantando normas e rotinas e controlando o trabalho dos demais trabalhadores.

Lunardi (1998) constata que o exercício das atividades administrativas assegura às enfermeiras um exercício de poder, possibilitando coordenar ações que garantam a adoção e a manutenção de uma filosofia do cuidado. Pode-se dizer que há um espaço institucional que permite à profissional exercer as atividades de gerenciamento das práticas de enfermagem, mas que é pouco ocupado em detrimento do gerenciamento das atividades assistenciais prescritas por outros profissionais.

Sei que meus maiores problemas estão relacionados com os adolescentes – gravidez, uso de drogas, violência – mas pouco tenho feito em relação a esses pontos, devido ao excesso de projetos e programas, mas principalmente à falta de tempo; por ter que desenvolver várias atividades na unidade de saúde, não consigo desempenhar atribuições que considero importantes localmente (E 13).

Em detrimento das atividades técnicas de responsabilidade da enfermeira, como consulta de enfermagem, prestação de cuidados, planejamento de atividades para solucionar os problemas locais, preparo e execução de atividades educativas, entre outras, a profissional tem dispensado mais tempo ao preparo do ambiente assistencial da unidade de saúde, verificando, provendo, solicitando materiais necessários à execução do trabalho pelo médico ou pelo auxiliar de enfermagem. Isso demonstra que estas atividades tornam invisível o trabalho da enfermeira para si e para a comunidade. A equipe de saúde percebe e reconhece a enfermeira como quem detém mais informações sobre o funcionamento do serviço, solicitando constantemente a sua presença para esclarecer e resolver dúvidas que surjam no decorrer da assistência, bem como desenvolver atividades ligadas indiretamente à assistência, como marcação de consulta por telefone, busca de orientações para a realização de determinado exame em outro serviço, troca de agenda de consulta ou repasse de dados para investigação epidemiológica aos setores responsáveis.

A visão de que todas as atividades de organização do ambiente devem passar pela enfermeira cria uma percepção de que a sua presença no serviço é insubstituível, que ela deve estar sempre fazendo algo, não lhe permitindo descanso.

É importante que ela mesma crie espaço e tempo propícios para a execução de atividades que demandem concentração, organização do pensamento, leitura técnica ou elaboração de propostas de trabalho.

Percebo que sou como um sinalizador para equipe e cliente; percebo a equipe sempre vindo atrás, a enfermeira sempre tem que estar ativa e sempre assumindo mais tarefas no serviço, a enfermeira nunca pára, mas vê os outros parados, e não se dá esse direito, acha que ficar parado é sinônimo de não estar fazendo nada útil, mas é quem segura as bombas (E 14).

Villa et al. (1997, p.54) comenta que *a padronização sistemática de condutas e a normatização excessiva das atividades podem explicar o fato de a atuação da enfermeira não estar orientada por um plano específico de enfermagem*, desejo da categoria, mas sim por sua atuação estar voltada para atividades de coordenação, controle e supervisão da assistência de enfermagem, e muito pouco voltada para a execução de ações assistenciais junto à clientela.

No trabalho da enfermeira encontramos dois eixos principais: a assistência, que constitui o trabalho direto de cuidado, em uma relação interpessoal, e a organização dessa assistência, que se realiza mediante o processo administrativo, não constituindo pólos opostos, mas, sim, complementares. Gomes et al. (1997) refere que, desde a institucionalização da enfermagem moderna, encontramos a dimensão do saber administrativo, na execução de atividades administrativas, legitimando o trabalho administrativo na enfermagem.

As falas das enfermeiras, no entanto, evidenciam uma atuação ainda distante do verdadeiro sentido de administração em enfermagem.

[...] apagando incêndios, resolvendo problemas; o apagar incêndio, para mim, são essas situações diárias que ninguém mais na unidade quer assumir para resolver: atender telefone; avisos que chegam para os funcionários e devem ser repassados; troca de agenda de consulta; solicitações de última hora para fechar algum dado ou organizar alguma atividade (E 11).

Gerenciar o cuidado e os serviços de enfermagem não constitui um desvio da função essencial da enfermeira, mas é percebida assim quando as tarefas administrativas não estão relacionadas direta ou indiretamente à organização da assistência ao paciente, ou são tarefas essencialmente burocráticas, dispersas e que ninguém deseja ou realiza, como atender telefone, dar recados, como as citadas nas falas a seguir:

[...] resolver situações diferentes na ausência da Autoridade Sanitária Local e / ou de outros profissionais. Acho que essas atividades diferentes que surgem no dia-a-dia é que às vezes despendem maior tempo, e é para mim que todos recorrem, como se não tivesse mais ninguém na unidade (E 14).

[...] temos coisas mais ou menos definidas, mas o que você faz é quebra-galho, saber tudo o que está acontecendo na unidade de saúde, temos que estar sempre disponíveis.[...]. Atender telefones; buscar resolver as diferentes situações, na falta da Autoridade Sanitária Local ou do profissional requisitado (E 13).

As atividades apontadas pelas participantes como administrativas, por exemplo em relação à organização do ambiente, não estão relacionadas à execução da assistência e por isso são extremamente questionadas pelas participantes da pesquisa. A equipe da unidade de saúde percebe que é a profissional que deve assumir as funções de gerenciamento do serviço na falta de quem é o seu responsável, mesmo não tendo respaldo legal para exercê-las, provavelmente porque ela centraliza as informações sobre o funcionamento do serviço e pela sua posição institucional, pois a enfermeira é que são repassadas as solicitações e informações junto com ou na ausência da Autoridade Sanitária Local.

Fragmentação do trabalho assistencial

Nos documentos referentes às funções da enfermeira, aparece a consulta de enfermagem como a principal atribuição assistencial dessa profissional. No sistema de informação, entretanto, não aparece como esse procedimento possa ser registrado, então, ele não é cobrado como uma atividade esperada e significativa da profissional, da mesma forma como são cobradas atividades assistenciais executadas pelos demais membros da equipe.

Para as enfermeiras que participaram desse estudo, a atividade assistencial está relacionada principalmente à realização de procedimentos de enfermagem na falta dos auxiliares, para reforçar a equipe na falta de alguém, quando a demanda é alta ou quando são atividades consideradas “mais complexas” que os auxiliares não querem assumir ou não querem resolver.

[...] me sinto como um a mais na equipe de auxiliares, como tapando buraco; às vezes sinto inversão de papéis, estou cobrindo a falta de outro membro (E 11).

A consulta de enfermagem aparece como uma atividade assistencial realizada por sete das enfermeiras participantes do estudo, principalmente no Programa Mãe Curitibana.

Chama a atenção que para quatro enfermeiras a realização da coleta de preventivo não é entendida como uma consulta de enfermagem.

Outro procedimento realizado e não caracterizado como consulta pelas profissionais é o acolhimento, que seria uma atividade de recepção, triagem com ações resolutivas; muitas não apontam como uma consulta, mas sim como mais uma atividade que desenvolvem no serviço, o que pode ser entendido como técnicas desvinculadas de uma abordagem mais ampla. No entanto, ao observar a realização dessas atividades, constata-se que elas se configuram como consultas de enfermagem, segundo seus passos metodológicos.

[...] atendimento de enfermagem, consulta de enfermagem, acolhimento... ações mais complexas que os auxiliares não resolvem. Quero dizer procedimentos em relação a pacientes, como puncionar uma vaso venoso, colher ou como orientar um paciente com suspeita de ter vírus HIV; como dizer que este paciente deve procurar outro serviço (E 8).

Na fala seguinte, a enfermeira trata como “procedimentos isolados” as ações que desenvolve nos diferentes programas implantados na unidade:

[...] triagem, acolhimento, orientações, consulta de enfermagem, atendimento ao público, visita domiciliar. Faço procedimentos isolados nesses programas (E 2).

A assistência de enfermagem é definida, *a priori*, como parte de um programa que prevê um cronograma de atividades, com conteúdos e profissionais para executá-la, uma vez que o processo de trabalho em saúde é coletivo, presidido por uma única finalidade, dirigido, no modelo da programação, a uma população alvo preestabelecida. Dessa forma, não é possível à enfermeira planejar individualmente e dar seguimento à assistência de enfermagem prestada a cada cliente, devido às outras atividades relativas ao processo de trabalho em saúde. Em outras palavras, no programa o plano de assistência de enfermagem já vem traçado, restando à enfermeira a sua operacionalização.

Atividades burocráticas

Essas atividades ocupam um tempo significativo do trabalho da enfermeira. Para uma melhor compreensão, optou-se por apresentá-las classificadas da seguinte forma:

a- Relacionadas ao sistema de informações: coletar e registrar informações; consolidá-las; confeccionar relatórios; analisá-los; corrigir e conferir fichas e dados; digitá-los; coletar e organizar informações para outros setores quando solicitado e repassá-las.

[...] cadastramento de egressos; corrigir sicas (sistema de coleta de dados) (E 14).

[...] fazer fichas de cadastro do agente comunitário de saúde, do Programa Mãe Curitibana, de pacientes egressos, vacinas; digitação do Nascer em Curitiba (programa de busca ativa de menores de um ano. Faço a digitação de dados nos programas porque é uma maneira de fazer supervisão indireta e avaliação das atividades e dos pacientes dos programas. (E 13).

[...] relatório de enfermagem; fico muito tempo, talvez por ser nova no serviço, só tenho dois meses e não conheço todos esses relatórios e não sei quais são de minha responsabilidade e da Autoridade Sanitária Local (E 2).

b- Relacionadas ao sistema de funcionamento do serviço: orientar e explicar o funcionamento do serviço e dos programas; orientar e explicar sobre normas e rotinas institucionais. Percebe-se nas falas ações relacionadas à orientação ao usuário, principalmente sobre critérios e justificativas sobre quem pode e tem direito a receber medicamentos, sobre os exames complementares, critérios estabelecidos nos diferentes programas (todos têm por base pertencer à área de abrangência da unidade de saúde e ser cadastrado na unidade de saúde); participar das atividades do programa.

O que se percebe nessas duas divisões é que a enfermeira é a centralizadora de informações, isto é, a equipe a percebe como quem detém o conhecimento do funcionamento completo da unidade, é a organizadora do processo de trabalho, por ela passam todas as informações do serviço, é quem vai receber e quem repassa as informações técnicas e, no entender dessa equipe, é quem deve repassá-las não só à equipe, mas aos usuários; é de sua responsabilidade explicar ao cliente as inúmeras dificuldades / cotas / limitações / de acesso a produtos ou serviço oferecidos pela instituição.

Falta de autonomia

As contradições percebidas nesse estudo estão relacionadas ao conhecimento e a sua execução, o que a profissional sabe e gostaria de estar realizando e efetivamente o que executa, demonstrando a sua insatisfação com o papel que desempenha no processo de trabalho em saúde nas unidades de saúde.

Como articular as funções no trabalho esperadas para esse profissional com as necessidades percebidas da clientela quando a profissional poderia estar utilizando o seu saber, a sua capacidade técnica, percebendo-se com mais autonomia e reconhecimento pelo conhecimento técnico de enfermagem?

As diretrizes do Sistema Único de Saúde – Curitiba apontam para o uso do conhecimento do diagnóstico local sobre as condições que determinam o processo saúde-doença na comunidade sob responsabilidade da unidade de saúde. Assim, a equipe de saúde local poderá estabelecer suas estratégias de ação para atuar e, se possível, eliminar, minimizar ou transformar esses determinantes, por meio do planejamento local, articulado com as estruturas sociais existentes na comunidade.

As atividades de construção do diagnóstico, planejamento, articulação e execução para compor esse plano local de saúde estão presentes nas falas de alguns participantes, reconhecidas como importantes e essenciais para o trabalho da enfermeira. Em contrapartida, ela desenvolve atividades pré-determinadas por diferentes programas de saúde, como são tarefas administrativas, de informação, elaboração de relatórios ou assistenciais a partir do atendimento médico, principalmente da consulta, reforçando o papel do médico de ser o gerador do processo de trabalho em saúde.

[...] outra contradição que percebo e não consigo trabalhar e/ou temos pouca chances de desenvolver, é que conhecemos do que adoecem as pessoas da nossa comunidade, sabemos como é a composição – perfil demográfico, perfil de morbidade e mortalidade local – e pouco nos utilizamos desse conhecimento para prestarmos a assistência, não porque não queremos, mas a cada momento chega um novo programa, seja da Secretaria ou do Ministério da Saúde, como esse da tuberculose, já temos outra forma de registrar e acompanhar os pacientes, mas teremos que fazer esse tal livro preto, é mais um registro e relatório que teremos que fazer (E 11).

[...] hoje essas são algumas das contradições que observamos no sistema de saúde, por um lado dizeres e políticas de descentralização, planejamento ascendente, territorialização como base para esses planejamentos, e por outro lado programas, rotinas, sistema de registro, entre outras questões, chegando aos serviços para serem implantados dessa forma, não considerando as questões locais (E 5).

...ficamos atreladas à instituição comparando os dois gráficos; isso demonstra que conhecemos muito mais a estrutura do serviço que a comunidade (E 7).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O propósito principal desse estudo é caracterizar o trabalho da enfermeira na rede básica de saúde no Município de Curitiba, tendo como eixo condutor a prática da enfermeira desenvolvida no dia-a-dia da unidade.

Certamente o estudo apresenta suas limitações, por captar parte de um todo e pela parcialidade de análise, pois resulta de uma visão da autora desse estudo. Porém, percebo que as reflexões contidas nessa pesquisa sugerem uma aproximação com aquilo que sonhamos e desejamos concretizar na prática da enfermagem.

Com esse estudo compreendi que o trabalho da enfermeira nas unidades de saúde acompanha a historicidade da enfermagem nas instituições, centrado na organização do ambiente do trabalho, voltado para atender as atividades geradas pelo atendimento médico, no modelo hegemônico na saúde: o modelo clínico, com pouca atuação na prestação do cuidado, fazendo-o tão somente quando ocorre a “falta de auxiliares de enfermagem” no serviço ou em procedimentos considerados de maior complexidade.

Sabe-se, no entanto, que a atuação da enfermeira na Secretaria favoreceu, também a capacitação e treinamento das equipes auxiliares, o que não foi evidenciado nas falas das participantes. Quando as profissionais trataram de tal assunto, sua participação como instrutoras, referiram-se a treinamentos para os agentes comunitários de saúde ou ao desejo de propor treinamentos de atualização aos auxiliares de enfermagem.

Outras atividades que sempre estiveram presente nas atividades da enfermeira são as ações educativas que, quando apareceram nesse estudo, estavam basicamente relacionadas ao “Programa Mãe Curitibana”, tendo as participantes comentado que essa é uma atividade que gostariam de estar desenvolvendo mas não o fazem por falta de tempo para organizar, falta de material de apoio didático ou falta de espaço apropriado para esse tipo de atividade na unidade de saúde.

Esses dois aspectos da atuação da enfermeira: educação continuada e educação em saúde, pouco evidenciado pelas profissionais, chama a atenção, o que provavelmente é

ocasionado pelos momentos diferentes da história de construção da participação da enfermagem na instituição; atualmente a equipe de enfermagem necessita de atualizações e reciclagens o que é oferecido pela Secretaria através de um setor responsável pela educação continuada ou por parcerias com sociedades científicas e universidades. A educação em saúde, considero prejudicada, provocada pela falta de motivação dos profissionais aliada ao pouco tempo para preparo do tema e material; bem como a pequena participação da comunidade, grupos e indivíduos, ocasionada pelo momento que essa atividade é ofertada, no período da tarde.

A reflexão em grupo das práticas possibilitou a compreensão da possibilidade de construção coletiva de uma proposta de trabalho da enfermeira nas unidades de saúde. Ao falarem sobre o que isto é, sua prática cotidiana, as enfermeiras revelaram como se relacionam com a instituição, com a equipe de saúde e com a comunidade e perceberam que o seu saber / fazer específico está colocado em plano secundário.

As oficinas com as profissionais representaram uma experiência única, que não se repete porque é histórica, tendo se desenvolvido num tempo e espaço determinados. Compartilhamos sentimentos de alegria e tristeza, de certezas e dúvidas a respeito da nossa prática cotidiana. Descobrimos que podemos, se quisermos, interferir na prática da enfermeira e da enfermagem.

Sob uma visão mais crítica, esse discurso pode parecer repetitivo e pouco significativo. Mas, para nós representou a descoberta de que a distância entre o que queremos e o que fazemos também é determinada por nós e, conseqüentemente, podemos modificá-la.

Ao desenvolver esse estudo, chamou a atenção que as profissionais têm uma percepção crítica em relação aos determinantes que influenciam na posição dos mesmos na Secretaria, como também sobre o seu trabalho, há necessidade de continuação do trabalho, visando uma construção coletiva e articulada com a realidade não só da instituição, mas principalmente com o cidadão usuário da assistência de enfermagem, como também, com outros profissionais de enfermagem e da saúde.

Apesar de ter escolhido há 27 anos a enfermagem como minha profissão, percebo agora, ao concluir esse estudo, que inicio a construção do meu entendimento sobre as minhas inquietações: quanto ao espaço de atuação da enfermeira e quanto a seu reconhecimento técnico profissional.

Acredito que a transformação das práticas da enfermagem nas unidade de saúde não é uma tarefa fácil. Mudanças no fazer da enfermagem implicam apreender os determinantes do trabalho na instituição, nas políticas públicas, na formação do profissional, na inserção da profissão na sociedade e na compreensão do compromisso social da profissão e da profissional.

Esse trabalho não pretende apontar soluções para as questões apontadas na prática do trabalho da enfermeira, mas contribuir para que o cotidiano da prática dessa profissional seja mais revelador e transformador.

6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABEn – ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM. **Proposta de novo currículo mínimo para o curso superior de enfermagem : a formação do enfermeiro.** Brasília, 1991. (mimeografado)
- _____. **Relatório Final do 3º SENADEN.** Seminário Nacional de Diretrizes para a Educação em Enfermagem no Brasil (SENADEN). Rio de Janeiro 20 a 23 de março de 1998.
- ALMEIDA, Maria Cecília Puntel de; ROCHA, Juan S. Yazlle. **O saber de enfermagem e sua dimensão prática.** São Paulo : Cortez Editora, 1986.
- ALMEIDA, Maria Cecília Puntel de; ROCHA, Semíramis Melani (org.) Considerações sobre a enfermagem enquanto trabalho In. _____ **O trabalho de enfermagem.** São Paulo : Cortez Editora, 1997. p.15-26.
- BARACHO, J.C. ; LAAT, Lucineli de. **Avaliação de desempenho da rede de centros de saúde pertencentes à Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba : dados quantitativos, série história 1984-1990.** Curitiba, 1990. (trabalho digitado)
- BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo.** Lisboa : Edições 70 Lda, [1995].
- BÍBLIA A.T. Livro do Gênesis. Português. **Bíblia sagrada** Traduzida por João Ferreira de Almeida. 2.ed. São Paulo : Sociedade Bíblica do Brasil, 1993. p.3-51.
- BOM SUCESSO, E. de P. **Trabalho e qualidade de vida.** São Paulo : Dunya, 1997.
- CAMPOS, Gastão Wagner de. **A reforma da reforma: repensando a saúde.** São Paulo : Hucitec, 1992.
- CAPELLA, Beatriz B. et al. Profissionalização da enfermagem: uma necessidade social. **Rev.Bras.Enf.**, Brasília, v. 41, n. 2, p.161-168, abr./jun. 1988.
- CHIANCA, Tânia Couto Machado; ANTUNES, Maria José Moraes (org). **A Classificação internacional das práticas de enfermagem em saúde coletiva : CIPESC.** Brasília : Associação Brasileira de Enfermagem, 1999. (Série didática : Enfermagem no SUS)
- CHIESA, Ana M. WESTPHAL; Marcia F. A sistematização de oficinas educativas problematizadoras no contexto dos serviços públicos de saúde. **Saúde em Debate**, n. 46, mar , p. 9-22, 1995.
- CHRISTÓFARO, Maria Auxiliadora Córdova. Currículo mínimo para a formação do enfermeiro: na ordem do dia. **Rev. Bras.Enf.**, Brasília, v.44, n2/3 ,p.7-9, abril/set, 1991.
- CURITIBA. Decreto nº 181. Aprova as especificações, atribuições, tarefas típicas, requisitos e demais características dos cargos da administração direta da municipalidade de Curitiba. **Diário Oficial**, nº 13, 8 de fev. de 1995.

- CURITIBA, **Histórico da Secretaria Municipal de Curitiba**. 1996.(documento digitado)
- CURITIBA. **Manual de práticas de enfermagem** : a saúde de braços abertos. Secretaria Municipal da Saúde, 1999.
- CURITIBA. **Documento sobre o quadro de recursos humanos** – equipe de enfermagem da Secretaria Municipal da Saúde. Núcleo de Recursos Humanos da Secretaria, março de 2000. (documento digitado)
- CURITIBA, **Relatório trimestral da Secretaria Municipal da Saúde**. Centro de Informações em Saúde, março de 2000. (documento digitado)
- DEJOURS, Christophe. **Psicodinâmica do trabalho** : contribuições da Escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. São Paulo : Atlas, 1994.
- EGRY, Emiko Yoshikawa. **Saúde coletiva** : construindo um novo método em enfermagem. São Paulo : Ícone, 1996.
- EGRY, Emiko Yoshikawa; ANTUNES, Maria José Moraes; SENA-CHOMPRÉ Roseni Rângela de et al.. Classificação das práticas de enfermagem em saúde coletiva: a experiência brasileira. In. CHIANCA, Tânia Couto Machado; ANTUNES, Maria José Moraes(org.) **A classificação internacional das práticas de enfermagem em saúde coletiva – CIPESC**. ABEn , 1999. p.34-45. (Série didática : Enfermagem no SUS)
- ERDMANN, Alacoque L. et al A disciplina de administração da assistência de enfermagem: culpada? **Texto & Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 3, n. 2, p.17-23, jul/dez. 1994.
- FARIA, Eliana Marília. Comunicação e informação : instrumentos para a transformação da prática dos serviços de saúde”. **Texto & Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 4 n.1, p.47-59, jan/jun, 1995.
- FERNANDES, Josicélia Dumêt. A Enfermagem no ontem, no hoje e no amanhã. **Rev.Bras.Enf.**, Brasília, v. 38, n. 1, p. 43-48, jan/mar, 1985.
- FONSECA, Marília. O Banco Mundial e a gestão da educação brasileira. In. TOMASSI, Lucia; WARD, Mirian J.; HADDAD, Sergio (org.) **Gestão Democrática da Educação** : desafios contemporâneos, Petrópolis : Vozes, 1997. p.46-63.
- FONSECA, Rosa Maria Godoy Serpa; EGRY, Emiko Y. et al. **A classificação das práticas de enfermagem em saúde coletiva e o uso da epidemiologia social**. Brasília : Associação Brasileira de Enfermagem, 1997. (Série didática : Enfermagem no SUS)
- FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. 3.ed. Rio de Janeiro : Editora Graal, 1982.
- GERMANO, Raimunda M. **Educação e ideologia da enfermagem no Brasil**. 2.ed. São Paulo : Cortez, 1983.
- GIACOMINI, Carlos Homero. **Descentralização e Distritos Sanitários** : aproximação ao deslocamento de poder no processo de distralização da Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba. Londrina, 1994. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Universidade Estadual de Londrina.
- GOMES, Elizabeth Laus Ribas; ANSEMI, Maria Luiza; MISHIMA, Silvana Martins et al. Dimensão histórica da gênese e incorporação do saber administrativo na enfermagem. In. ALMEIDA, Maria Cecília Puntel de; ROCHA, Semíramis Melani (org.) **O trabalho de enfermagem**. São Paulo : Cortez, 1997 p.229-259.

- GONÇALVES, Ricardo Bruno Mendes. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo.** São Paulo : Editora Hucitec : Abrasco, 1994.
- KALINOWSKI, Carmen Elizabeth et al. **Subsídios para treinamento em serviço na Secretaria Municipal da Saúde.** Curitiba. 1988. (texto datilografado)
- KALINOWSKI, Carmen Elizabeth et al. **Diagnóstico de treinamento em serviço nas ações básicas nos centros de saúde da rede municipal.** Curitiba. 1988. (texto datilografado)
- KALINOWSKI, Carmen Elizabeth; LOPES, Maria Alice. **Situação da formação dos atendentes de saúde da Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba.** Curitiba. 1989. (material datilografado)
- KUENZER, Acácia Zeneida. **Para estudar o trabalho como princípio educativo na universidade : categorias teórico metodológicas.** Curitiba, 1992. Tese (Professor. Titular), Universidade Federal do Paraná.
- LACERDA, Maria Ribeiro, **O cuidado transpessoal de enfermagem no contexto domiciliar.** Curitiba, 1996. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Universidade Federal de Santa Catarina / Universidade Federal do Paraná.
- LAROUSSE Cultural. **Grande Enciclopédia Larousse Cultural.** Nova Cultural Ltda, 1998. p.5725
- LEOPARDI, Maria Tereza. Introdução In. LEOPARDI, Maria Tereza (org.). **O processo de trabalho em Saúde : organização e subjetividade.** Florianópolis : Programa de Pós Graduação em Enfermagem / UFSC. Ed. Papa-livros, 1999. p.7-22.
- LIMA, Rita de Cássia Duarte. **A Enfermeira : uma protagonista que produz o cuidado no cotidiano do trabalho em saúde.** Campinas, 1998. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). Universidade Estadual de Campinas.
- LOYOLA, Cristina M. D. **Os dóce(is) corpos do hospital: as enfermeiras e o poder institucional na estrutura hospitalar.** Rio de Janeiro : UFRJ, 1987.
- LUNARDI, Wilson Danilo Lunardi Filho. **O mito da subalternidade do trabalho da Enfermagem à Medicina.** Florianópolis, 1998. Tese (Doutorado em Filosofia da Enfermagem). Universidade Federal de Santa Catarina.
- MARX, Karl. O processo de trabalho e processo de produzir mais valia. In. **O capital: críticas da economia política.** 15.ed. Rio de Janeiro : Bertyrand Brasil, 1996. p 201-223.
- MARX, Karl; ENGELS, F. **A ideologia Alemã.** 11.ed. São Paulo : Editora Hucitec, 1999.
- MENDES, Eugênio Vilaça et al. Distritos Sanitários : conceitos chaves. In. _____. **Distrito Sanitário : o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Unico de Saúde.** Hucitec - Abrasco. São Paulo - Rio de Janeiro, 1993, p.159-186.
- MEYER, Dagmar Estermann. Do poder ao gênero : uma articulação teórico-analítica. In LOPES, Marta Julia Marques; MEYER, Dagmar Estermann; WALDOW, Vera Regina (org) **Gênero e Saúde.** Porto Alegre : Artes Médicas, 1996. p.41-54.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza. Saúde e Doença como expressão cultural . In AMÂNCIO FILHO, Antenor ; MOREIRA, M. Cecília G.B. (org). **Saúde, Trabalho e Formação Profissional.** Rio de Janeiro : FIOCRUZ, 1997. p.31-40.

- MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento** : pesquisa qualitativa em saúde. 6.ed. São Paulo : Hucitec; Rio de Janeiro : Abrasco, 1999.
- NAKAMAE, Djair Daniel. **Novos caminhos da enfermagem** : por mudanças no ensino e na prática da profissão. São Paulo : Cortez Editora, 1987.
- NOB 01/96 – Gestão Plena com responsabilidade pela saúde do cidadão. D.O U. nº 170 – 02 de setembro de 1996, Brasília. 1996.
- NOGUEIRA, Roberto Passos. As dimensões do trabalho em saúde In AMÂNCIO FILHO, Antenor; MOREIRA, M. Cecília G. B. (org) . **Saúde, Trabalho e Formação Profissional**. Rio de Janeiro : Fiocruz, 1997. p.71-76.
- PIRES, Denise. **Hegemonia Médica na saúde e a enfermagem Brasil** : 1500 a 1930. São Paulo : Cortez Editora, 1989.
- PIRES, Denise. **Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil**. São Paulo : Annablume, 1998.
- SAUPE, Rosita. Ação e reflexão na formação do Enfermeiro através dos tempos. In. _____ **Educação em Enfermagem** : da realidade construída à possibilidade em construção. Florianópolis : Editora da UFSC, 1998. p.27-73.
- SAVIANI, Dermeval A Pedagogia histórica-crítica e a educação escolar. In. _____ **Pedagogia histórica-crítica** (primeiras aproximações) São Paulo : Cortez Editora Autores Associados, 1991. p.90-111.
- SCOCHI, Carmen Gracinda Silvan; ROCHA, Semíramis Melani Melo; LIMA, Regina Aparecida Garcia de . A organização do trabalho e a prática de enfermagem em unidades neonatais. In. ALMEIDA, Maria Cecília Puntel de; ROCHA, Semíramis Melani (org.) **O trabalho de enfermagem**. São Paulo : Cortez Editora, 1997. p.151-171.
- SESU-MEC. Documento preliminar elaborado durante a oficina de trabalho promovida pela Comissão de Especialista (SESU-MEC) e Comissão de Educação da Associação Brasileira de Enfermagem. Subsídios para a elaboração de uma proposta de currículo mínimo para a formação do enfermeiro. **Rev.Bras.Enfg.**, Brasília, v.41, n.3/4,p.179-182, jul./dez., 1988.
- SILVA, Graciete Borges da. **A enfermagem profissional** : análise crítica. 2.ed. São Paulo : Cortez Editora, 1989.
- SILVA, Isília Aparecida; EGR, Emiko Yoshikawa; SENA, Roseni Rosângela de, et al. A participação do Brasil no projeto de classificação internacional das práticas de enfermagem. In FONSECA, Rosa Maria Godoy Serpa; EGRY, Emiko Yoshikawa et al.. **A classificação das práticas de enfermagem em saúde coletiva e o uso da epidemiologia social** . Brasília : Associação Brasileira de Enfermagem, 1997 p.61-73. (Série didática : Enfermagem no SUS)
- TRIVIÑOS, Augusto N.S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais** : a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo : Atlas, 1987.
- VAZQUEZ, Adolfo Sanches. **Filosofia da Praxis**. 2.ed. Rio de Janeiro : Paz e Terra, 1977.
- VILLA, Tereza Cristina Scatena; MISHIMA, Silvana Martins; ROCHA, Semiramis Melani Melo. A enfermagem nos serviços de saúde pública do Estado de São Paulo. In ALMEIDA, Maria Cecília Puntel de; ROCHA, Semiramis Melani (org.) **O trabalho de enfermagem**. São Paulo : Cortez Editora, 1997. p.27-60.

7 ANEXOS

ANEXO 1 – Instrumento sobre as atividades da enfermeira na unidade de saúde

Orientações para a oficina

1ª – Retornar as conclusões da segunda oficina, sobre os significados do trabalho e do trabalho na enfermagem;

2ª – Explicar a proposta para esse dia sobre as atividades desenvolvidas na unidade de saúde;

3ª – Cada participante, escreve em uma folha as atividades que desenvolve com maior frequência na unidade; após as com o cliente;

4ª – Após o preenchimento, iniciar a discussão;

Roteiro de perguntas:

1. No dia-a-dia da unidade de saúde, quais as atividades que você mais desenvolve.
2. Quanto tempo você dedica a estas atividades
3. No dia-a-dia da unidade de saúde, quais as principais atividades que você desenvolve com o indivíduo que necessita da assistência de enfermagem.

ANEXO 2 – Gráfico nº 1 – O trabalho da Enfermeira na unidade de saúde

Orientações para o preenchimento do Gráfico nº 1 – O trabalho da enfermeira na unidade de saúde e para o Gráfico nº 2 – O trabalho da enfermeira na comunidade

EIXO HORIZONTAL – cada coluna representa um determinante no planejamento da assistência de enfermagem, a seguir discriminado:

A – Área física: como é a comunidade que estamos atendendo. Quando organizo as atividades na unidade de saúde e / ou na comunidade, considero onde as pessoas moram, vivem, se deslocam;

B – Área social: como são as relações dos membros da comunidade, entre seus pares e também eles e nós membros de uma equipe de saúde;

C – Área institucional: conheço todas as lideranças locais, diretor de escola, creche, associação, benzedeira, considero o que colocam quando organizo as rotinas da unidade ou atividades de prevenção a serem desenvolvidas na ou para a comunidade;

D – Área condições de recursos: conheço e considero as condições econômicas da comunidade, o quanto eu sei sobre as capacidades de realização e autonomia desta comunidade;

E – Área condições de trabalho sei como a comunidade consegue seu sustento e como se relaciona com isso, na organização da atividades da unidade de saúde;

F – Área do serviço de saúde: considero minha equipe, suas necessidades e fatores que permitem o seu trabalho, suas condições e capacidades, priorizo sua forma de trabalhar quando da organização de atividades com a comunidade;

G – Área de SMS : ao organizar as atividades considero como principais as normas e rotinas propostas pela instituição;

H – Área de enfermagem: considero o que aprendi e sigo as normas e orientações do meu estudo, as relaciono com o que sei da comunidade e/ou do meu serviço.

EIXO VERTICAL – escala de graduação de zero a dez, onde você deve assinalar o valor atribuído a cada determinante.

GRÁFICO Nº 1 – O trabalho da enfermeira na unidade de saúde

Como você considera e pontua estes itens quando você está organizando a atividade da assistência de enfermagem na unidade de saúde

A – Área física

B – Área social

C – Área institucional

D – Área condições de recursos

E – Área condições de trabalho

F – Área do serviço de saúde

G – Área de SMS

H – Área de enfermagem

I – Perfil de diagnóstico da comunidade

10										
09										
08										
07										
06										
05										
04										
03										
02										
01										
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	

ANEXO 3 – GRÁFICO N° 2 – O trabalho da enfermeira na comunidade

Como você considera e pontua estes itens quando você está organizando as atividades de assistência de enfermagem voltadas para a comunidade:

A – Área física

B – Área social

C – Área institucional

D – Área condições de recursos

E – Área condições de trabalho

F – Área do serviço de saúde

G – Área de SMS

H – Área de enfermagem

I – Perfil de diagnóstico da comunidade

10										
09										
08										
07										
06										
05										
04										
03										
02										
01										
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	