

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**  
**DOUTORADO EM FILOSOFIA DA ENFERMAGEM**

***UMA ABORDAGEM SÓCIO-HUMANISTA PARA UM***  
***“MODO DE FAZER”***  
***O TRABALHO DE ENFERMAGEM***

**BEATRIZ BEDUSCHI CAPELLA**

**FLORIANÓPOLIS, 1996**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**  
**DOUTORADO EM FILOSOFIA DA ENFERMAGEM**

**UMA ABORDAGEM SÓCIO-HUMANISTA PARA UM**  
**“MODO DE FAZER”**  
**O TRABALHO DE ENFERMAGEM**

**BEATRIZ BEDUSCHI CAPELLA**

**ORIENTADORA: DRA. MARIA TEREZA LEOPARDI**

**FLORIANÓPOLIS, 1996**

# UMA ABORDAGEM SÓCIO-HUMANISTA PARA UM "MODO DE FAZER" O TRABALHO DE ENFERMAGEM

BEATRIZ BEDUSCHI CAPELLA

Esta tese foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do título de

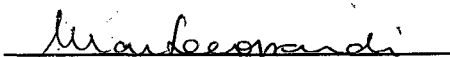
**Doutor em Filosofia de Enfermagem**

E aprovada em sua forma final em \_\_\_\_\_, atendendo às normas da legislação vigente do Curso de Pós - Graduação em Enfermagem - Programa de Doutorado em Filosofia de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.

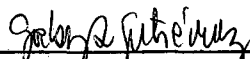


Dra. Lúcia Hisako Takase Gonçalves  
Coordenadora da PEN/UFSC


## BANCA EXAMINADORA



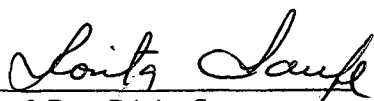
Prof. Dra. Maria Tereza Leopardi  
(Presidente)



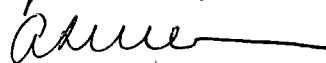
Prof. Dra. Maria Gaby R. Gutierrez



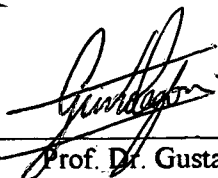
Prof. Dra. Clarice Aparecida Ferraz



Prof. Dra. Rosita Saupe



Prof. Dra. Ana Lúcia Magela de Rezende



Prof. Dr. Gustavo Caponi

Florianópolis, 1996

*“Comida e sexo, medo e desejo, doença e saúde, não obstante tudo que tenha sido elaborado a esse respeito através de modelos semânticos abstratos, eles adquirem sua urgência e poder a partir dos modos de vida das pessoas. A tentativa de modelar essas exigências da vida humana como equivalentes a qualquer proposição sustentada racionalmente ignora sua importância e sua qualidade subjetivamente irreprimitível. A falha em reconhecer a primazia do irracional faz parte de uma limitação básica dos modelos semânticos racionalistas — sua falta de atenção para a incorporação de significados.”*

(Kirmayer)

*Aos meus pais, Lory e Dário (in memoriam), e irmãos, que me possibilitaram estar vivendo uma vida cheia de sentido.*

*Ao Newtinho e ao Diogo, que fazem da minha vida uma vida ainda mais cheia de sentido.*

*À Tetê, que me ensina a todo momento que é possível harmonizar todas as dimensões para viver uma vida cheia de sentido. Minha orientadora de verdade, autora maior deste estudo, sem a qual, com certeza, esta tese não se teria materializado.*

*Às co-autoras desta caminhada: Nádia, Ângela, Denise, Silvana, Alda, Rode, Adriana, Elisete, Christiane, Taise, Tânia, Lígia, Nilma, Analice, Fabíola, Claudinete, e, especialmente, Fátima, Elianinha, Francine, Iracema, Nina, Zeca, pela disponibilidade, persistência, compromisso, esperança e interesse em construir um mundo e uma enfermagem melhores.*

## *Agradecimentos*

*Ao Departamento de enfermagem, representado pela Kenya e Albertina, que, incansavelmente, não mediram esforços para, mesmo após o encerramento do prazo de dois anos de afastamento para cursar o Doutorado, manterem os docentes da enfermagem em formação na UfSC o mais liberado possível.*

*À Pós-Graduação em Enfermagem, representada pela Lúcia e Tetê, e, especialmente, a um grupo pioneiro: Eloíta, Ingrid, Maria de Lourdes, Mercedes, Rosita e Tetê, que, dentre tantas outras coisas, possibilitaram a muitas de nós desenvolver seu processo de formação junto aos seus familiares.*

*À Rede de Pós-Graduação em Enfermagem da Região Sul, representada pela Maria de Lourdes, pela contribuição com o afastamento dos docentes do Departamento de Enfermagem em seu processo de formação.*

*Aos professores Norberto Etges e Gustavo Caponi, pelas reflexões no meu processo de formação.*

*Aos meus amigos do Grupo Práxis: Núcleo de Estudos em Trabalho, Saúde e Cidadania, por toda ajuda e possibilidade dessa troca coletiva.*

*Ao grupo do Doutorado/93, pela convivência gostosa ao voltar a estudar de forma sistematizada, em especial Eliana, Aninha, Maria Helena e, mais especialmente ainda, Marta, com quem tanto aprendi.*

*Às minhas "amigonas" no trabalho: Kenya, Albertina, Denise, Marisa, Tânia, e, especialmente ao trio, Francine, Elianinha e Silvana, pelo modo como compreendem o mundo e pelo compromisso com a causa maior desse processo de viver.*

*Aos trabalhadores de enfermagem do HU, especialmente a Elianinha, Terezinha e todo o grupo que gerencia as atividades de enfermagem, pelo apoio nos momentos em que me afastei para concluir esta tese.*

*Aos sujeitos de nossas ações, finalidade maior do trabalho da enfermagem.*

*À amiga, Marice, que com seu tui-ná, repunha as energias perdidas nessa caminhada.*

*À Rose e à Mislene, cada qual no seu tempo, que tão bem cuidaram da nossa casa, proporcionando-nos aquela tranqüilidade necessária.*

*À Joana, e, especialmente, à Luzia pela ajuda valiosa nos trabalhos de digitação e diagramação.*

*À Helena e Cícília, pela disponibilidade e paciência nos atendimentos da secretaria da Pós-Graduação de Enfermagem.*

*Aos meus sogros, Léa e Ayrton, pelo orgulho que sentem do meu trabalho.*

*Aos compadres, Nora e Paulo, pelo convívio tão prazeroso, e pela torcida carinhosa nessa etapa.*

*Ao professor Sepetiba, pela revisão final do texto.*

*E a todos aqueles que contribuíram de alguma forma nessa caminhada: profissionais de outras áreas, alunos, outros amigos, conhecidos. E, se por acaso alguém sentir-se esquecido, nesses agradecimentos, sinceramente perdoem-me, pois nessa etapa dos agradecimentos, isto é, no final da tese, o cansaço é tanto, que isso, com certeza, pode ter acontecido.*

## RESUMO

Este estudo tem origem nas inquietações e questionamentos advindos da dicotomia do binômio teoria/prática e da necessidade concreta de repensar o modo de realizar o trabalho da enfermagem. O Hospital Universitário, da Universidade Federal de Santa Catarina (HU-UFSC), foi o local escolhido para a realização da pesquisa, uma vez que é nesta instituição que exerço minhas atividades docente-assistenciais, e é ali que consigo vivenciar, concretamente, essa necessidade de articulação entre o pensado (utopia/idealizado) e o vivido (práxis). Assim, na perspectiva de aprofundar as questões específicas do trabalho da enfermagem como prática social, coletiva, organizada para estar a serviço do homem, foi desenvolvido um instrumento metodológico apropriado ao exercício da prática de assistência de enfermagem, em um processo de construção coletiva, com representação do pessoal de enfermagem de diversas unidades do HU. Este estudo foi desenvolvido em quatro etapas: uma preliminar, iniciando reflexões e discussões com o grupo de representantes, através das questões: (1) o que os profissionais “pensam” estar “errado” na atual sistemática de trabalho ? (2) se há algo “errado”, qual seria, então, o “certo”? (3) o “certo” pode vir a ser construído ? (4) se é possível, como proceder para atingi-lo ? Estas questões, aparentemente de cunho absolutista, na verdade buscaram revelar representações do imaginário profissional, com base na possibilidade discriminativa do pensamento entre o estado atual e o dever ser, pelo contraste entre o não aceito e o projeto (utopia). Oferecem, ainda, a possibilidade da reflexão sobre um projeto e sua real potencialidade de realizar-se em dadas condições concretas. A transitoriedade do “atual” é a mesma do “projeto”, constituindo-se base filosófica de qualquer processo de construção cujo horizonte seja coletivo. A proposta agrupou representantes do Centro Cirúrgico, Ambulatório, Emergência, Unidade de Tratamento Intensivo, Unidade de Tratamento Dialítico, Unidade



de Internação Cirúrgica II, Unidade de Clínica Médica Masculina I e II, Unidade de Clínica Médica Feminina, Unidade de Internação Pediátrica, Unidade de Internação Ginecológica, representante da Comissão de Educação em Serviço e professores do Departamento de Enfermagem. Os encontros do grupo assim formado foram semanais, a partir de uma agenda prévia, durante o período entre agosto de 1994 e dezembro de 1995, num total de 46 (quarenta e seis) encontros. Na seqüência, como segunda etapa, embasada nos resultados da primeira, ocorreu um afastamento da pesquisadora do campo de pesquisa para que, através da análise dos dados, pudesse verificar a possibilidade de elaboração de um marco referencial para o trabalho da enfermagem. A terceira etapa constituiu-se na proposta propriamente dita. Foram construídos, a partir das discussões e reflexões com o grupo, os pressupostos, os conceitos e sua inter-relação, culminando na proposta que, neste momento, estou denominando um “modo” sócio-humanista de apreensão do trabalho da enfermagem. Finalmente, como quarta e última etapa, houve o retorno ao grupo, na perspectiva de aprovar e referendar essa sistemática de assistência. Para essa etapa, distribuí previamente a proposta construída a cada integrante do grupo que participou da construção de, pelo menos, uma das quatro questões norteadoras. Embora tivesse consciência de estar encaminhando uma proposta temática e metodologicamente articulada, o que interessava era que, ao se engajarem na pesquisa e na possível construção do referencial teórico, os trabalhadores de enfermagem pudessem visualizar a perspectiva de outras possibilidades para a sua prática, na busca de nova mentalidade. É importante deixar claro, também, que a proposta apresentada poderia ser modificada e/ou desdobrada no decorrer do processo, de acordo com o andamento da pesquisa, o que não aconteceu em nenhum momento.

## ABSTRACT

This is a study originated on concerns and questionings born from the theory/practice binomial dichotomy, and also from the concrete need to think anew the way to perform nursing work. The Santa Catarina Federal University Hospital (HU-UFSC) was elected as the research site, as this is the institution where the author practices her teaching assistance activities, a place where she concretely experiences this need to establish a connection between what is thought (utopia/idealized) and what is lived (praxis). Thus, hoping to deepen those questions pertaining specifically to nursing work as a social and collective practice organized to be at man's service, a methodological instrument was created, adequate to the exercise of nursing assistance practice, within a collective construction process, where different units from the HU had their nursing personnel. The study was developed along four stages: one, preliminary, starting reflections and debates with the representative group and proposing the following questions; 1) What do professionals "see" as being "wrong" in the present work system ? ; 2) If something is "wrong" , what would then be the "right" ?; 3) Can the "right" be built ?; and 4) If that is possible, what is the procedure to attain it ? Such questions, apparently of an absolutist character, have in fact sought representation of what is imaginary to the professional based on the possibility to discriminate thought between the present condition and what should be, on the contrast between what is not accepted and the project (utopia). The questions, such as proposed, offer still the possibility to reflect over a project and its real potentiality to become effective under concrete conditions. The transiency of what is "present" is the same as that of the "project" becoming the philosophical basis on any constructional process of which the horizon is a collective one. The proposal congregated representatives from the Surgical Center, Outpatient Services, Emergency, Intensive Care Unit, Dialysis Treatment Unit,

Surgical Inpatients Unit II, Masculine Medical Clinic Unit I and II, Feminine Medical Clinic Unit, Pediatric Inpatient Unit, Gynecologic Inpatient Unit, In-service Education Commission representative, and faculty from the Nursing Departments. The group, thus structured, held weekly meetings, following a previously set schedule, in a total of 46 (forty-six) meetings. Following that, on a second stage structured on results obtained from the first, the researcher detached herself from the field to the purpose of, through an analysis of data, making possible the building of a referential framework for the nursing action. The third stage came to be the proposal itself. From group debates and reflections, the surmises, concepts and their inter-relationship came to be structured, the outcome being the proposal the author at this time denominates a socio-humanist "mode" to master nursing work. Finally, as the fourth and last stage, return to the group happened, with the perspective to approve and attest to this assistance system. Along this stage, the author distributed previously the proposal, such as built up, to each of the group members who had participated in at least one of the directive questions. Although conscious of being forwarding a thematic and methodologically articulated proposal, the important thing is that engaging in research and in the possible construction of a theoretical reference basis, the nursing workers could visualize the perspective of building other possibilities for their practice, in the search for a new mentality. It is important also to make clear that the proposal, such as introduced, could be modified and/or unfolded along its process, as per research development, a fact which did not come to happen at any time.

## SUMÁRIO

1. DANDO INÍCIO A UMA TRAJETÓRIA.....	13
2. A METODOLOGIA DA PESQUISA.....	16
3. O PROCESSO DE FORMAÇÃO DO GRUPO E A CONSTRUÇÃO DAS QUATRO QUESTÕES NORTEADORAS.....	24
4. A ANÁLISE DOS DADOS CONSTRUÍDOS.....	38
4.1. Aspectos externos à instituição.....	46
4.2. Aspectos internos à instituição.....	54
4.3. Aspectos internos à enfermagem.....	115
5. UMA PERSPECTIVA SÓCIO-HUMANISTA PARA UM “MODO DE FAZER” O TRABALHO DE ENFERMAGEM.....	158
5.1. Pressupostos.....	158
5.2. Conceitos.....	161
5.3. Inter-relação dos conceitos.....	182
5.4. Tentando ampliar o “modo de fazer” o trabalho de enfermagem.....	187
5.5. O “modo de fazer” o trabalho de enfermagem: uma proposta.....	201
6. OS CONSTRUTORES E SEU CONSTRUTO: A TRANSITORIEDADE ANUNCIADA.....	208
7. APÊNDICE - Um instrumento metodológico para um “modo de fazer” o trabalho de enfermagem.....	211
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	219

## **1 - DANDO INÍCIO A UMA TRAJETÓRIA**

A necessidade concreta de repensar o modo de realizar o trabalho da enfermagem, onde o ser que a pratica cria as condições para realizar-se individual como homem e coletivamente como cidadão, dada a riqueza científica, tecnológica e artística posta à disposição no mundo, me faz, neste momento, centrar esforços na perspectiva de visualizar outras possibilidades para o seu desenvolvimento.

Atualmente, o trabalho da enfermagem amplia-se para além do cuidado do corpo físico, buscando formas mais integrais e humanas de atuação, tentando ver o ser humano enquanto universal, concreto, singular, nas suas diversas dimensões.

A enfermagem tenta construir um saber que passa da simples seqüência de procedimentos, a técnica, às formulações mais complexas de estruturas conceituais, que tentam expressar o que se chama de modelos e teorias de enfermagem. Estruturas conceituais são aqui entendidas como representações intelectuais da realidade, com uma lógica própria, expressas através de conceitos inter-relacionados (Leopardi, 1991).

Em sua tese de doutoramento, Leopardi (1991), analisando diversas estruturas conceituais que tentam fundamentar e instrumentalizar a prática da enfermagem, enfatiza que o que aparece como elemento de unidade é, em certo sentido, a linguagem comum sobre as ações de enfermagem como se fossem próprias do enfermeiro, tornando-se ações abstratamente depositadas num único agente, quando na verdade a enfermagem é exercida, além do enfermeiro, pelo técnico, auxiliar, e, ainda, na maioria das instituições de saúde, pelo atendente de enfermagem. Dessa forma, o processo de trabalho aparentemente se unifica em seus momentos e se volta para si mesmo, ao invés de mostrar todas as suas faces e contradições. Além disso, as estruturas conceituais apresentadas passam ao largo do

estudo do todo organizado das práticas sociais e das relações que aí se estabelecem para delimitar e apreender o campo de atuação da enfermagem, no processo histórico de formação das forças produtivas.

Esta tese é justamente a tentativa de explicitar a natureza e a profundidade dessas contradições, apresentando uma estrutura conceitual, tendo como premissa básica que as relações de produção se estabelecem a partir das condições materiais postas socialmente, refletindo-se diretamente no interior das instituições, e, neste caso, especificamente, nas instituições de saúde. Paralelamente a isto, a evidência cotidiana das subjetividades dos usuários e trabalhadores é sustentação para a construção do concreto com base também no desejo dos indivíduos. Assim, sociedade e indivíduo se constroem mutuamente em processos, ao mesmo tempo, de antagonismos e de complementaridades.

Por outro lado, já é tempo de se apostar numa nova reflexão acerca dos padrões que modelam as relações estabelecidas entre os agentes de enfermagem e o indivíduo hospitalizado, de modo a enfrentar questões práticas do trabalho realizado. Em função disto, não se pode perder de vista que estas relações são intermediadas por estruturas portadoras de um discurso técnico-científico, e que este discurso/saber manifesta-se sob forma de intervenção maciça e organizada, na vida de diversos setores da população. Este é o discurso dominante, o discurso de quem detém o poder na sociedade. É possível, no entanto, pensar na resistência à práxis dominante, pela constituição de um novo discurso que possa permear uma nova prática.

Para viabilizar a proposta que ora apresento, foi desenvolvido um processo coletivo de construção de uma metodologia para a assistência de enfermagem, a partir de representantes das diversas unidades de trabalho da enfermagem, na perspectiva de aprofundar as suas questões específicas, como prática social coletiva, organizada para estar a serviço do homem. Assim, este estudo tem o objetivo de desenvolver, em um processo de construção coletiva, um instrumento metodológico apropriado ao exercício da prática de assistência de enfermagem ao indivíduo hospitalizado.

Este estudo foi desenvolvido no Hospital Universitário, da Universidade Federal de Santa Catarina (HU-UFSC), no período compreendido entre agosto de 1994 e dezembro de 1995.

O HU, instituição pública e gratuita, é a única no Estado a atender exclusivamente pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS). Tem aproximadamente 250 (duzentos e cinquenta) leitos ativados, e conta com cerca de 1500 (mil e quinhentos ) trabalhadores, dos quais, em torno de 600 (seiscentos) são lotados na Diretoria de Enfermagem, desenvolvendo atividades em nível ambulatorial e de internação.

Por ser uma proposta construtivista, e este estudo se desenvolver a partir de questões norteadoras, optei por introduzir fundamentos teóricos e bibliográficos no desenvolvimento do texto, sem caracterizar um capítulo específico. À medida que as questões iam sendo formuladas, busquei a sustentação necessária na literatura.

Neste sentido, na seqüência, apresento a opção metodológica nas suas diversas fases, a trajetória do grupo na construção das quatro questões norteadoras da pesquisa, a análise dos dados e a concretização da proposta que, neste momento, estou denominando um “modo” sócio-humanista de apreender o trabalho da enfermagem, na perspectiva de visualizar o homem como o sujeito da escolha das ações a ele apresentadas, na busca de sua autonomia moral e cognitiva, considerando sua base social, pelas relações estabelecidas em seu mundo construído.

## 2 - A METODOLOGIA DA PESQUISA

O homem nasceu sob o signo da mudança, da ruptura, da separação, da finitude. É um ser insatisfeito por natureza. Idealiza e sonha com a perfeição, sem nunca poder alcançá-la.

No entanto, toda mudança é difícil. Difícil porque exige um investimento de energia física, mental e emocional, em proporções que, muitas vezes, parecem exceder suas possibilidades.

O novo representa, quase sempre, uma ameaça. Ameaça à ordem, ao estabelecido, ao já absorvido e acomodado.

De onde vem, porém, a necessidade de mudança ?

Perfeitamente integrados à dinâmica da sociedade contemporânea, acostumamo-nos a buscar justificativas técnicas e estatísticas para a intervenção do homem no mundo, esquecendo de perceber a dimensão propriamente humana dos movimentos de mudanças. Alimentamo-nos da tese segundo a qual o elemento distintivo do homem é a racionalidade.

“Que me perdoem os fiéis mais ortodoxos da razão, mas a originalidade do homem está no seu poder de sonhar. Talvez, por isso mesmo, se desconhece qualquer divisão da história do pensamento humano de “ quando o homem sonhava” e “depois que o homem deixou de sonhar”. Porque é racional, mas também sensível, é que o homem percebe, na relação direta de seus desejos, as insuficiências do mundo em que vive. O hiato que separa o ideal da precariedade percebida é o motor que impulsiona à ação. Sua insatisfação não é, assim, um vício, mas a virtude que o faz ser construtor de projetos. Projetar significa lançar (se) para diante; atirar longe. É a idéia de movimento, virtualmente, presa do homem” (Rosa, 1994, p. 16).



Numa específica condição em um espaço particular, temos como pressupostos que, neste estudo, o grande desafio é estabelecer, criativamente, o que se quer enquanto proposta de uma assistência de enfermagem com qualidade. Essa assistência é entendida aqui como a possibilidade de visualizar o ser humano hospitalizado na sua integralidade. Portanto, o primeiro passo a ser dado é de caráter eminentemente filosófico. Isto não quer dizer que estamos propondo algo como mais um exercício estéril, exercício este que, quanto mais profundo, mais nos fará ter a sensação de estarmos nos afastando da realidade concreta e imediata. Pelo contrário, a expectativa é de encontrar os meios viáveis para um estudo da especificidade\* da enfermagem, pelo menos com referência à sua prática concreta. Embora os limites que se colocam sejam vários, entre eles, a própria limitação do conhecimento e o pouco tempo disponível do pesquisador para a elaboração deste estudo, prefiro correr este risco do que pecar pela superficialidade.

Neste sentido, há uma questão a ser enfrentada como pré-condição e que se configura como interrogação básica, ou seja: quem é esse homem que deve ser visto na sua integralidade? Ele é capaz de pensar e decidir sobre seus próprios caminhos, de forma independente? É capaz de conquistar “autonomia moral através da autonomia cognitiva”(Rosa, 1994, p. 34)?

Partindo do princípio de que o desconhecido não se torna prática, então, como pode a enfermagem propor-se a atender esse homem, se, ela mesma, enquanto categoria profissional “desconhece”, se é possível afirmar isto, quem é este ser universal, concreto, singular?

Tendo como referência a busca de uma melhor compreensão de seu objeto, os profissionais podem compreender-se a si próprios, enquanto trabalhadores, em um processo diferenciado de trabalho. Como perspectiva fundante, este estudo parte de uma busca coletiva de uma alternativa metodológica que considere o homem carente de assistência um ser total, cuja existência é histórica.

---

\* Não penso especificidade como algo que lhe seja exclusivo, mas algo que possa identificar o fazer como ato de enfermagem. Um aspecto fundamental para a noção de especificidade é a determinação das características de um objeto. No caso de assistência de enfermagem, embora se possa pensar imediatamente no corpo do homem como um objeto, em todo caso ele não se entrega de modo absoluto e inerte para o ato “enfermeiral”. Ele se constitui numa matéria viva, que não se subordina intimamente a esse ato. E, como tal, não se trata, também, de um ser sem história, trata-se, ao contrário, de um homem, cuja existência atual é condicionada à sua realidade tanto quanto à sua subjetividade.

Optando por uma perspectiva construtivista, acredito na possibilidade de construir coletivamente essa proposta de método de assistência de enfermagem ao indivíduo hospitalizado, tendo em vista os dois pólos, os dois lados, a mão dupla, na qual o sujeito trabalhador construa-se e, paralelamente, construa com o “outro” (o sujeito do cuidado) uma proposta que possa contemplá-lo nas suas diversas dimensões.

Para Rosa (1994), as teorias a respeito da origem do conhecimento, resumidamente, podem ser classificadas em três grandes tendências: a **inatista**, que concebe o conhecimento como um dado da própria natureza humana ou de uma dádiva divina; a **empirista**, que entende o conhecimento como decorrência da experiência; e a **interacionista**, que reconhece o conhecimento como resultante das interações do sujeito (com todas as suas características hereditárias) com o meio (com todos os seus condicionamentos sociais e culturais).

O construtivismo, fiel ao princípio interacionista, procura demonstrar, ao contrário das demais tendências, o papel central do sujeito na produção do saber.

Por ser uma teoria, o construtivismo procura dar conta de explicar as operações que entram em ação no processo de construção. A concepção teórica acerca do construtivismo foi elaborada, e continua a sê-lo, a partir de observações sistemáticas e metódicas da própria prática, da prática das interações dos sujeitos com seus objetos de conhecimento.

Para o construtivismo, o homem constrói a si mesmo, pondo-se, exteriorizando-se em estruturas materiais e culturais (escolas, hospitais, museus, centros de lazer, família, ...), relacionando-se internamente com estes mundos construídos. Contudo, não é uma construção intimista e circunscrita, ele se produz como indivíduo e é resultado de suas relações sociais; ele se põe no mundo de forma plena, isto é, subjetiva e objetivamente (Etges, 1994).

Para que ocorra esta objetivação, o homem sai de sua exclusiva internalidade-subjetividade, e é aí que o trabalho mediatiza essa relação da internalidade do indivíduo com o mundo exterior (Etges, 1994). Neste sentido, é o trabalho e a linguagem que possibilitam ao homem pôr-se plenamente no mundo; ele pode construir a sua autonomia pelo trabalho não alienado.

“Linguagem e trabalho são exteriorizações nas quais o indivíduo não se conserva nem se possui mais em si mesmo; senão que nessas exteriorizações, faz o interior sair totalmente de si e o abandona a outro”(Hegel, 1992, p.198).

O que as abordagens construtivistas nos dão como referência é o pressuposto fundamental de que o indivíduo é o centro do seu próprio percurso em direção ao conhecimento. Neste sentido, a aprendizagem (o conhecimento) é resultado da atividade (pensamento) do sujeito e depende, basicamente, do desenvolvimento de suas estruturas cognitivas, isto é, o resultado do esforço inteligente de conhecer o mundo (Piaget, 1973; Rosa, 1994).

Não é possível imaginar um trabalho efetivamente articulado, posto a serviço do homem, sem ter como ponto de partida e de chegada “(...) o conhecimento, a consciência gestada no mundo do trabalho, da cultura, das múltiplas formas como estes trabalhadores produzem sua existência”(Frigotto, 1989, p.20).

Para isto, é necessário que haja possibilidade real de conhecimento crítico do que se passa no processo produtivo. O trabalhador, pelas forças objetivas das relações de trabalho e de sua própria produção social, não pode ficar limitado ao saber prático, o qual deve ser confrontado com o saber histórico e com o saber científico. Ao mesmo tempo, nesse processo, é necessário que os trabalhadores “intelectuais” penetrem na “(...) arena do processo de trabalho produtivo, dos serviços ou dos trabalhos fantasmagóricos ou parasitários, produzidos como forma de esterilizar capacidades humanas (...)” (Frigotto, 1989, p.25), para que estabeleçam a ponte necessária e dêem suporte na perspectiva de uma real transformação da prática.

A proposta de uma construção coletiva deu-se a partir dos questionamentos advindos da dicotomia do binômio teoria/prática. É necessário e imprescindível que quem presta o atendimento ao indivíduo, contribua e participe na elaboração do referencial teórico a ser proposto, na perspectiva de uma mudança verdadeira, séria, basal, que possibilite uma compreensão do homem particular em sua aparência e essência, uma vez que o cuidado é prestado a ele. Há que se pensar que esse homem transcende normas e técnicas, que a busca de um referencial para atendê-lo deve contemplar aspectos relacionados à sua essência. Por outro lado, é fundamental a compreensão do trabalho daqueles que buscam encontrar na atividade que desenvolvem não apenas a sua subsistência, mas também a possibilidade de

oferecer, em forma e conteúdo, o que previamente foi definido como de competência dos profissionais da enfermagem.

O HU foi o local escolhido para a realização da pesquisa, uma vez que é nesta instituição que exerço minhas atividades docente-assistenciais, e é ali que consigo vivenciar concretamente essa necessidade de articulação entre o pensado (utopia/idealizado) e o vivido (práxis).

Para a viabilização desse estudo foi proposto que para cada local onde a enfermagem atua tivesse um representante específico, que se constituiria no elo entre os profissionais no seu local de trabalho e o pesquisador. Neste sentido, após aprovação da Diretoria de Enfermagem a esta iniciativa e a apresentação da proposta durante as passagens de plantão, reuniões das seções, serviços e divisões, cada unidade envolvida indicou um representante para integrar o grupo. Este representante participaria das reuniões previstas, com o compromisso de levar à unidade de origem os resultados das discussões e possíveis propostas, bem como encaminharia ao grupo de trabalho as propostas da sua unidade, além de se dispor a estudar, refletir, discutir, à medida que fossem apresentados textos para leitura e as propostas. Além dos representantes, haveria a possibilidade de participação de outras pessoas interessadas no assunto. Os participantes poderiam pertencer a qualquer categoria profissional de enfermagem.

A proposta agrupou representantes do Centro Cirúrgico, Ambulatório, Emergência, Unidade de Tratamento Intensivo, Unidade de Tratamento Dialítico, Unidade de Internação Cirúrgica II, Unidade de Clínica Médica Masculina I e II, Unidade de Clínica Médica Feminina, Unidade de Internação Pediátrica, Unidade de Internação Ginecológica, representante da Comissão de Educação em Serviço e professores do Departamento de Enfermagem.

É necessário registrar que nem todos os representantes dos locais citados foram sempre os mesmos, nem todos participaram das diversas etapas do processo de construção. Dessa forma, nos momentos em que havia o afastamento de algum representante, ou no caso de algum representante estar impossibilitado de participar de alguma etapa do processo, a pesquisadora solicitava a participação de outro representante (procedendo a sua introdução no grupo e repassando todas as informações anteriores à sua entrada) ou repassava ao representante as informações que o mesmo estava impossibilitado de receber

com o grupo. Além disso, houve representantes de locais que participaram do início do processo mas não permaneceram e como não foram substituídos (por não conseguirmos outro representante) os locais não estão aqui relacionados.

Apesar disso, acredito que não houve solução de continuidade na proposta de construção coletiva, uma vez que havia um grupo de representantes (cerca de sete) que permaneceu durante todo o período. Além desse aspecto, a proposta estava temática e metodologicamente articulada à pesquisadora.

Este estudo foi desenvolvido em quatro etapas: uma, preliminar, iniciando reflexões e discussões com o grupo de representantes, através das seguintes questões:

- (1) o que os profissionais “pensam” estar “errado” na atual sistemática de trabalho ?
- (2) se há algo “errado” qual seria então o “certo”?
- (3) o “certo” pode vir a ser construído ?
- (4) se é possível, como proceder para atingi-lo ?

Estas questões, aparentemente de cunho absolutista, na verdade buscaram revelar representações do imaginário profissional, com base na possibilidade discriminativa do pensamento entre o estado atual e o dever ser, pelo contraste entre o não aceito e o projeto (utopia). Ofereciam ainda a possibilidade da reflexão sobre o projeto e sua real potencialidade de realizar-se em dadas condições concretas. A transitoriedade do “atual” é a mesma do “projeto”, constituindo-se base filosófica de qualquer processo de construção cujo horizonte seja coletivo.

Os encontros do grupo assim formado foram semanais, a partir de uma agenda prévia, durante o período entre agosto de 1994 e dezembro de 1995, num total de 46 (quarenta e seis) encontros. A descrição pormenorizada dessa etapa é desenvolvida em capítulo subsequente.

Na seqüência, como segunda etapa, embasada nos resultados da primeira, ocorreu um afastamento da pesquisadora do campo de pesquisa, para que, através da análise dos dados, pudesse verificar a possibilidade de elaboração de um marco referencial para o trabalho da enfermagem e, com base neste, propor um instrumento metodológico para a prática de enfermagem ao indivíduo hospitalizado.

A terceira etapa, constituiu-se na proposta propriamente dita. Foram construídos, a partir das discussões e reflexões com o grupo, os pressupostos, os conceitos e sua inter-relação, culminando na proposta, que, neste momento, estou denominando um “modo” sócio-humanista de apreensão do trabalho de enfermagem.

Finalmente, culminando na quarta e última etapa, houve o retorno ao grupo na perspectiva de aprovar e referendar a proposta de assistência.

Para essa etapa distribuí previamente a proposta construída a cada integrante do grupo que participou da construção de, pelo menos, uma das quatro questões norteadoras. Assim, foram distribuídas cópias aos representantes do Ambulatório, Emergência, Unidade de Internação Pediátrica, Unidade de Internação Ginecológica, Unidade de Clínica Médica Masculina II, Unidade de Centro Cirúrgico, Unidade de Tratamento Intensivo, Unidade de Clínica Cirúrgica II, Unidade de Clínica Médica Feminina, Unidade de Tratamento Dialítico, Comissão de Educação em Serviço e Departamento de Enfermagem.

Com um intervalo de três semanas para a leitura do material, agendei três encontros coletivos (em setembro de 1996) para discussão, reflexão e possíveis alterações que fossem propostas pelo grupo.

Desse momento participaram representantes do Ambulatório (Eliane Matos, Maria José Silveira e Silvana Pereira)\*, Emergência (Taíse Costa Ribeiro), Unidade de Internação Pediátrica (Iracema Maria de Souza e Maria de Fátima Padilha), Unidade de Internação Ginecológica (Tânia Soares Rebello), Unidade de Clínica Médica Masculina II (Jordelina Schier), Unidade de Clínica Cirúrgica II (Rode Dilda Machado da Silva), Unidade de Clínica Médica Feminina (Alda Isabel Melo da Silveira), Comissão de Educação em Serviço (Nádia Chiodelli Salum) e Departamento de Enfermagem (Francine Lima Gelbcke). Apesar de não participar das discussões em grupo, por incompatibilidade de horário, Denise Guerreiro da Silva agendou um outro momento e apresentou suas sugestões.

Embora tivesse consciência do pouco espaço de tempo destinado à discussão da proposta, acredito que com a leitura prévia do texto foi possibilitado a todos os

---

\* Os nomes estão apresentados com autorização das pessoas para registro histórico dos autores da construção coletiva.

representantes interessados opinarem e proporem as modificações que julgassem necessárias.

As modificações propostas não alteraram a essência do instrumento metodológico apresentado. Assim, as sugestões aceitas foram incorporadas. Faz-se necessário registrar, nesse momento, o sentimento coletivo do grupo como um todo. A possibilidade de viver uma experiência como esta foi um privilégio para mim, pois foi criado um clima de cumplicidade, um envolvimento tal que transcende às palavras. Ao mesmo tempo em que o grupo respondia a uma necessidade específica de participar da pesquisa, foi também construindo internamente o que ele queria para o seu trabalho. Na verdade me parecia que cada um estava construindo o “seu” projeto de vida e de trabalho, sendo esta uma experiência humana e realizadora, tanto pela possibilidade do trabalho coletivo em si mostrar-se produtivo e, portanto, possível, quanto pela característica auto-formadora do processo.

Com o objetivo de manter um alto nível de motivação para os trabalhos em grupo, mantive contato com uma enfermeira com longa experiência na realização de oficinas em grupo e esta demonstrou interesse em participar na coordenação da forma de encaminhamento dos trabalhos, com a finalidade de tornar a atividade mais estimulante e prazerosa. No entanto, todo o conteúdo desenvolvido nas discussões foi estabelecido pela pesquisadora e o grupo envolvido, ouvidas as seções de origem dos representantes.

Embora tivesse consciência de estar encaminhando uma proposta temática e metodologicamente articulada, interessava que, ao se engajarem na pesquisa e na possível construção de referencial teórico, os trabalhadores de enfermagem pudessem visualizar a perspectiva de construção de outras possibilidades para a sua prática, na busca de nova mentalidade.

É importante deixar claro, também, que a proposta apresentada poderia ser modificada e/ou desdobrada no decorrer do processo, de acordo com o andamento da pesquisa, o que não aconteceu em nenhum momento.

Para uma compreensão do trajeto percorrido, relato, a seguir, os passos da primeira etapa dessa caminhada, os procedimentos, conteúdos e cronograma.

### **3 - O PROCESSO DE FORMAÇÃO DO GRUPO E A CONSTRUÇÃO DAS QUATRO QUESTÕES NORTEADORAS**

Para o início dos trabalhos dessa etapa, o grupo ficou assim representado: Ambulatório (Maria José Silveira e Eliane Matos), Emergência ( Taíse Costa Ribeiro), Unidade de Internação Pediátrica (Maria de Fátima Padilha), Unidade de Internação Ginecológica (Iracema Maria de Souza), Unidade de Centro de Material e Esterilização (Tânia Teotônia Oliveira), Unidade de Clínica Médica Masculina I (Nilma Marques), Unidade de Clínica Médica Masculina II (Jordelina Schier), Unidade de Centro Cirúrgico (Christiane R. V. Ribeiro), Unidade de Tratamento Intensivo (Elizete Montemezzo), Unidade de Clínica Cirúrgica II (Márcia Jordão), Unidade de Clínica Médica Feminina (Alda Isabel Melo da Silveira), Unidade de Tratamento Dialítico (Ângela L. Goulart), Comissão de Educação em Serviço (Nádia Chiodelli Salum), e Departamento de Enfermagem (Denise Guerreiro da Silva e Francine Lima Gelbcke).

Contamos, também, com a assessoria da enfermeira Elisabete Mello na realização das oficinas de trabalho em grupo nas primeiras sessões dos trabalhos, com o objetivo de manter um alto nível de motivação, o que se conseguiu plenamente.

Nessa primeira etapa metodológica, denominada preliminar, foram introduzidas as quatro questões norteadoras com o objetivo de explicitar concretamente “posições” dos participantes do trabalho, quais sejam:

- (1) o que os profissionais pensam estar “errado” na atual sistemática de trabalho?



(2) se há algo errado, qual seria, então o “certo”?

(3) o “certo” pode vir a ser construído ?

(4) se é possível, como proceder para atingi-lo ?

Como grupo, optamos por desenvolver as atividades na forma de encontros semanais ( às segundas feiras, das 09:30 às 11:15 horas) e iniciamos os trabalhos em 22 de agosto de 1994.

Num primeiro momento, foram realizados três encontros para que o grupo se conhecesse melhor, possibilitando uma maior interação, pois os participantes não mantinham contato mais próximo entre si, uma vez que muitos deles trabalham em unidades diferentes.

Após essa fase de reconhecimento e identificação grupal, iniciamos o trabalho propriamente dito. Já, nesse momento, não contamos mais com os representantes da Unidade de Centro Material e Esterilização, Unidade de Tratamento Intensivo e Unidade de Clínica Médica Feminina. Portanto, o grupo de trabalho permanente, na primeira etapa metodológica, que construiu respostas à primeira questão proposta, formou-se com treze representantes.

No entanto, antes de introduzir a primeira pergunta, iniciamos uma discussão acerca da questão teoria/prática, tentando refletir sobre a possibilidade de vislumbrar essa unidade, pois o processo de formação do pessoal de enfermagem, a que o projeto paralelamente se propõe, passa necessariamente pela busca de um referencial que unifica a teoria e a prática. Para isto, o grupo recebeu previamente parte de um capítulo do livro “O problema da verdade “, de Bazarian (1985), e um roteiro para discussão em pequenos grupos, com 3 (três) questões norteadoras, quais sejam:

1) A prática e a teoria formam uma unidade indissolúvel. Tentem, através de exemplos, colocar como se dá essa relação.

2) Relacionem os pontos colocados no texto acerca da verdade, os quais vocês consideraram mais relevantes.

3) De uma maneira geral, o que teoricamente já foi construído pela enfermagem para dar sustentação à sua prática.

Nossa preocupação básica, ao vislumbrarmos a construção de outras possibilidades para o trabalho da enfermagem, pela tomada de consciência através do processo de formação/desalienação de nova mentalidade, era tentar a dissolução do mito na enfermagem de que a teoria e a prática não possuem nenhuma articulação, que a teoria e a prática são independentes entre si.

É preciso aprender a compreender que “(...) o saber abre caminhos para a argumentação segura e sensível do concreto e quando não se põe como domínio de poucos, permite a quebra de redutos de poder. (...) Embora se possa supor que essa ingênua percepção de desvinculação entre teoria e prática não deteriore a essência do trabalho, o profissional que não mergulhar em seu próprio saber para questioná-lo estará eticamente equivocado. Esse equívoco, de qualquer forma, não elimina o fato de toda prática se articular a uma teoria, ainda que esta teoria não seja apreendida e assumida conscientemente “(Leopardi, 1994, p.85).

A busca do conhecimento leva necessariamente a um processo de desalienação e, esse exercício, pode perfeitamente ser levado a cabo em conjunto - entre os que praticam e os que refletem acerca da enfermagem. Pois, conforme afirma Leopardi (1994, p.91), “(...) a realização de um trabalho sempre está fundada nas escolhas dos meios para a sua execução. Ocorre que, no processo geral do trabalho, alguns indivíduos entram em ação para executar tarefas de outros trabalhos, como, por exemplo, a produção de conhecimento. Daí seu significado social, de modo que o trabalho dos pesquisadores e dos assistenciais são necessariamente complementares”.

Assim é que, nessa proposta, esperamos poder, efetivamente, realizar essa articulação tão almejada, uma vez que, em todos os momentos no decorrer dessa primeira etapa, tentamos fazer com que estivéssemos permanentemente refletindo acerca do trabalho desenvolvido pela enfermagem no Hospital Universitário e isto pode levar a alterar o modo como pensamos o trabalho na área da saúde. Tentamos, dessa forma, “(...) promover a ampliação do significado de assistência e cuidado, para que a solidariedade e a justiça sejam efetivamente postas em prática” (Leopardi, 1994, p.85), além de buscar vislumbrar que um método de assistência não se encerra na assistência e no cuidado ao sujeito hospitalizado - suas fronteiras se alargam visualizando também o sujeito trabalhador, bem como a política da instituição na qual ele está inserido.

Feito isto, introduzimos, então, a primeira questão da primeira etapa metodológica, ou seja, o que o grupo considera “errado” na atual sistemática de seu trabalho. Procedemos de forma tal que, em quatro subgrupos, os participantes listavam em folhas grandes de cartolina o que eles consideravam “errado”, na atual sistemática de seu trabalho. Em seguida, os quatro subgrupos apresentavam o “errado” levantado e abríamos a discussão no grande grupo. Após o aprofundamento e ajustes necessários dos “erros” apontados, fixamos as cartolinas na parede e iniciamos a categorização dos dados.

Os “erros”, na seqüência apresentados (Quadro I), apontaram cinco categorias gerais que nortearam as etapas seguintes, quais sejam:

- Política Institucional
- Sujeito Hospitalizado
- Sujeito Trabalhador
- Organização do trabalho
- Relações de trabalho

Foram apontadas também subcategorias que reforçaram e/ou possibilitaram compreender melhor esse processo. São elas: compromisso profissional, crenças e valores, condições de trabalho, método assistencial, modelo biologicista e gerência.

O quadro a seguir traz os “erros” apontados pelos representantes participantes da pesquisa, com a respectiva categorização. Foi organizado de maneira a associar o resultado das reflexões do grupo sobre o que consideram “errado” na instituição às categorias e subcategorias, de modo que estas podem aparecer tantas vezes quantas forem as associações.

**QUADRO I - “Erros” apontados pelos representantes dos diversos locais onde a enfermagem atua na atual sistemática do seu trabalho e respectiva categorização.**

<b>Categorias Gerais</b>	<b>Subcategorias</b>	<b>“Erros” apontados</b>
Política institucional		1. Falta de princípios e crenças que norteiam o trabalho de enfermagem 2. Valorização das condições de trabalho em detrimento da qualidade assistencial (qual o verdadeiro cliente da instituição?) 3. A instituição de uma maneira geral

		pouco valoriza os funcionários
Sujeito hospitalizado	Método assistencial Modelo biologicista	4. Dificuldade em visualizar o cliente como ser integral
Sujeito hospitalizado Organização do trabalho Sujeito trabalhador	Compromisso profissional Método assistencial	5. Método de Assistência de enfermagem deixa a desejar (enfermagem não acredita, falta auditoria, falta de controle)
Sujeito hospitalizado Organização do trabalho	Método assistencial	6. Registros inadequados dos cuidados de enfermagem não permitindo identificar o que realmente a enfermagem faz
Sujeito hospitalizado Organização do trabalho	Método assistencial	7. Dificuldade de trabalhar o auto-cuidado (é mais fácil fazer do que ensinar) 8. Prioridade que os enfermeiros dão à metodologia (ficar escrevendo) em detrimento do atendimento ao indivíduo hospitalizado
Sujeito hospitalizado Sujeito trabalhador Sujeito hospitalizado Organização do trabalho	Método assistencial Compromisso profissional	9. Falta de estudos de caso na enfermagem 10. Não priorização da qualidade da assistência 11. Não cumprimento do horário médico no ambulatório (paciente aguardando e a enfermagem “segurando as pontas”)
Sujeito hospitalizado Organização do trabalho	Gerência	12. Período de internação é prolongado, há falta de resolutividade, interferindo na qualidade de vida do indivíduo hospitalizado
Sujeito trabalhador	Compromisso profissional Crenças e valores	13. Não aplicação de conhecimento teórico na prática
Sujeito trabalhador	Compromisso profissional	14. Falta de participação, estímulo, disponibilidade e oportunidade para que a enfermagem recicle seus conhecimentos. 15. Falta compromisso dos profissionais com a sua atualização
Sujeito trabalhador	Condições de trabalho	16. O salário é desestimulante para o pessoal de enfermagem 17. Local inadequado para descanso 18. Inadequação do material
Sujeito trabalhador Organização do trabalho	Condições de trabalho	19. Insatisfação com a jornada de trabalho de 12 horas nos finais de semana 20. Escala de trabalho de acordo com a disponibilidade do setor (mudanças freqüentes de horário de trabalho) 21. Para muitos profissionais da

		enfermagem e medicina, o HU tornou-se mais um emprego, um "bico", pois os salários não são compatíveis com a responsabilidade que o trabalho exige
Relações de trabalho	Relações de trabalho	22 Falta de comunicação entre as diversas categorias de trabalhadores
Relações de trabalho Organização do trabalho	Compromisso profissional	23 Falta de cooperação docente-assistencial 24 Dificuldade, falta de respeito nas inter-relações entre os diversos profissionais. Apesar de ser um hospital de ensino, não há um trabalho pelo menos multidisciplinar. (Nossas informações são lidas por quem?)
Relações de trabalho Organização do trabalho	Gerência Compromisso profissional	25 Controle rigoroso dos funcionários 26 Existência de feudos (médica, cirúrgica, pediatria, DPX, DPI) no desenvolvimento e distribuição do trabalho 27 Dificuldade nas relações de trabalho entre as diversas categorias de enfermagem
Relações de trabalho Organização do trabalho	Crenças e valores	28 Dificuldade em desenvolver a interdisciplinaridade
Organização do trabalho	Gerência Compromisso profissional	29 Serviços de apoio não funcionam adequadamente (laboratório, farmácia, radiologia, manutenção, entre outros) 30 Enfermagem resolve problemas que não são da sua especificidade, por exemplo, problemas relativos a rouparia, raio X, transporte de pacientes, entre outros 31 Rotinas pouco flexíveis, excesso de tramitação de papéis

Para a construção da primeira questão totalizamos 13 (treze) encontros.

Ainda nessa etapa, intercalando com as discussões da primeira questão, convidamos a Professora Maria Tereza Leopardi para uma conversa informal sobre processo de trabalho e método de assistência. O grupo recebeu previamente o texto "O método como objetivação científica na assistência da enfermagem", (Leopardi, 1995).

Após a etapa de categorização dos “erros”, foi feita a avaliação desta primeira parte, para, em seguida, iniciarmos o desenvolvimento da segunda questão, ou seja: conhecido o “errado”, qual seria, então, o “certo”?

Ainda com o objetivo de aprofundamento das reflexões desenvolvidas, cada representante recebeu um exemplar de um texto denominado “O doente, seu cuidador e as organizações de saúde: elos de uma cadeia possível ?” (Pitta, s/d). O texto tenta aprofundar a discussão aos diretamente interessados em preencher vazios teóricos e práticos entre o uso dos recursos, sejam humanos, materiais e/ou institucionais, e as necessidades das pessoas, no que se refere às demandas de saúde/doença.

Na tentativa de relativizar o “certo” e o “errado”, fizemos uma discussão em pequenos grupos sobre o que eles consideravam o que era, em geral, o “certo” e o “errado”. O grupo percebeu essa relatividade pretendida e inclusive apontou tanto o “certo” como o “errado” como coisas construídas e dependentes da cultura de cada povo.

Após esta reflexão, os mesmos pequenos grupos formados receberam exemplares para leitura e discussão do livro “O frio pode ser quente?” (Masur, 1991), com o objetivo de reforçar a discussão anterior. O livro infantil apresenta diversas imagens mostrando que, dependendo do modo de ver e interpretar a linguagem escrita, as coisas têm muitos jeitos de ser, que só depende do jeito da gente ver.

Ainda, antes de iniciarmos a discussão em torno da segunda questão, o grupo solicitou que, para uma melhor compreensão das etapas seguintes, fossem conceituadas as 5 (cinco) categorias gerais apontadas.

Como não foi possível terminar a conceituação de todas as categorias até dezembro, no período de férias do grupo elaborei uma proposta preliminar e, assim que recomeçaram os trabalhos, levei ao grupo para aprovação e possíveis modificações.

A preocupação em conhecer e entender quem é o homem que assistimos bem como quem é aquele homem que assiste, na perspectiva de uma mudança na assistência oferecida, esteve presente em todos os momentos desse estudo.

Assim, quando fomos construir os conceitos das categorias gerais apontadas, foi necessário primeiramente estabelecer qual o conceito que tínhamos de homem. Para isto, utilizamos idéias desenvolvidas por Marx (1979 e 1981) e Fromm (1979). Este conceito, a

partir de então utilizado pelo grupo, foi anteriormente desenvolvido por mim, na forma de um “paper”, como uma das etapas do Exame de Qualificação do Programa de Doutorado.

Apresento, na seqüência, antes de passar à conceituação das categorias gerais, um resumo do conceito desenvolvido.

**Homem:** ser natural, surge em uma natureza dada, submete-se a leis naturais e depende da natureza para sobreviver. É parte da natureza mas não se confunde com ela, pois usa a natureza, transformando-a conscientemente segundo suas necessidades, e, nesse processo, se faz humano e passa a construir a sua história, se faz histórico.

Assim, o conceito de natureza humana não é uma abstração, é a própria essência do homem, que se manifesta na sua forma física - o corpo biológico, material (com uma constituição anatômica e fisiológica, que se objetiva num todo harmônico, composto de várias estruturas, tais como, pele, coração, cérebro, pulmões, rins, e assim por diante, numa composição que é própria da espécie), o qual é também o instrumento que lhe possibilita, no transcorrer da história, manifestar, uma outra forma, a consciência, que podemos denominá-la como sua forma psicológica (podendo se destacar aí os sentimentos de amor, paixão, solidariedade, ódio, raiva, compaixão, os desejos e vontades, o pensamento, a maior ou menor facilidade para aprender, a aptidão ou a preferência para exercer determinada atividade). A consciência do homem, sua forma psicológica, manifesta-se principalmente através da linguagem, que possibilita a ele tornar-se social, cultural. A linguagem é, então uma forma de mediação entre o homem natural e o homem social, cultural. O ser social é aquela “parte” do indivíduo que é construída nas suas relações com os outros homens, a partir de premissas, limites e condições materiais colocadas pela sociedade em que este indivíduo vive e da qual faz parte. Neste desenvolvimento, aliando sua materialidade (força física) à sua capacidade de pensar e reagir, em suas relações com outros homens, o homem determina uma outra forma de fenômeno - o trabalho, que consiste num modo diferenciado de intervenção sobre a natureza, define projetos, implementa-os, realiza produtos para além de si mesmo e da natureza, isto é, recria a natureza. Então, a história dos homens é construída, decorre de determinada estrutura social que estabelece premissas, limites e condições materiais que, muitas vezes, independem da vontade individual dos homens.

São as condições materiais a base da sociedade, são elas que determinam a formação de uma sociedade, das suas instituições e regras de funcionamento, das suas idéias, dos seus valores. E se é a partir delas que se constrói a sociedade, é também a partir da compreensão das condições materiais que se pode vislumbrar a transformação da sociedade. Neste sentido é que o trabalho é a base e a característica fundamental do homem e da sociedade. Daí nossa preocupação em construir um projeto de trabalho cuja perspectiva seja a de constituir-se num meio de desalienação e emancipação dos sujeitos envolvidos. Embora a finalidade da assistência seja ontologicamente referida ao sujeito enfermo ou potencialmente enfermo/saudável, a força e a vontade para o trabalho estão no trabalhador. Assim, esse trabalho não pode ser concebido de forma simples e direta, trata-se de um trabalho complexo e multifacetado em que se envolvem mais do que um sujeito e mais do que uma necessidade. Porém, nessa construção social deve haver espaço para que esses sujeitos concretos, naturais, humanos, históricos, sociais, culturais, possam ser reconhecidos pela sua singularidade, particularidade, **individualidade**. Ao mesmo tempo em que os homens são produto de suas relações sociais, essas relações sociais podem constituir a sua individualidade dentro da singularidade.

Nesse processo, objetivando-se no mundo, relacionando-se interna e externamente com a natureza e seu mundo construído, o homem na sua individualidade e nas relações com outros homens, na condição de sujeito de sua vida, construtor de sua liberdade e sua autonomia é pleno, inteiro, indivisível.

Com esta base, toda teoria que se coloque como explicação, ou todo valor que se expresse como pressuposto tende a apresentar-se na região do devir, constituindo-se necessariamente numa representação de âmbito ético.

Após essas reflexões, apresentaremos a conceituação das cinco categorias encontradas a partir dos “erros” apontados no desenvolvimento do trabalho dos participantes da pesquisa:

**Política Institucional:** diretrizes da instituição no que se refere às suas relações com os trabalhadores, à sua clientela e à comunidade em que atua.

**Organização do Trabalho de Enfermagem :** é o modo como os trabalhadores de enfermagem dispõem o seu trabalho e fornecem a base para o trabalho de outros



profissionais na instituição de saúde, em relação aos tempos, movimentos e objetos necessários à assistência da saúde.

**Relações de Trabalho:** relações que se dão no exercício da profissão, internamente, com a equipe de enfermagem e, externamente, com outros profissionais e o sujeito hospitalizado.

As relações de trabalho referem-se às relações pessoa/pessoa e pessoa/objeto.

**Sujeito Hospitalizado:** aquele homem, que em seu percurso de vida, por alguma circunstância, necessita da intervenção dos serviços de saúde, submetendo-se à hospitalização.

**Sujeito Trabalhador de Enfermagem:** aquele homem, que em seu percurso de vida, tem como atividade básica o exercício da enfermagem, desenvolvendo seu trabalho em instituição de saúde, e, neste caso específico, prestando atendimento ao sujeito hospitalizado.

Em seguida, submeti também ao grupo as primeiras reflexões acerca dos conteúdos produzidos.

Nesse segundo momento, ( a partir de março de 95), tivemos alguns problemas em manter o mesmo horário dos encontros anteriores e o grupo decidiu reunir-se às quintas-feiras à tarde, das 14 às 16 horas.

Como algumas pessoas, por livre iniciativa ou a convite, manifestaram interesse em participar da pesquisa, submeti ao grupo a possibilidade de incluí-las, o que foi, por unanimidade, aceito. Além disso, dois participantes do início da primeira etapa manifestaram desejo de voltar ao grupo e outras três não puderam mais participar por incompatibilidade de horário.

Assim, para construirmos algo a partir da segunda questão, ou seja, **conhecido o “errado”, qual seria, então, o “certo”,** o grupo ficou assim representado: Ambulatório (Maria José Silveira e Eliane Matos), Emergência ( Taise Costa Ribeiro, representante até maio de 1995), Unidade de Internação Pediátrica ( Maria de Fátima Padilha e Iracema Maria de Souza), Unidade de Clínica Médica Masculina I (Analice Silva, representante até abril de 1995), Unidade de Clínica Médica Masculina II (Jordelina Schier), Unidade de

Tratamento Intensivo (Elizete Montemezzo), Unidade de Internação Cirúrgica II (Adriana Florêncio e Rode Dilda Machado da Silva), Unidade de Clínica Médica Feminina (Alda Isabel Melo da Silveira), Comissão de Educação em Serviço (Nádia Chiodelli Salum) e Departamento de Enfermagem (Francine Lima Gelbcke e Denise Guerreiro da Silva, que colaborou à distância, até maio de 95, por estar cursando o doutorado). Contamos, ainda, com a participação de Claudinete M. da Conceição B. Vasconcelos, bolsista do Núcleo de Pesquisa Práxis até final de 1995.

Com a finalidade de auxiliar nas discussões e aprofundar reflexões que viriam a seguir, recebemos da Associação Brasileira de Enfermagem - Seção Santa Catarina, vinte exemplares dos Anais do 41º Congresso Brasileiro de Enfermagem, para estudar especificamente questões ligadas ao processo de trabalho na enfermagem.

Além disso, distribuímos para cada participante, o texto “Uma nova visão do sofrimento humano nas organizações” (Dejours, 1993).

Após todos os ajustes necessários, tais como o reencontro do grupo, remarcação do horário, introdução dos novos participantes, leitura e modificações no material reflexivo produzido até aquele momento, iniciamos então a construção da segunda questão proposta, qual seja: **conhecido o “errado”, qual seria, então, o “certo”** para cada uma das categorias apontadas: Política Institucional, Sujeito Hospitalizado, Sujeito Trabalhador, Organização do Trabalho e Relações de Trabalho.

Esta etapa foi construída no período de março a julho de 1995, totalizando dezessete (17) encontros.

Ficou definido que, para cada categoria apontada, haveria uma sessão, na qual, em quatro subgrupos, os participantes apontavam o que eles consideravam o “certo” para aquela categoria e, na sessão seguinte, cada subgrupo apresentava ao grande grupo a sua produção e abríamos nova discussão.

Ainda nessa etapa, com a finalidade de aprofundar as reflexões acerca das relações de trabalho, procedemos à leitura do livro “O gato do mato e o cachorro do morro” (Machado, 1992), o qual aborda a complexidade das relações interpessoais.

Além disso, entregamos para leitura complementar à discussão da categoria Política Institucional, o texto “A gestão do trabalho nos estabelecimentos de saúde: elementos para uma proposta” (Santana 1993).

Propusemos, também, a leitura do livro “Maria vai com as outras” (Orthof, 1985), para subsidiar a categoria Organização do Trabalho.

Também apresentamos o texto “Eu Enfermeira, eu paciente” (Serpa, 1987), com vistas à reflexão sobre a categoria Sujeito Hospitalizado.

O grupo, nessa etapa de construção, aliada à falta do hábito de leitura que o pessoal de enfermagem que trabalha na assistência normalmente apresenta, sentiu uma certa dificuldade em manifestar suas propostas, quase que um “receio” de sonhar, de voar, de criar, de expandir-se, de sair do seu cotidiano. Sentindo isso, solicitei, à minha orientadora, um encontro específico para abordar esse assunto. Programamos, então, o que chamamos de “sonho dirigido”. Ela propôs um exercício que levou o grupo a se permitir “sair do chão”. Foi uma experiência fascinante, relaxante, e o grupo conseguiu se “soltar” um pouco mais depois desse momento.

Após esta segunda etapa, foi necessário proceder à organização dos dados construídos até aquele momento. O grupo sugeriu uma interrupção das reuniões para que, além da preparação da etapa seguinte ( “o certo pode vir a ser construído ? ) pudéssemos também fazer uma avaliação do processo de representação por local de trabalho.

Neste sentido, entramos novamente em contato com todos os participantes, fizemos novos convites para a etapa seguinte ( já com a aquiescência prévia do grupo a essa proposta), pois em nosso entendimento, comprometer o pessoal de enfermagem, por local de trabalho, com a proposta da pesquisa, possibilitaria muito mais facilmente a perspectiva de aplicabilidade da mesma.

Retornamos aos trabalhos a partir de agosto e, por incrível que pareça, o grupo nem chegou a questionar se seria ou não possível construir o certo. Para todos nós já estava introjetado que era passível de elaboração a quarta questão. Apesar de, na minha opinião, o grupo ainda não estar dominando a essência da proposta, estava inteiramente motivado para a perspectiva de um método de assistência que respondesse às necessidades teóricas e práticas dos profissionais.

Neste sentido, para a quarta questão colocada para a primeira etapa metodológica, ficou o grupo assim constituído: Ambulatório (Maria José Silveira, Eliane Matos e Silvana Pereira), Unidade de Internação Pediátrica ( Maria de Fátima Padilha e Iracema Maria de Souza), Unidade de Internação Ginecológica (Tânia Soares Rebello), Clínica Médica Masculina II (Jordelina Schier), Unidade de Internação Cirúrgica II ( Rode Dilda Machado da Silva) e Departamento de Enfermagem ( Francine Lima Gelbcke).

Iniciamos a quarta pergunta ( **se é possível construir o certo, como, então, proceder para atingi-lo?** ) no dia 10 de agosto de 1995, com a leitura do livro “O equilibrista” (Almeida, 1994). Esse livro assevera que há possibilidades dos indivíduos construir seus próprios caminhos, e mostra as diferentes posições e perspectivas para andar por eles.

Na seqüência, o grupo subdividiu-se em 5 (cinco) subgrupos, onde cada um deles elaborou uma proposta para uma das 5 (cinco) categorias de análise. Assim, cada subgrupo trabalhou com uma delas, construindo para cada certo apontado, um plano de ação, apontando a condição necessária à execução do plano e quem executaria, perfazendo para essa etapa um total de seis (6) encontros.

Após cada subgrupo completar sua atividade, abríamos, então, discussão em grande grupo para cada categoria apontada, e tínhamos a oportunidade de refletir, aprimorar, modificar e propor novas sugestões e/ou referendar o trabalho dos subgrupos. Para essa etapa necessitamos de um total de onze (11) encontros , dos quais três (3) para as reflexões acerca do Sujeito Trabalhador, dois (2) para o Sujeito Hospitalizado, dois (2) para a Organização do Trabalho, um (1) para Relações de Trabalho e três (3) para as reflexões que se referiam à Política Institucional.

Para finalizar, então, a quarta e última pergunta da primeira etapa metodológica, perfizemos um total de 16 encontros.

Portanto, a primeira etapa metodológica foi construída no período de agosto de 1994 a dezembro de 1995, perfazendo um total de 46 encontros.

Ao completar esta etapa, o grupo se desfez temporariamente para que o pesquisador pudesse proceder à análise e discussão dos dados construídos para, num próximo momento, tentar vencer o desafio de apresentar uma proposta de Método de Assistência de Enfermagem .

Após o encerramento da primeira etapa metodológica, isto é, a construção, pelo grupo de pesquisa, das quatro questões norteadoras ( o que considera “errado” na atual sistemática de trabalho, se há algo “errado” qual seria então o “certo”, o “certo” pode vir a ser construído, e se é possível construir o “certo”, “como” proceder para atingi-lo), nos afastamos para a elaboração da segunda etapa, ou seja, a análise dos dados construídos, a seguir apresentados.

## **4 - A ANÁLISE DOS DADOS CONSTRUÍDOS**

Por conta da grande quantidade de dados obtidos no processo de construção coletiva, a sistematização dos mesmos desenvolveu-se num percurso pautado pela preocupação de expressá-los o mais fielmente possível.

De acordo com uma primeira tentativa de categorização havia 5 (cinco) áreas de análise, quais sejam: Política Institucional, Sujeito Hospitalizado, Sujeito Trabalhador, Relações de Trabalho e Organização do Trabalho.

Essas categorias procuravam definir e englobar os elementos que emergiam como componentes do trabalho da enfermagem, onde já havia a intenção de indicar uma direção para os dados que evidenciassem características relativas à realidade das relações entre estrutura, trabalho, trabalhador e objeto de trabalho. Tais categorias se tornaram fundamentos ético-políticos da proposta.

No entanto, ficou difícil categorizar os dados nessa base, pois as proposições se mostraram mais complexas que o esperado, de modo que ocorreram repetições com uma frequência muito elevada, dificultando sobremaneira a análise. Havia, por exemplo, proposições do modo “certo” de prestar assistência, que apareciam para “resolver” mais de um dos problemas levantados.

Por outro lado, a categorização inicial se referia aos campos sobre os quais se debruçaram os participantes para expor os problemas e buscar soluções para redimensionar o trabalho. Serviu, pois, como módulo para organizar as discussões na primeira etapa.

Percebi que, embora a categorização anterior tivesse norteado de forma adequada a primeira etapa, nesse segundo momento, seria necessário refazer o percurso de categorização. Portanto, repito, sem abandonar a conceituação da categorização anterior - Política Institucional, Sujeito Hospitalizado, Sujeito Trabalhador, Organização do Trabalho e Relações de Trabalho, optei, então por “distribuir” os problemas apontados juntamente com o “certo” proposto e o “como” proceder para alcançar o “certo”, em três áreas temáticas - Aspectos Externos à Instituição, Aspectos Internos à Instituição e Aspectos Internos à Enfermagem.

Essas três áreas temáticas foram construídas a partir da experiência com a categorização anterior, quando o olhar se dirigiu para pontos mais específicos, tais como, a instituição, o trabalhador, o sujeito hospitalizado, a organização e as relações de trabalho. Já, no momento seguinte, enquanto relacionado com a escolha epistemológica e metodológica para a argumentação relativa à tese de um modo geral, não poderia ser outro o caminho percorrido para a análise, senão numa construção que tem o seu trajeto definido do geral para o particular. Ou seja, o foco se dirigiu para a organização de categorias mais abrangentes, em torno das relações entre esses elementos e as ações apontadas pelo grupo.

Essas categorias foram, então, evidenciadas a partir dos problemas apontados, embora, na sequência da sua organização, as propostas pudessem abranger tanto ações relativas ao campo predominante, à qual uma determinada dificuldade pertencia, como a outro campo, dependendo do nível de relações entre essas ações e o sujeito trabalhador ou sujeito hospitalizado, sem que se pudesse evitar o escancaramento de sua complexidade. Ou seja, aparecem problemas, por exemplo, “externos à instituição”, cuja solução se refere a aspectos “internos à instituição”, ou vice-versa. Isto implica na necessidade de estabelecer um modelo geral de análise para abranger, sempre que necessário, as múltiplas faces das dificuldades encontradas no trabalho.

Assim, estabelecidas como categorias de análise, as três áreas foram definidas como segue:

**1 - Aspectos externos à instituição:** aspectos que transcendem ao domínio tanto da instituição como do trabalhador, ou do sujeito hospitalizado. Têm relação a tudo o que se refere ao trabalho, como história, e como processo de relação humana, configurando-se

como aquelas questões postas pela Sociedade Civil e pelo Estado, de um modo geral . Inclui todas as questões relativas às políticas de saúde e, por conseqüência, inclui o trabalho na saúde, correspondendo ao modelo de assistência implantado através do SUS.

**2 - Aspectos internos à instituição:** aspectos que pertencem ao domínio institucional, ao modelo assistencial adotado, às normas, rotinas e padrões de funcionamento estabelecidos, e às relações entre os profissionais que aí trabalham, bem como os encaminhamentos políticos da direção da instituição em cada mandato. A estrutura física como instrumento de trabalho, além do material, equipamentos e tecnologia adotada, fazem parte dessa estrutura institucional. Neste sentido, para os aspectos abordados nessa categoria, cabe à Direção da própria Instituição o encaminhamento, ou não, das mudanças apontadas como necessárias. Isto não significa, no entanto, que, em determinados momentos, seja apenas uma questão de decisão interna, pois haverá sempre uma inter-relação entre o externo e o interno, entre o geral e o particular, entre o genérico e o específico. Há que se visualizar esse ir e vir, esses movimentos dialéticos.

**3 - Aspectos internos à enfermagem:** aspectos que pertencem ao domínio dessa categoria profissional, relacionados com o trabalho de assistência de enfermagem, sua organização e as relações entre os elementos da equipe de enfermagem e entre esses e outros profissionais. Neste sentido, as estratégias de mudança dependem, quase que exclusivamente, de uma diretriz do próprio “corpo” de enfermagem. O método de assistência de enfermagem pode se tornar um elemento fundamental para influenciar mudanças em outras esferas no âmbito da Instituição, na medida em que ultrapassa questões meramente técnicas, entrando para a esfera da ética, no momento em que se propõem e implementam relações que permitam o exercício da cidadania do sujeito hospitalizado. Não se pode perder de vista o fato de que o trabalhador também é um sujeito e, em seu percurso na história, busca e influencia mudanças, tanto na esfera interna à sua categoria quanto na Instituição em que trabalha, ou, mesmo, na esfera externa a ela.

Em função desta escolha epistemológica e metodológica é que, nesse momento resumidamente, cabe apontar para uma abordagem do trabalho como história e processo de relação humana, percorrendo sinteticamente o trabalho geral desenvolvido na saúde,



estabelecendo relações entre esse movimento mais geral e o trabalho concreto realizado na Instituição, chegando ao trabalho específico da enfermagem.

Trabalhar significa manifestar-se numa atividade, transformar a intenção num fato, materializá-la: trabalhar significa “(...) objetivar-se nos seus produtos de trabalho, enriquecer e alargar sua própria existência, ser criador e criativo”(Franco, 1989, p. 34).

Acredito não ser essencial para o trabalho apenas a técnica do próprio trabalho exclusivamente. É importante e imprescindível, também, a atitude do sujeito para com o seu trabalho. É justamente na atitude do sujeito para com o trabalho que se encontram concretamente implicados os motivos fundamentais da atividade humana. E é essa relação subjetiva do homem com o trabalho que está condicionada pelas “relações sociais objetivas que se refletem na consciência humana” (Franco, 1989, p. 34).

O trabalho, segundo Gomes (1989, p. 34), é tomado historicamente como a categoria básica, a relação social fundamental mediante a qual se estrutura o modo humano de existência, se gesta o processo de conhecimento, se produz uma determinada consciência da realidade.

No entanto, na modernidade, a práxis foi se construindo historicamente, “(...) mediante um processo que a reduz a uma coisa, a um objeto, a uma mercadoria que aparece como trabalho abstrato em geral, força de trabalho. Essa interiorização de trabalhos que se igualam à ocupação, emprego, função, tarefa(...). Dessa forma, perde-se a compreensão de um lado, de que o trabalho é uma relação social e que esta relação, na sociedade capitalista, é uma relação de força, de poder e de violência; e de outro, de que o trabalho é a relação social fundamental que define o modo humano de existência e que, enquanto tal, não se reduz à atividade de produção material, para responder à reprodução físico-biológica (mundo da necessidade), mas envolve as dimensões sociais, estéticas, culturais, artísticas, de lazer, etc (mundo da liberdade)” (Frigotto, 1989, p. 14).

Pensando na perspectiva da visualização do trabalho apontada acima, não podemos deixar de olhar para as relações de produção aí estabelecidas e para todo o sistema de priorização das ações políticas, e, por consequência, a determinação dos encaminhamentos de questões sociais, tais como, a saúde, a formação das categorias profissionais da área, a valorização dos diversos trabalhos (tanto manuais como intelectuais), a qualidade da

assistência, entre outros, os quais não têm sido pautados por questões éticas e, quem sabe, nem mesmo técnicas.

O que podemos observar é que as políticas de saúde, na prática, têm sido atreladas ao núcleo da filosofia capitalista, ou seja, determinadas por aspectos meramente econômicos.

Vivemos, atualmente, uma situação de profunda e aguda desigualdade social e econômica em nosso país, onde a deterioração das condições de vida gera "(...) violência e conflitos que minam valores éticos e morais na sociedade, ameaça do equilíbrio ecológico necessário à vida, como consequência do triunfo perverso do governo das pessoas na gestão dos negócios" (Chanlat, 1992, p.18), onde a preocupação com a rentabilidade sobrepõe-se a todas as demais, "(...) conduzindo a sofrimentos injustificáveis nos ambientes de trabalho, induzindo paradoxalmente em imensuráveis perdas econômicas contraproducentes aos objetivos primordiais da eficácia e eficiência desejadas" (Pitta, s/d, p. 23-24).

Neste momento, não vamos proceder a uma análise generalizadora do que acontece em termos de cuidado à saúde no país. É importante, sim, dispor de macro elementos de análise, embora se possa pensar em outras alternativas, até mais apropriadas. O que interessa registrar e deixar claro, aqui, é a evidência de que este quadro reflete bem o universo mais amplo da problemática da saúde, está contextualizado, inserido, faz parte dessa profunda e aguda desigualdade social e econômica do nosso país, representa, de certa maneira, uma pequena amostra da crua e dura realidade em que vivemos. Acredito, inclusive, que a partir de micro espaços definidos, para desenvolver o processo de conhecimento, é que poderemos chegar a construções mais definitivas e amplas, acerca desta problemática.

Este estudo, ao propor a reformulação no modo de encarar o trabalho da enfermagem, ao propor mudanças de atitudes no olhar o trabalho, a partir da análise da sua organização mais geral, para chegar à particularidade da enfermagem, significa um trânsito para o âmbito do micro da enfermagem e voltar novamente para a área da saúde como um todo, permite a construção de mudanças que possibilitem transformações mais amplas no processo assistencial, buscando o movimento da realidade desde uma perspectiva dialética.

Hoje, congregar a instituição como um todo, buscar modificações unindo as diversas profissões, é tarefa que cabe aos gestores da mesma e, até agora, não me parece ter havido demonstrações efetivas de se buscar alterar as relações existentes. No entanto, acredito que se, no cotidiano do trabalho, no dia a dia do embate profissional, na busca pelo reconhecimento e espaço devido, a enfermagem estrategicamente articulada, estabelecer direcionamentos concretos e possíveis para a sua prática, forçará a revisão do estabelecido, suscitando pelo menos, no mínimo, uma interrogação sobre o modo como a realidade se apresenta.

Uma das questões mais óbvias, relativas ao trabalho na saúde, é a análise que se pode fazer a partir das relações hierarquizadas e da hegemonia do saber médico.

Fundamentando-se, nesta base, o espaço criado no desenvolvimento do trabalho, determinando uma fatia maior de poder ao médico, tem gerado distorções pela sua fragmentação, inflexibilidade nas rotinas e normas estabelecidas e descompromissos profissionais de diversas ordens.

Essas distorções, no exercício do trabalho, têm determinado um conhecimento teórico pautado no conhecimento médico-biológico, não visualizando a perspectiva de outra base epistemológica, buscando, por exemplo, amparo teórico em outros campos da ciência, tais como, antropologia, sociologia, filosofia e, até mesmo, na teoria biológica da auto-organização. Isto leva à necessidade do enfrentamento da questão da qualidade da assistência, de modo que a própria sociedade, quem sabe articulada com os profissionais da área de saúde interessados em mudanças, busquem formas mais criativas em relação às políticas de saúde e nas relações de trabalho de um modo em geral.

Uma das vias mais comumente abordadas nos últimos tempos, para se conseguir uma qualidade na assistência de saúde, é a abordagem do sujeito integral, no sentido de dar conta de aspectos mais amplos de sua totalidade, abandonando a versão fragmentada e simplificada do tratamento da doença. Sem dúvida, um caminho possível é a articulação teoria-prática, reflexão-ação, social-particular, através de uma efetiva cooperação docente assistencial, uma vez que estamos falando de um Hospital-Escola.

Sendo um Hospital-Escola, no HU, desde sua implantação, estabeleceram-se relações entre os profissionais de nível superior, que são prioritariamente relações acadêmicas, ou

seja, eles têm uma relativa autonomia no seu trabalho, apesar da estrutura administrativa ainda reforçar o papel hegemônico do médico. Horários, consultas e outras atividades sempre são distribuídos de acordo com as exigências e/ou disponibilidades dessa categoria.

Por outro lado, o Sistema Weed, utilizado como forma de registro e orientação da prática, implantado para ser um modelo integrador dos diversos trabalhos, não tem conseguido dar conta da projeção estabelecida. Pelo contrário, parece que somente os enfermeiros o assumiram plenamente, por razões que parecem muito mais ligadas ao reforço do “status”, à valorização da categoria, ao controle do trabalho e dos trabalhadores, entre outros.

Hoje, o que se percebe nessa instituição, é uma fragmentação do trabalho, uma burocracia excessivamente controladora, um isolamento profissional, criando os “feudos”, reforçando o imobilismo em relação às mudanças necessárias em direção a um modelo em que o centro da assistência à saúde, seja, realmente, o sujeito hospitalizado, no exercício pleno da sua cidadania.

Não é diferente o trabalho da enfermagem do restante dos outros profissionais, ou seja, os feudos permanecem (Divisão de Pacientes Internos, Divisão de Pacientes Externos, Enfermagem Médica, Enfermagem Cirúrgica, entre outros), a burocracia é reforçada, o modelo básico continua a ser o individual curativista.

Embora o pessoal de enfermagem verbalize a necessidade de outras opções para o seu trabalho, as necessidades apontadas têm sido no sentido justamente de “encaixar” cada vez mais os trabalhadores e o sujeito hospitalizado numa perspectiva padronizadora, pouco criativa e burocratizante. A possibilidade desses sujeitos assumirem autonomamente a direção de sua ação, parece cada vez mais distanciada.

O trabalho de enfermagem, nessa instituição, em particular, hoje, é controlado pelo enfermeiro, que detém o poder exclusivo sobre o método\* e sobre a avaliação do trabalho, gerando, assim, relações internas conflitantes e ambivalentes. A prioridade tem sido em relação ao método de assistência e não ao resultado que a ação com esse método poderia

---

\* Atualmente, a enfermagem do HU desenvolve o seu trabalho através da aplicação de um Método de Assistência, utilizando como referencial teórico o modelo adaptado da estrutura conceitual proposta por Wanda de Aguiar Horta e o Sistema Weed (Prontuário Orientado para o Problema), utilizado como forma de registro e orientação da prática. Sobre este assunto ler Leopardi, 1991, p. 62 e seguintes.

determinar, permanecendo nas mãos do trabalhador de nível médio a execução de praticamente todo o plano e, mais que isto, a forma e o modo de realizar este trabalho. Por um lado, os trabalhadores ressaltam a falta de princípios e crenças no trabalho, a necessidade de formação e capacitação, mas, por outro, têm jornadas de trabalho redobradas em função de múltiplos empregos, gerados pelas condições de desvalorização social e econômica de sua atividade, além da introjeção de uma cultura consumista que lhes exige cada vez mais trabalho para aumentar o seu poder de compra e acesso aos bens postos para seu consumo.

Há que se considerar aqui também o trabalho gerencial exercido pelos enfermeiros. No entanto, me parece que enquanto nós não conseguirmos delimitar um pouco mais precisamente o campo assistencial do enfermeiro, o aspecto gerencial ainda vai permanecer em segundo plano no nível teórico, apesar de na esfera do fazer ele apresentar-se com limites e possibilidades muito mais delimitadas e precisas do que o trabalho assistencial propriamente dito.

A partir do exposto acima, pode-se concretizar a análise dos dados em função das categorias apontadas, sempre estabelecendo relações entre os diferentes níveis de organização social.

Os dados serão apresentados, procurando-se a maior fidelidade possível a tudo o que foi recolhido e apontado pelo grupo, durante a primeira etapa metodológica, seguindo a seqüência das áreas temáticas enquanto categorias de análise.

Para uma maior compreensão e visualização dos dados construídos, trago um Quadro Síntese, que resume todo o trabalho de construção coletiva na primeira etapa metodológica. Assim, a análise que ora estarei procedendo, é complementada com a inserção do Quadro Síntese. Este quadro, apresentado ao final de cada área temática, assim como na análise dos dados, está subdividido em aspectos externos e internos à instituição e aspectos internos à enfermagem. Para cada área temática são apresentados os problemas e soluções apontadas. Aparecem então respostas à primeira questão - o que você considera "errado" na atual sistemática de trabalho, o "certo" apontado, as "falas" ilustrativas (sendo fictícios os nomes dos autores) e o "como" construir este "certo", (através de um plano de ação, a condição necessária para a execução do mesmo e quem executa este plano).

## 4.1. Aspectos externos à instituição

Nessa primeira área temática foram agrupados aqueles problemas que transcendem à instituição, e, por isso mesmo, não dependem exclusivamente dela o encaminhamento e a resolução dos mesmos.

Assim, foram apontados, nesse primeiro momento, dificuldades ou problemas que se referem a questões relativas às políticas salarial e de saúde concretizadas pelo SUS.

**Problema 1: posição de desvalorização do trabalho de saúde no sistema produtivo, sendo os salários não compatíveis com a responsabilidade que o trabalho exige e, por isso, desestimulante para o pessoal de enfermagem**

Do ponto de vista social, a base para esse desprestígio repousa no conjunto das políticas que o Estado tem adotado para a sociedade brasileira, incluindo as políticas de saúde. Na conjuntura atual, sem dúvida, a questão da restauração econômica tem merecido maior atenção do poder político, por razões que não nos cabem analisar neste texto. No entanto, aliada a esta restauração econômica, devem estar previstas outras questões, que irão implicar diretamente sobre a saúde, tais como, o aumento do poder aquisitivo dos trabalhadores, o ajuste tributário, para possibilitar ao Estado um maior investimento na área, a mudança na política de valorização do trabalho, além de tantas outras.

Ainda nesta esfera, há que se considerar, que tanto no setor público quanto no privado, o desprestígio da enfermagem se reflete diretamente nas condições de trabalho, nas jornadas intensas, no desestímulo e quase que impossibilidade de participar de programas de atualização e aperfeiçoamento, na ausência de locais adequados para vestiários, descanso e alimentação, enfim, em condições inadequadas de trabalho.

Por outro lado, qual o valor que a sociedade incorpora com relação ao trabalho manual? Que discussões têm sido feitas acerca da relação entre o valor social e o valor real deste trabalho? Que possibilidade é dada ao próprio trabalhador de discutir sobre seu trabalho?

Não é desconhecido o fato de que muitos trabalhadores da enfermagem necessitam ter dois ou mais empregos para atingirem um patamar de salário que lhes permita sobreviver. Com essa condição ou não, o fato é que o tempo livre de trabalho acaba sendo perturbado

pelo estresse advindo da situação característica do próprio trabalho, no sentido de estarem os trabalhadores em permanente contato com a dor, a morte e o sofrimento.

O grupo aponta, ainda, como proposta de encaminhamento a esse primeiro problema o incentivo à dedicação exclusiva num único emprego. Ciente de que essa questão não se esgota em qualquer simples discussão, o que gostaria de enfatizar, aqui, é que, “cuidar”, e é isso que os trabalhadores da área da saúde fazem, “(...) não ganha sentido e não tem valor, se não tiver em conta o que tem preço para as pessoas, o que tem sentido ou contribui para dar sentido à sua vida” (Collière, 1989, p. 335). E isso não é possível se o trabalhador não puder ter diferentes espaços para a vida - tempo livre, diferentes costumes e hábitos, outros lugares e culturas, beber em outras fontes de conhecimento. Submeter-se a, muitas vezes, mais de dois empregos, definitivamente inviabiliza qualquer possibilidade de uma assistência de qualidade, pela impossibilidade anterior que o trabalhador tem de viver sua própria vida com qualidade. Sem defender essa questão subjetiva como fonte exclusiva para o trabalho de má qualidade, sem dúvida, porém, ela ocupa lugar importante na gênese de relações incompletas, e até desumanas, entre assistente e usuário.

Assim, temos aspectos sociais e culturais que incorporam ao trabalho uma determinada característica - a de ser uma prática social, que transcende à vontade e ao desejo do trabalhador, ou seja, não é sempre possível a ele obter as condições ou ganhos que considera justos.

O valor real do trabalho está diretamente vinculado à necessidade que a sociedade tem do mesmo. No caso da enfermagem, do mesmo modo que da medicina e de outras profissões da saúde, é inegável que ele é necessário, imprescindível, muitas vezes. No entanto, essa mesma sociedade desvincula este trabalho do valor ligado à vida, à manutenção e reparação dela, de modo que a compensação financeira não tem sido proporcional a esse valor. Dai os salários serem baixos e as jornadas tão intensas, características perversas do sistema capitalista em que vivemos.

Na medida em que foram apontados certos encaminhamentos, pelo grupo, que se dirigiam às questões relativas ao SUS, e à organização dessa estrutura no seu interior, pode-se apontar um outro problema a seguir.

**Problema 2: política de saúde concretizada pelo SUS gera um modelo burocrático e centralizador**

É necessário sinalizar que este problema e outros dessa primeira temática são originários da síntese do que foi propriamente verbalizado pelos participantes, tendo sido inferido no desdobramento do que eles consideraram como “certo” e quais as estratégias para a sua concretização.

A proposição dos participantes prevê a necessidade da descentralização do poder, tanto na esfera federal quanto institucional, para possibilitar uma maior autonomia nas decisões. Além disso, propõem uma avaliação das causas das freqüentes reinternações, a possibilidade de ampliação do tratamento para o período após alta, de modo a obter uma maior resolutividade e qualidade de assistência e o desenvolvimento de vínculos efetivos com outras unidades assistenciais, o que nada mais é do que a implantação de um processo de referência e contra-referência.

Sobre a questão da centralização imposta pelo SUS (apesar de em sua filosofia pregar-se exatamente o oposto), há que se avaliar aspectos positivos, desde que seja estabelecida uma política de maior controle sobre o resultado das ações, em termos de qualidade e resolutividade, mais do que em termos de quantidade de serviços prestados, como vem ocorrendo, a tal ponto que o repasse de verbas fica vinculado a uma produtividade numérica nos mesmos moldes do setor produtivo geral. Sendo âmbitos diferentes, é de se supor outras referências para a avaliação do processo assistencial.

Em relação às reinternações, pode-se questionar se este é um problema exclusivo da estrutura dos serviços, da vontade dos sujeitos, ou se ocorrem implicações com os níveis mais gerais da produção da qualidade de vida. Apesar disso, a proposta colocada de estabelecimento de vínculos entre as instituição e os diversos setores da assistência à saúde e da sociedade em geral, pode proporcionar uma avaliação mais precisa das causas dessas re-internações, para que as soluções não fiquem sempre nos planos mais imediatos. De fato, esta questão corresponde ao âmbito externo à instituição, mas nada impede que haja iniciativa da mesma no sentido de minimizar as conseqüências de fatores sociais que interferem diretamente na ocorrência dessa situação.



Ao lado deste problema, temos, na Instituição estudada, uma outra situação tão séria quanto esta, que é a longa permanência hospitalar. Este fato, apesar de não ser externo à instituição, está diretamente ligado à desvalorização da vida, de modo que o sujeito torna-se um objeto de manipulação para a cura e o tratamento, ao invés de ser a prioridade e o foco de todo o trabalho para os que atuam na instituição. Aí temos uma inversão dos valores, tornando-se, portanto, uma questão ética, ligada às normas mais gerais da sociedade.

Protelar o tempo de internação por exclusiva necessidade do serviço, ou até mesmo inoperância de determinados setores, impõe a necessidade de reflexão sobre a moralidade desta conduta e clama por uma resposta à questão sobre quem é o verdadeiro cliente da instituição.

**QUADRO SÍNTESE DA CONSTRUÇÃO COLETIVA A PARTIR DAS QUATRO QUESTÕES NORTEADORAS DA PRIMEIRA ETAPA METODOLÓGICA.  
PARTE 1**

**ASPECTOS EXTERNOS À INSTITUIÇÃO**

<b>PROBLEMAS APONTADOS</b>	<b>O "CERTO" APONTADO</b>	<b>ILUSTRAÇÃO: "FALAS"</b>	<b>PLANO DE AÇÃO</b>	<b>CONDIÇÃO NECESSÁRIA PARA A EXECUÇÃO DO PLANO</b>	<b>QUEM EXECUTA O PLANO</b>
1- Salários inadequados ao trabalho desenvolvido a) Para muitos profissionais de enfermagem e medicina o HU tornou-se mais um emprego, um "bico", pois os salários não são compatíveis com a responsabilidade que o trabalho exige b) O salário é desestimulante para o pessoal de enfermagem.	1.1 - Valorização do sujeito trabalhador	<i>"Condições de trabalho adequadas: jornada de trabalho de 30 horas semanais, salário compatível com a responsabilidade que o trabalho exige, material de trabalho em quantidade e qualidade ideais, condições ambientais adequadas, compatibilizar interesse e habilidade profissional com a área de atuação do trabalhador."</i>  <i>(Júlia)</i>	Oficializar a jornada de trabalho de 30 horas semanais. Propiciar local adequado para lanche e descanso (um local por andar para lanche e um local concentrado para descanso ).  Piso salarial ( atualização do plano de carreira no que se refere à remuneração ).  Propiciar liberação para participar de cursos de atualização, graduação e pós-graduação.	Mobilização dos servidores e pressão junto à reitoria e direção geral do H.U. Mobilização dos servidores, cooperação da direção Reorganização do espaço físico.  Mobilização dos servidores através dos sindicatos na perspectiva de elaboração de novo plano de cargos e salários.  Elaboração, pela Diretoria de Enfermagem, de um plano de capacitação do pessoal de enfermagem.	Reitoria .  Direção Geral, Direção de Enfermagem e Pessoal de Enfermagem.        Sindicato dos Servidores e Servidores      Direção de Enfermagem e Pessoal de Enfermagem.

\* Resultado de 46 (quarenta e seis) encontros realizados com o grupo de representantes dos diversos locais do HU onde a enfermagem atua, no período compreendido entre agosto de 1994 e dezembro de 1995, momentos em que foram introduzidas as quatro questões norteadoras, com o objetivo de construir coletivamente a primeira etapa metodológica.

<p>1.2- Incentivo à dedicação exclusiva no trabalho.</p>	<p>" A gente devia lutar para que as pessoas tivessem um único emprego, porque a gente sabe o quanto atrapalha a organização do trabalho, mesmo essa coisa de : eu não posso vir à reunião, eu tenho que sair cedo, eu não</p>	<p>Apoyo financeiro para cursos de atualização e pós-graduação.</p> <p>Equidade de condições de trabalho a todos os servidores da UFSC.</p> <p>Priorizar, canalizar o interesse/desejo/aptidão do trabalhador às suas áreas de preferência.</p> <p>Introduzir, por local de trabalho, um psicólogo que abordasse no grupo as relações de trabalho e interpessoais e as questões referentes ao fato de trabalhar direta e diariamente com a dor, doença, morte e sofrimento.</p> <p>Favorecer/estimular a participação dos servidores em órgãos de classe para manter as categorias informadas acerca das lutas e nível nacional para revisão do plano de carreira do servidor público federal.</p>	<p>Participação da enfermagem no orçamento do hospital. Verificar junto aos órgãos financiadores possibilidade de concessão de bolsa ou auxílio financeiro.</p> <p>Mobilização do servidor do HU. Regulamentação das normas acerca das condições de trabalho dos servidores.</p> <p>Criação de mecanismos internos para alocar os trabalhadores conforme suas preferências.</p> <p>Contratação de psicólogos ou assessoria via departamento de psicologia.</p>	<p>Direção Geral, Diretoria de Enfermagem e pessoal de enfermagem.</p> <p>Reitoria com os diversos segmentos da UFSC.</p> <p>Direção de enfermagem e pessoal de enfermagem.</p> <p>Direção do hospital e de enfermagem.</p>
			<p>Sensibilização em nível federal para revisão do plano de carreira do servidor público federal.</p>	<p>Direção geral, Reitoria e Servidores.</p>

	<p><i>posso isso, eu não posso aquilo, essa coisa de dupla jornada, de tripla jornada. No entanto é necessário ter adequadas condições, salário adequado para poder ter um só emprego."</i> (Joana)</p>				
<p><b>2- Problema implícito (Política de Saúde concretizada pelo SUS gera um modelo burocrático e centralizador)</b></p>	<p>2.1- Descentralização do poder central, tanto em nível federal quanto da instituição - UFSC, para maior autonomia nas decisões .</p>	<p><i>"Um exemplo bem prático, quanto tempo tem a masculina? . Já está há um ano e ainda não tem uma chefe. Para vir tem que pedir pelo amor de Deus lá para Brasília para o presidente assinar" .</i> (Joice)</p>	<p>Articulação com as demais universidades e hospitais universitários.</p>	<p>Mobilização de todas as universidades brasileiras por mais autonomia nas decisões.</p>	<p>Direção Geral e Reitoria</p>
	<p>2.2- Evitar e/ou diminuir reinternações e facilitar a continuidade do tratamento após a alta.</p>	<p><i>"Porque todos os postos têm enfermeiro e com isso de certa forma forçaria que esses enfermeiros saíssem dos postos[...] Eles deveriam fazer visitas domiciliares. Se a gente não conseguir em nível de política institucional pelo menos uma política de enfermagem."</i> (Lia)</p>	<p>Promover a efetiva integração com as outras unidades assistenciais do município (referência e contra referência).</p>	<p>Formação de uma comissão inter-institucional.</p>	<p>Direção geral e Secretaria Estadual de saúde e Hospital Universitário.</p>

<p>2.3- Estabelecer vínculos com outras unidades que prestam assistência à população.</p>	<p><i>"Vê só, temos em Fpolis, acho que mais de 50 postos de saúde. Então por que não estabelecer um sistema de referência e contra referência? Essa questão é séria aqui no HU, porque quando vem a referência não tem a contra daqui (...) às vezes eles encaminham dos postos e não há daqui uma preocupação em fazer voltar".</i> <i>(Lia)</i></p>	<p>Fazer um levantamento dos recursos de saúde atuais no que se refere ao sistema de referência e contra referência.</p> <p>Criar mecanismos de divulgação dos serviços já existentes na comunidade.</p> <p>Fazer encaminhamentos conforme vínculos estabelecidos.</p> <p>Fazer encaminhamentos conforme vínculos estabelecidos.</p>	<p>Formação de uma comissão inter-institucional.</p> <p>Acesso aos meios de informação.</p> <p>Cumprir o instrumento de encaminhamento.</p>	<p>Secretaria Estadual de saúde e Hospital Universitário.</p> <p>A instituição e a comunidade</p> <p>A Equipe de saúde</p>
---	--	--	---	--

## 4.2. Aspectos internos à instituição

Naquilo que pertence ao domínio institucional foram agrupados os aspectos que pertencem ao modelo assistencial específico adotado, às normas, rotinas e padrões de funcionamento estabelecidos e às relações entre os profissionais que aí trabalham. A estrutura física, além do material, equipamentos e tecnologia adotada, também fazem parte do âmbito institucional.

**Problema 1: inadequação do modelo assistencial adotado**, ou seja, não priorização da qualidade da assistência, dificuldade em trabalhar o auto cuidado, período de internação prolongado, valorização das condições de trabalho em detrimento da qualidade da assistência e pouca flexibilidade nas rotinas. O primeiro agrupamento de problemas apontados está também ligado às Políticas Sociais e de Saúde adotadas pelo Estado. Dessa maneira, poderia estar associado a aspectos externos à instituição, porém, acredito que, ao posicioná-lo no interior da instituição, estou apontando como compromisso do HU a busca da inversão dessa situação. É possível, através dos diversos mecanismos apontados pelo grupo, que a instituição reveja seu papel, amplie seus objetivos, e explicita, claramente, através de vontade política, ética e técnica, quais os princípios gerais que norteiam sua prática.

Ao proceder à análise dessa questão, torna-se necessário colocar frente a frente os dois sujeitos envolvidos numa instituição hospitalar - os sujeitos hospitalizados e os sujeitos trabalhadores.

Enquanto, na maioria dos trabalhos exercidos, ocorre o encontro do homem com a matéria, o processo de trabalho, na saúde, se dá entre dois ou mais homens, onde cada parte detém elementos desse processo, ocorrendo um sistema de trocas, vindo de diversas fontes e estímulos. Na verdade, trabalhadores e sujeitos hospitalizados são parceiros sociais, cada qual com suas competências complementares, embora diferentes. Ou seja, é a partir das capacidades e recursos de cada um, intermediados pelo que a instituição pode oferecer, que se realiza esse processo.

Pensar, então, em qualidade da assistência e, conseqüentemente, pensar no sujeito hospitalizado, requer a necessidade de rever e refletir acerca da qualificação dos profissionais, à qualidade e à disponibilidade dos materiais e equipamentos, do compromisso

pessoal e profissional com os elementos envolvidos, das condições em que esse trabalho se desenvolve, entre tantos outros aspectos apontados pelo grupo. Ou seja, é necessária a revisão do modelo assistencial - administrativo adotado, pois ao omitir, ao não deixar claro ou mesmo escamotear a política assistencial - administrativa colocada, a instituição corre o risco de se tornar inoperante.

Ainda com relação a esse primeiro ponto, o grupo aponta a dificuldade dos trabalhadores em estimularem a aprendizagem do auto-cuidado. A perspectiva do auto-cuidado, apesar de não responder definitivamente pela resolução da questão da assistência, pode fazer parte de uma proposta institucional, no que se refere ao modelo assistencial. No entanto, o que se percebe, é que também pode ser uma questão externa à instituição, na medida em que culturalmente o brasileiro apresenta uma ambigüidade: se trata, se automédica, mas no hospital se entrega passivamente e espera ser cuidado.

Há uma instituição, controlada por pessoas que dominam, detêm determinado conhecimento, e há sujeitos que procuram essa instituição que são passivamente dominados e aceitam tudo o que lhes é oferecido. E mais, “necessitam” de alguém que controle a sua vida, porque esta, aparentemente, fugiu do seu controle. A sua segurança passa a ser a que o outro demonstra ao propor, ao imprimir, ao impor um determinado tratamento.

Na área de saúde, por razões culturais, há a negação da dúvida, da incerteza, da diversidade. Demonstrar dúvida, incerteza, sempre foi sinônimo de ignorância e insegurança. Por detrás dessa armadilha, não se possibilita uma relação dialética, onde dúvidas e certezas, a segurança e o medo, o igual e o diferente podem ser discutidos e, ainda e apesar disto, o sujeito que procura uma instituição hospitalar consiga se sentir tranquilo, seguro, disposto a correr o risco a que está submetido, porque admite que os profissionais sejam éticos e competentes.

E, por trás dessa situação, há toda uma ideologia generalizante e generalizável, (Collière, 1989, p. 279) de que tudo deva ser decidido pelo doente, sempre por livre escolha, pois as informações sobre uma enfermidade ou estado geral podem não pertencer

ao seu universo existencial. As pessoas se refugiam por detrás dessa ideologia\* . Ora, mas se refugiam de quem, para quem e por quem? E na prática, qual o significado dessa representação? E a quem interessa esse tipo de situação?

Será que não seria melhor aprender a “(...) viver o dilema da enfermagem, a reconhecer a diversidade das orientações profissionais no seio de grupos, de associações, de serviços, de instituições de saúde, a fim de identificar o que motiva e mobiliza a sua ação, em vez de a obliterar por detrás de ideologias formais” (Collière, 1989, p. 280)?

Seria mais interessante, mais verdadeiro e se teria menos ansiedade se, ao invés de reforçarmos e sermos cúmplices de um comportamento institucional, que tantas vezes rejeitamos e não concordamos, buscássemos enfrentar os questionamentos do sujeito hospitalizado, quando, tantas vezes, nos pergunta se tem alguma doença ruim, se vai morrer. Escondendo a verdade, respondemos tantas vezes que ele está cheio de vida, que não precisa ficar pensando bobagem, ou, então, passamos o problema adiante, sugerindo que pergunte ao médico. Será que, não poderíamos questionar com ele, a razão da pergunta e do que ele tem receio?

Com mudanças tão simples de atitude, estaremos com outro modelo que pode, gradativamente, alterar a nossa prática, tentando outras opções para o nosso trabalho, nos fortalecendo junto ao sujeito que cuidamos, encontrando com ele, quem sabe, alguns caminhos que possamos trilhar juntos.

O confronto, o enfrentamento, a diversidade, faz parte do nosso trabalho. Respostas prontas, iguais, rotinizadas e normatizadas são apropriadas em esquemas rígidos, inflexíveis. Agora, o homem, tanto quem executa a ação como quem a recebe, é múltiplo, elástico, diverso, e necessita de amplitude, abertura. E isso só será possível se vivermos, experimentarmos, praticarmos, no nosso dia a dia, ações fundadas na ética e na competência. Isso pode nos permitir um diálogo e uma relação, em que a decisão não seja nem com arrogância de quem supõe saber mais e que isto lhe autoriza a poder mais, nem com a desconsideração de quem tem mais o que fazer, além de prestar uma atenção humana

---

\* *Ideologia entendida como a construção de um sistema de idéias que substitui o real, a ponto de se pensar e acreditar que essas idéias são o real. O real consiste na inserção das situações no meio do trabalho, diretamente influenciadas pelos hábitos, crenças, valores, veiculados nesse meio. É certamente possível ter uma ideologia dos cuidados de enfermagem. No entanto, é, certamente, impossível e irreal, dizer-se que ela pode ser transposta e vivida na realidade (Collière, 1989).*



a um indivíduo com seus carecimentos. E aí quem faz a opção são os dois - o sujeito hospitalizado e o sujeito trabalhador. Além do mais, é um fardo muito grande deixar que só uma pessoa decida, mesmo que no âmbito técnico.

### **Problema 2: dificuldade em visualizar o cliente como ser integral**

Apesar de ser possível colocar no primeiro agrupamento de problemas a questão da dificuldade em visualizar o cliente como ser integral, uma vez que a mesma está diretamente relacionada ao modelo assistencial adotado, é proposital a análise em separado, em função da sua importância neste estudo.

Para o encaminhamento de solução para esse problema, o grupo prevê mudanças nas relações da instituição como um todo com o sujeito hospitalizado. Aponta a necessidade de um atendimento igualitário, e reforça a questão da qualidade da assistência ao sujeito hospitalizado, através de amplo acesso às informações sobre o seu estado, respeito aos seus valores e crenças, oportunidade de uma avaliação da assistência prestada a ele, bem como uma participação ativa na mesma, de modo que haja adequação do espaço ocupado, e que o trabalho seja organizado em função dele.

O grupo demonstra também a preocupação de um compromisso ético com a evolução científica, apontando o compromisso de incentivo à pesquisa e garantia de formação continuada.

### **Problema 3: dificuldade em compatibilizar o conhecimento teórico à prática diária**

Por que é tão difícil aplicar a teoria que encontramos nos livros, nos questionamentos e reflexões sobre a prática? Acredito que isto se deva, principalmente, à diversidade dos sujeitos envolvidos no processo assistencial, tanto no que se refere à sua concepção geral e específica do trabalho, quanto ao que se refere aos compromissos pessoais.

Quando um autor ou autores propõem determinado encaminhamento teórico ou determinado “método” a executar, na verdade, na maioria das vezes apresentam uma “receita” a aplicar, uma prescrição a cumprir. Esquecem que estão diante de um processo que envolve no mínimo duas pessoas, ou seja, aplicar qualquer proposição na enfermagem significa que *sempre haverá alguém que executa e alguém que recebe o cuidado*. E tanto quem executa como quem recebe a ação, são únicos, singulares. E além da singularidade de

cada sujeito há o meio, o ambiente em que esse processo se dá. Esse meio, no seu conjunto, estabelece seus limites, seus valores e suas crenças, em nível individual e coletivo.

Há que se ter em mente, portanto, que o “instrumento” a aplicar, pode ser o mesmo, no entanto, quem o aplica, quem o recebe, as circunstâncias e as condições de quem aplica e de quem o recebe e o ambiente em que este instrumento é aplicado podem ser diversificados. Entender e aceitar isso significa concordar que, na verdade, *o que determina e imprime qualidade à assistência não é só o método ou o instrumento a ser aplicado, mas sim, também, e, principalmente, a disposição e as condições de quem o aplica.*

Parece que, ao levantar este aspecto, o grupo critica o próprio trabalho desenvolvido. Ao apontar como “certos” vários aspectos que envolvem o sujeito hospitalizado, tais como a possibilidade de receber visita em qualquer horário, o respeito à sua individualidade, o direito à privacidade no que diz respeito ao seu corpo, a possibilidade de ter acompanhante em qualquer situação, desde que ele assim o deseje, a garantia de uma assistência de qualidade, a sua participação bem como de seus familiares na assistência, o acesso a todas as informações que lhe digam respeito e o atendimento rápido ao seu chamado, o grupo, no meu entendimento, deixa claro que estes aspectos, sem levantar aqui as razões de isto ocorrer, pois não é este o caso, não estão sendo levados em consideração. E me parece que, na nossa cultura, essas questões são relevantes para que um indivíduo possa ser sujeito de sua vida e exercer plenamente o seu direito de cidadão. Ao fazer isso, o grupo reforça a necessidade de alteração da prática diária, a necessidade do envolvimento e compromisso dos trabalhadores em assumir uma postura ética, que os possibilite encarar de frente a questão: para que prestar uma assistência de qualidade, se temos péssimas condições de trabalho e somos tão desvalorizados socialmente? Em que medida temos que nos comprometer com o usuário, se não temos uma resposta efetiva de quem assumiu um compromisso conosco?

Um outro encaminhamento a este aspecto é a proposta de uma assistência, cuja base teórico-filosófica é a integralidade do sujeito hospitalizado, ao apontar ações que visam respeito às suas crenças e valores, o acesso às informações que lhe dizem respeito, o direito à privacidade, o seu rápido e igualitário atendimento, a participação ativa nas decisões que o envolvem, a avaliação das normas e rotinas estabelecidas, além da formação continuada e o compromisso profissional daqueles que prestam assistência.

Falar em compromisso pessoal e profissional dos trabalhadores é expressar que esse envolvimento está diariamente ligado às condições de trabalho. E a questão das condições de trabalho pode ser analisada como basilar para a qualidade no trabalho, ou seja, um trabalhador satisfeito e respeitado se torna um trabalhador respeitador e ético.

#### **Problema 4: desvalorização do trabalho e do trabalhador**

O que se percebe hoje é que, o trabalhador necessita ampliar o seu papel e o seu espaço no interior da instituição. A real profissionalização do trabalho na saúde parece estar sendo introjetada pelos que prestam assistência. Assim, o grupo sugere ampliação daquelas reivindicações postas há tantas décadas nas reflexões em torno do trabalho na área da saúde.

Ao propor respaldo ao trabalhador, gestão participativa, o favorecimento de formação de espaço intersubjetivo, interposição de tecnologias de apoio ao trabalho, entre outros, o grupo de participantes parece perceber que o trabalho da enfermagem passa, ou tenta passar, por momentos de transformação, começando a se apresentar uma mudança na imagem da enfermeira e a explicitação de uma identidade profissional, o que exige a demarcação de um conhecimento próprio ao mesmo tempo em que atitudes e comportamentos possam ser reconstruídos e incorporados ao conhecimento técnico.

Ao indicar como proposta de ação a criação de espaço intersubjetivo que lhe permita expressar-se como pessoa total, como o outro sujeito que também quer ser visto na sua integralidade, ao solicitar acesso às informações sobre o trabalho e a instituição, ao verbalizar a necessidade de novas relações de poder na instituição, através de gestão participativa, ao exigir respaldo ao seu trabalho, ao apontar que a formação continuada é também compromisso da instituição, parece estar ocorrendo uma mudança de comportamento e atitude, situação em que o trabalhador tenta ser sujeito de sua vida, vida esta que lhe possa possibilitar uma maior autonomia, poder de decisão, e, conseqüentemente, uma vida cheia de sentido, com mais liberdade, criatividade e dignidade.

#### **Problema 5: inadequação dos serviços de apoio e material**

Os problemas relativos à rouparia, raio X, laboratório, manutenção, entre outros, já se tornaram crônicos, ocorrendo praticamente desde a inauguração do HU, em 1980.

Há aspectos que se referem à infra-estrutura em si e outros relativos às atribuições e qualificação dos trabalhadores nesses serviços.

O grupo aponta como sugestões, a interposição de tecnologias de apoio ao trabalho, uma efetiva integração interprofissional, número de pessoal quantitativo e qualitativamente adequados para que seja prestada uma assistência de qualidade e um fluxo de informações institucionais ágil e aberto.

### **Problema 6: dificuldades nas relações de trabalho**

Não vamos repetir aqui o processo histórico de formação dos profissionais de saúde, pois esse aspecto já vem sendo discutido amplamente por vários autores. No entanto, não podemos deixar de registrar, que há desigualdades no tratamento aos diversos profissionais da área. Nogueira (1994), médico de profissão, enfatiza que, atualmente, o verdadeiro cliente da instituição é o médico, e que, ao adotar esta política, as instituições criam oportunidades para que haja tantos conflitos no interior das mesmas.

O grupo aponta para o encaminhamento dessa questão a necessidade de definição e explicitação de uma política institucional que conduza, entre outras, às propostas apontadas no primeiro agrupamento de problemas dos aspectos internos à instituição, as quais devem ser amplamente discutidas, divulgadas e atualizadas periodicamente.

Propõe, ainda, entre outros aspectos, uma efetiva integração profissional, onde as diversas categorias profissionais possam discutir acerca de como se dá o seu processo de trabalho, numa perspectiva de multidisciplinaridade, de modo que os diversos trabalhos sejam vistos como complementares e interdependentes entre si.

O grupo aponta, também, como uma possível solução para as dificuldades colocadas, a autonomia no exercício do trabalho. Penso que esta pode ser uma posição equivocada, na medida em que o trabalho em saúde se coloca como um processo coletivo, onde áreas técnicas específicas, tais como, a medicina, enfermagem, farmácia, odontologia, serviço social, entre outros, compõem o todo. A enfermagem é parte desse conjunto e também contém "(...) um processo onde as diferentes categorias compartilham parcelas desse trabalho para compor um conjunto complementar e interdependente referido ao todo" (Almeida et al., 1990, p. 49). O que se pode pensar é que, cada profissão, dentro das suas características e especificidades, pode realizar o seu trabalho dentro de uma autonomia

relativa, sem nunca perder de vista o processo mais geral do trabalho em saúde. A enfermagem é, sim, um serviço especializado, uma profissão que, em determinados momentos é meio para a realização de outros trabalhos e, em determinados momentos, tem finalidade própria, ao realizar o seu trabalho, especificamente.

Supõe, ainda, a possibilidade de um compromisso profissional, em que a assistência seja organizada em função do sujeito hospitalizado, tendo como consequência uma assistência de qualidade, redirecionando a finalidade do trabalho para o sujeito hospitalizado.

#### **Problema 7: indefinição do papel do enfermeiro no âmbito hospitalar**

Ao colocar que a enfermagem resolve problemas que não são da sua competência, questionamos qual seria, então, a sua especificidade. Apresentamos ao debate a focalização do trabalho da enfermagem. Gostaria de registrar aqui que, a enfermagem, ao resolver problemas relativos à rouparia, raio X, transporte de paciente, entre outros, pode estar visualizando o sujeito hospitalizado na sua integralidade, ao mesmo tempo que cumpre o seu papel de gestor das unidades de internação. Isto não impede, muito pelo contrário, facilita, e muito, como propõe o grupo, de que o fluxo de trabalho seja reorganizado, considerando a especificidade de cada atividade e o respeito aos papéis profissionais.

#### **Problema 8: falta de cooperação docente assistencial**

Por ser um Hospital-Escola, essa questão é deveras significativa. O grupo vem apontando a cooperação docente assistencial como a solução para o impasse de diversos problemas levantados. Há necessidade de se entender esta cooperação como um processo, no qual, a partir de projetos específicos, se analise a área em que os mesmos serão desenvolvidos, as instituições participantes, as pessoas-chave para a sua implementação, e as características da comunidade alvo da prestação de serviços. E, dentro da conjuntura de cada projeto, há que se compatibilizar critérios técnicos e a ação político-filosófica dos sistemas formador e de serviço, bem como do sistema social que os engloba.

No HU, foi instituída a chamada Integração Docente Assistencial a partir da sua inauguração, uma vez que estava assegurada, em nível regimental, a presença de docentes no processo assistencial dessa instituição. No entanto, ainda hoje, após 15 (quinze) anos de funcionamento, os “ranços” dessa relação docente/assistencial são diariamente postos, ao

não se promover uma ampla e profunda reflexão acerca de tema tão complexo, ao não comprometer realmente os envolvidos, pela ausência de uma política assistencial clara e participativa. Poderíamos acrescentar dificuldades de várias ordens para esta necessária cooperação: objetivos diferenciados dos sistemas formador e prestador de assistência, locais diferenciados para o exercício das atividades, duplicidade de funções, entre outras.

Dentre as propostas apontadas pelo grupo destacam-se a criação de uma instância permanente de debates relativos ao ensino, pesquisa e extensão, entre a Direção Geral e os Departamentos que atuam no HU, bem como a ampliação do papel da Divisão Auxiliar de Pessoal, buscando apoio nos Departamentos de Ensino, tais como, Pedagogia, Psicologia, Sociologia, Filosofia, entre outros.

#### **Problema 9: dificuldade em desenvolver a interdisciplinaridade**

Interdisciplinaridade é uma questão filosófica e depende de compromissos coletivos. Ela pressupõe a “necessidade do trabalho cooperativo e a perspectiva da perda da autonomia corporativista”(Leopardi, s/d).

Buscar integração pode significar a tentativa de quebra da hegemonia no interior da instituição, mas isso ainda não significa interdisciplinaridade, que “(...) pressupõe um comunalismo qualquer, um princípio de unidade que proporcione condições de possibilidade de trânsito de uma disciplina para outra” (Etges, 1993, p. 6).

Penso que a perspectiva da interdisciplinaridade possa ser buscada como uma tentativa de dar conta da complexidade da realidade construída, através de projetos coletivos que busquem responder questões que se apresentam insolúveis do ponto de vista unidisciplinares (Leopardi, s/d).

No interior das instituições de saúde, independente do caráter legal colocado às diversas profissões, pode-se afirmar que hoje esta possibilidade ainda permanece no plano da utopia.

Dentre as propostas de encaminhamento, a esta questão, o grupo aponta a promoção de encontros onde as diversas categorias profissionais apresentassem como se dá o seu processo de trabalho, na perspectiva de construção de uma nova práxis.

**QUADRO SÍNTESE DA CONSTRUÇÃO COLETIVA A PARTIR DAS QUATRO QUESTÕES NORTEADORAS DA PRIMEIRA ETAPA METODOLÓGICA**

**PARTE 2 - ASPECTOS INTERNOS À INSTITUIÇÃO**

<b>PROBLEMAS APONTADOS</b>	<b>O "CERTO" APONTADO</b>	<b>ILUSTRAÇÃO: "FALAS"</b>	<b>PLANO DE AÇÃO</b>	<b>CONDIÇÃO NECESSÁRIA PARA EXECUÇÃO DO PLANO</b>	<b>QUEM EXECUTA O PLANO</b>
<p>1- Inadequação do modelo assistencial adotado</p> <p>a) Não priorização da qualidade da assistência.</p> <p>- Valorização das condições de trabalho em detrimento da qualidade da assistência (qual é o verdadeiro cliente da instituição?).</p> <p>b) - Período de internação é prolongado, há falta de resolutividade, interferindo na qualidade de vida do indivíduo hospitalizado.</p> <p>c) - Rotinas pouco flexíveis, excesso de tramitação de papéis</p>	<p>1.1- Definição e explicitação de uma política institucional partindo de princípios gerais norteadores da prática, que seja amplamente discutida, divulgada e atualizada (dinâmica no sentido de acompanhar as mudanças).</p>	<p>"A política institucional deve res-ponder o que é a instituição, onde quer chegar (definir objetivos e metas), quem é atendido, quem atende". (Estela)</p>	<p>Realizar um seminário para definir a Política Institucional do HU, incluindo debates acerca da sua Filosofia e Objetivos, Regimento, Modelo Assistencial e Administrativo, Plano de capacitação, entre outros.</p> <p>Proposta de encaminhamento do seminário:</p> <p>- Reuniões prévias em todos os setores do HU, departamentos e alunos para: levantamento das dificuldades na realização do seu trabalho; levantamento das dificuldades na inter-relação com os demais setores e que interferem na qualidade do trabalho; encaminhamento de propostas para a resolução dos problemas levantados; e escolha dos representantes para participar do seminário.</p> <p>- Representação dos: técnicos administrativos do HU; docentes do CCS, alunos, representantes da comunidade</p>	<p>Que a Direção encampe a idéia.</p>	<p>Direção geral em conjunto com demais diretorias, coordenadores de cursos, representantes da comunidade.</p>

<p>d) - Dificuldade de trabalhar o autocuidado (é mais fácil fazer do que ensinar).</p>	<p>1.2- Garantia de formação continuada.</p>	<p><i>“Favorecer, garantir a educação continuada: liberação para cursos, encontros, estudos no período de trabalho, incentivo à pesquisa”.</i> (Marília).</p>	<p>Elaborar uma política de capacitação geral para o HU, com base nas normas da UFSC, que garanta liberação e reposição para Obertura dos afastamentos.</p>	<p>Formação de uma comissão formada pelas diversas categorias profissionais para elaborar o plano.</p>	<p>Direção Geral e Conselho Diretor do HU.</p>
<p>1.3- Compromisso profissional.</p>	<p><i>“[...] ser um elemento de transformação é objetivo de vida de cada um [...] para que a nossa passagem por ali não seja em vão”.</i> (Yara)</p>	<p>Assistir ao cliente com equidade, na sua uniciversidade, visando o atendimento globalizado.</p> <p>Incluir na assistência os familiares</p> <p>Avaliar, manusear e utilizar adequadamente o material fornecido.</p> <p>Reconhecer e valorizar os aspectos positivos (compromisso) e as potencialidades do trabalhador.</p> <p>Por ser um hospital escola ter o compromisso de contribuir para o processo ensino-aprendizagem.</p>	<p>Instrumentalizar o trabalhador no sentido de apreender e desenvolver um modelo de atendimento globalizado.</p> <p>Que os familiares tenham acesso às informações e decisões e participem efetivamente da assistência.</p> <p>A instituição deve fornecer o material adequado e suficiente para o desenvolvimento do trabalho.</p> <p>Que o enfermeiro coordenador da equipe esteja atento ao grupo em que atua.</p> <p>Que haja uma efetiva integração docente assistencial onde todos os envolvidos tenham acesso ao conhecimento e se envolvam na programação das atividades de ensino.</p>	<p>Comissão de Educação em Serviço e Equipe de Enfermagem.</p> <p>Comissão de Educação em Serviço e Equipe de Enfermagem.</p> <p>Direção, Cheffias e Equipe de Enfermagem.</p> <p>Chefia e Equipe de Enfermagem.</p> <p>Docentes e Equipe de Enfermagem.</p>	<p>Comissão de Educação em Serviço e Equipe de Enfermagem.</p> <p>Comissão de Educação em Serviço e Equipe de Enfermagem.</p> <p>Direção, Cheffias e Equipe de Enfermagem.</p> <p>Chefia e Equipe de Enfermagem.</p> <p>Docentes e Equipe de Enfermagem.</p>



1.4- Incentivo à dedicação exclusiva no trabalho.	<p>"Se as pessoas tivessem um único emprego talvez as coisas funcionassem de uma maneira melhor". (Joana)</p>	<p>Por se tratar de uma instituição que lida diretamente com o ser humano, ter o compromisso de prestar uma assistência de qualidade.</p>	<p>Favorecer/estimular a participação dos servidores em órgãos de classe para manter as categorias informadas acerca das lutas em nível nacional para revisão do plano de carreira do servidor público federal.</p>	<p>Compromisso profissional, condições de trabalho adequadas e formação continuada que possibilite estar atento às inovações e mudanças contínuas no trabalho.</p>	<p>Toda enfermagem.</p>
1.5- Estabelecer um maior controle dos materiais e equipamentos do hospital.	<p>"Esse controle para mim significa várias coisas. Uma é controle na questão que a gente chegou a discutir, dos roubos, da segurança. Outra é de ter uma manutenção periódica de equipamentos para evitar o lixo e evitar</p>	<p>Estabelecer programa de manutenção periódica para a instituição, relacionados à parte hidráulica, elétrica, equipamentos e materiais.</p> <p>Definir os responsáveis pelos diversos equipamentos do HU.</p>	<p>Elaborar programa de educação continuada para o pessoal da manutenção, no sentido de instrumentalizá-los para a realização desta atividade.</p> <p>Elaborar escala de manutenção de equipamentos com cronograma para execução do mesmo.</p> <p>Fazer um levantamento dos equipamentos existentes no HU (funcionando ou não), apontando a sua localização.</p>	<p>Diretoria Administrativa, manutenção e engenharia elétrica/biomédica.</p> <p>Direção Geral e Diretoria de Administração.</p>	<p>Direção Geral, Reitoria e Servidores.</p>

	<p>que o aparelho saia de circulação a) quando está totalmente estragado e daí fica sem. Também essa coisa de recuperação dos materiais". (Estela)</p>			
<p>1.6- Diminuir o tempo de permanência no hospital (muitas vezes se aguarda até dois meses para fazer uma cirurgia).</p>	<p>"Se a administração, enquanto direção, se envolvesse com essas questões saberia porque o paciente está tanto tempo no hospital. O paciente entra em depressão, fica ansioso, não consegue mais dormir, tudo isso porque está aqui há muito tempo. Por outro lado, se</p>	<p>Articulação efetiva entre os postos de saúde e ambulatorio para que sejam criadas condições de atendimento à comunidade que procura o H.U. Que os clientes fossem encaminhados para internação com diagnóstico e exames prontos e aqueles que fossem submetter-se à cirurgia eletiva se internassem na véspera da cirurgia com data previamente planejada. Organizar serviços de apoio (laboratório, raio X, lavanderia, entre outros) no sentido de agilizar o tratamento, ou, como última opção, terceirizar os serviços que não corresponderem ao esperado. Conscientização da equipe médica no sentido de priorizar o lado humano do sujeito hospitalizado</p>	<p>Postos de saúde funcionando para um atendimento adequado à população.  Equipe de saúde e serviços de apoio mais eficazes  Informatização dos serviços de apoio. Realizar programas de treinamento para os serviços de apoio</p>	<p>Política governamental.  Administração do hospital e Equipe de Saúde.  Direção Geral e Divisão Auxiliar de Pessoal  Direção Geral  Direção Geral</p>
			<p>Cobrança da Direção Geral, no sentido</p>	<p>Direção Geral</p>

	<p><i>ele já se internasse com todos os exames poderia cumprir com o objetivo do hospital".</i> (Ísis)</p>	<p>Que a direção do hospital implantasse um instrumento que justificasse o excesso de dias de internação e o cancelamento dos procedimentos.</p>	<p>de agilizar as altas. Operacionalização pela direção do HU</p>	
<p>1.7- Que a assistência fosse organizada em função do sujeito hospitalizado.</p>	<p><i>"A gente sempre faz a assistência em função do médico. Não se pergunta para o paciente como que se vai fazer para ele, como é que ele quer que seja feito para ele. A gente já tem tudo programado como fazer tal coisa, e não como fazer para determinado paciente."</i> (Joana)</p>	<p>Que na proposta de método de assistência se realizasse no levantamento de dados na internação perguntas de como gostaria de ser atendido pela enfermagem em relação aos hábitos pessoais, alimentares, crenças, entre outros. Realizar e afixar em local acessível ao cliente ambulatorial uma escala dos horários médicos. Incluir telefone da chefia médica. Colocar na política da instituição compromisso de organizar a assistência em função do sujeito hospitalizado e adotar medidas concretas para o efetivo atendimento do sujeito hospitalizado.</p>	<p>Conscientização dos enfermeiros acerca da humanização da assistência.  Que a chefia médica acate a sugestão e implemente a idéia. Conscientização dos dirigentes em encampar a idéia.</p>	<p>Diretoria de Enfermagem  Diretoria de Medicina. Direção Geral mais comissão de revisão da política da instituição.</p>

<p>1.8- Que seja garantido ao sujeito hospitalizado uma assistência de qualidade.</p>	<p><i>“Parece que ao mesmo tempo que existe uma queixa com relação à qualidade da assistência médica, acho que a gente devia repensar a nossa) qualidade. Por isso que percebo que há uma cumplicidade, todo mundo faz o mínimo, dá o mínimo, ninguém se incomoda, deixa tudo como está. Se eu chatear o médico, ele vai pegar no meu pé porque a diurese não foi anotada, ou porque não foi feita tal coisa. Então</i></p>	<p>Estabelecer condições para que o sujeito hospitalizado tenha uma assistência de qualidade. Condições no que se refere a instalações físicas, material permanente e de consumo e pessoal (onde as diversas categorias profissionais utilizassem a sua formação para uma finalidade comum: o homem hospitalizado). Obs: basicamente todos os itens apontados nos planos de ação visam, incluem a qualidade da assistência.</p>	<p>Exercício da interdisciplinaridade e multidisciplinaridade. O estabelecimento de uma política institucional.</p>	<p>Profissionais envolvidos na assistência e Direção Geral. Direção, Comissão de Educação em serviço e toda equipe de enfermagem.</p>
---	---	---	---	---

<p>1.9- Respeitar a individualidade (uni-diversidade) do sujeito hospitalizado.</p>	<p><i>parece que há uma cumplicidade, um jogo de aparente tranquilidade e as coisas não estão bem e não é de hoje e parece que as coisas estão se agravando. E daí a gente fica pensando: é o paciente que tem que mudar? O paciente que tem que ver o outro lado?"</i> (Andréa)</p>	<p>Conhecer o cliente e suas necessidades básicas afetadas</p> <p>Orientar o cliente sobre cada procedimento a ser realizado, respeitando sua privacidade</p> <p>Respeitar seus hábitos e costumes, considerando os limites que a instituição coloca.</p>	<p>Equipe de enfermagem deve estar consciente da importância de se respeitar a individualidade do cliente.</p> <p>Estabelecer um método de assistência que possibilite abordar estas questões. Fazer um levantamento sobre hábitos e costumes de cada cliente.</p>	<p>Equipe de enfermagem</p> <p>Diretoria de Enfermagem</p>
---	--	---	--	--

gente talvez  
pareça  
normal, por-  
que talvez uma  
outra  
categoria que  
é o médico faz  
coisas mais  
pesadas do  
que a gente  
faz. Mas eu  
acho que no  
dia a dia, nas  
coisas  
pequenas a  
gente fere  
muito, de al-  
guma forma,  
acho que até  
pela própria  
situação dele  
mesmo, a  
gente não  
pergunta, a  
gente vai, a  
gente como  
pro-fessor e  
como aluno,  
cumpre a  
tarefa que tem  
que cumprir”.  
(Andréa)

<p>1.10- Ter um sistema de avaliação que possibilite ao paciente expressar a qualidade da assistência recebida.</p>	<p><i>“Por enquanto só tem dois parâmetros, um que coloca anúncio no jornal agradecendo médicos e demais funcionários e outro que faz alta a pedido”.</i> (Yara)</p>	<p>Elaborar um instrumento para avaliação do serviço prestado na instituição e dirigido ao sujeito hospitalizado</p>	<p>Formação de uma equipe para elaborar o instrumento acessível a nossa clientela</p>	<p>Direção Geral</p>
<p>1.11- Ter participação ativa e dinâmica em sua assistência hospitalar.</p>	<p><i>“Os pacientes às vezes falam dessas coisas para a gente e daí na frente do médico, mesmo que tu vás em defesa deles eles dizem que não tem problema e não sei mais o que e fica resolvido. Eu não agüento sabe, eu ando irritada com isso, em nível ambulatorial isso é muito</i></p>	<p>Estimular o cliente no seu autocuidado envolvendo a família no período de internação bem como conscientizar o sujeito hospitalizado e sua família de seus direitos e deveres.</p>	<p>Conscientização do pessoal de enfermagem da importância do ensino e orientação do cliente e familiares.  Que haja interesse do cliente e seus familiares na participação das questões referentes à internação.</p>	<p>Equipe de enfermagem, equipe de saúde, cliente e familiares.</p>

<p><i>sério porque eles chegam no balcão e querem bater na recepcionista, querem quebrar o vidro, querem isso, querem aquilo. O médico chega, botam o rabinho entre as pernas e ficam quietos e está tudo bem, tudo. Resolvido. Eu fico doente com isso". (Estela)</i></p>			
<p>1.12- Ao interar-se que houvesse um instrumento que colocasse um questionamento acerca de como gostaria de ser atendido pela enfermagem.</p>	<p>Que na proposta de método de assistência fosse contemplado esse item .</p>	<p>Que seja elaborada uma proposta de método de assistência.</p>	<p>Diretoria de Enfermagem.</p>
	<p><i>"Eu acho que esse instrumento para nós é o próprio histórico, uma coisa a ser colocada na própria proposta do método". (Joice)</i></p>		



<p><b>2- Dificuldade em visualizar o cliente como ser integral.</b></p>	<p>2.1. Definição e explicitação de uma política institucional partindo de princípios gerais norteadores da prática, que seja amplamente discutida, divulgada e atualizada (dinâmica no sentido de acompanhar as mudanças).</p>	<p><i>"A política institucional deve contemplar a definição das suas áreas de atuação (ensino, assistência, pesquisa ou outras áreas se houver)."</i> <i>(Isabela)</i></p>	<p>Realizar um seminário para definir a Política Institucional do HU, incluindo debates acerca da sua Filosofia e Objetivos, Regimento, Modelo Assistencial e Administrativo, Plano de capacitação, entre outros. Proposta de encaminhamento do seminário: -Reuniões prévias em todos os setores do HU, departamentos e alunos para: levantamento das dificuldades na realização do seu trabalho; levantamento das dificuldades na inter-relação com os demais setores e que interferem na qualidade do trabalho; encaminhamento de propostas para a resolução dos problemas levantados; e escolha dos representantes para participar do seminário. Representação dos: técnicos administrativos do HU. docentes do CCS. alunos. representantes.</p>	<p>Que a Direção encampe a idéia.</p>	<p>Direção Geral em conjunto com demais diretorias, coordenadores de cursos, centros acadêmicos e representantes da comunidade.</p>
<p>2.2 Incentivo à pesquisa</p>	<p>"Se a gente tivesse acima da gente um coordenador</p>	<p>Divulgar os mecanismos de acesso aos órgãos financiadores de pesquisa.</p>	<p>Que a instituição, através do Centro de Estudos, busque informações junto aos órgãos competentes da Universidade.</p>	<p>Direção Geral e Centro de Estudos. Divisão Auxiliar de</p>	

<p><i>daquela equipe que incentivasse. Falta isso, faltam cabeças que pensem, que não estejam contaminadas só pela assistência em si. Falta ca-beça pra mim que estou na chefia do serviço, falta porque eu não sou incentivada, eu não incentivo as pessoas que eu coordeno. Então acho que falta de cima, falta alguém incentivando isso aí. Não é só liberação, não é só chance para poder sair".</i> (Joana)</p>	<p>Favorecer a liberação dos funcionários para participar de jornadas, congressos, cursos de aperfeiçoamento, especialização, mestrado e doutorado.</p> <p>Criar assessoria para grupos de pesquisa.</p> <p>Implantar núcleos de pesquisa no HU e estimular a participação nos núcleos de pesquisa já consolidados da UFSC.</p>	<p>Rodizio para liberação para os eventos quando há vários interessados no mesmo setor.</p> <p>Auxílio financeiro para quem vai apresentar trabalho em eventos.</p> <p>Garantir liberação para mestrado e doutorado em tempo integral, asseguradas as normas da UFSC, com garantias de cobertura.</p> <p>Promover cursos sobre metodologia de pesquisa.</p> <p>Envolver pós-graduandos do HU e departamentos de ensino.</p> <p>Identificar recursos humanos interessados e capacitados para tal.</p> <p>Adquirir Equipamentos (ex: microcomputadores ligados a outras universidades e bibliotecas com fax-modem), área física e financiamento para executar os projetos.</p>	<p>Pessoal com respectivas chefias do pessoal envolvido.</p> <p>Direção Geral</p> <p>Direção Geral</p> <p>Centro de Estudos</p> <p>Direção Geral e Departamentos de Ensino</p> <p>Direção Geral, Centro de Estudos e interessados</p>
--	---	--	---

<p>2.3- Garantia de formação continuada</p>	<p>“Por exemplo, acesso a livros, biblioteca [...] deveria ter uma política institucional nesse sentido”. (Lia)</p>	<p>Elaborar uma política de capacitação geral para o HU, com base nas normas da UFSC, que garanta liberação e reposição para cobertura dos afastamentos.</p>	<p>Formação de uma comissão formada pelas diversas categorias profissionais para elaborar o plano.</p>	<p>Direção Geral e Conselho Diretor do HU.</p>
<p>2.4- Reorganização interna do trabalho, a partir da democratização do pensar e do fazer, onde o planejamento e a execução são coletivos.</p>	<p>“Acho que é a questão da referência também. Parece assim que o enfermeiro é dono da unidade e ele tem que resolver todas as coisas. Então acaba resolvendo mesmo. Eu não estou dizendo que isso é o certo. Eu estou dizendo que é o que</p>	<p>Buscar uma metodologia de assistência que sustente a especificidade do trabalho da enfermagem na perspectiva de principalmente ver o sujeito hospitalizado em sua individualidade (uni-diversidade) e onde toda a equipe possa planejar e executar as atividades a serem desenvolvidas.</p> <p>Buscar que todos os setores formem equipes de trabalho em todos os períodos, visando assistir ao sujeito hospitalizado de forma globalizada.</p> <p>Buscar avaliação democrática em</p>	<p>Discussão ampla com a equipe de enfermagem do que significa enfermagem, trabalho em equipe, método de assistência, sujeito hospitalizado. Estabelecer uma comissão permanente de mobilização quanto à importância da metodologia.</p> <p>Fazer com que todos acreditem no trabalho em equipe, através de discussão ampla com as categorias</p> <p>Instrumentalizar os enfermeiros e equipe para realização das avaliações. Garantir avaliação conjunta da equipe por</p>	<p>Diretoria de Enfermagem como um todo, ou seja, discussão a partir das seções, no sentido de formar embasamento e conjunto de crenças que subsidiem a elaboração desta metodologia.</p> <p>Diretoria de Enfermagem</p> <p>Diretoria de Enfermagem, Comissão de Educação em Serviço</p> <p>Seções.</p>

<p><i>acontece, parece que ele é o dono da unidade. Então tudo vai pra ele, todo o fluxo de informações, tudo o que acontece na unidade, tudo que tem que ser resolvido acaba indo para o enfermeiro. E daí, se o enfermeiro quer resolver tudo mesmo, ele acaba resolvendo tudo".</i></p> <p>(Joice)</p>	<p>todos sentidos e não apenas vertical, aprimorando as relações de trabalho através da busca de objetivos comuns.</p> <p>Buscar integração entre seções do mesmo serviço, dos serviços e divisões.</p> <p>Rever atribuições do pessoal de enfermagem periodicamente, por equipe de trabalho, no sentido de adequá-las às mudanças.</p> <p>Criar comissão permanente composta pelas diversas categorias para atualizar atribuições.</p> <p>Buscar adequar as rotinas às necessidades do sujeito hospitalizado e não apenas ao sujeito trabalhador.</p> <p>Que o enfermeiro e a equipe percebam a supervisão como um processo educativo.</p> <p>Separar as atividades administrativas ligadas à assistência das atividades</p>	<p>torno e por setor.</p> <p>Fazer um trabalho de "conscientização" entre chefias e equipe de enfermagem buscando maior integração.</p> <p>Discutir nas seções periodicamente as atribuições.</p> <p>Discutir amplamente as rotinas e conscientizar os trabalhadores de que a prioridade é o sujeito hospitalizado.</p> <p>Elaborar programa que instrumentalize os enfermeiros na realização da supervisão, de forma dinâmica e que os motivem.</p> <p>Promover debates com a equipe de enfermagem acerca do entendimento de supervisão.</p> <p>Rever atribuições da equipe de enfermagem no sentido de adequá-las às mudanças.</p>	<p>Diretoria de Enfermagem</p> <p>Enfermeiros com sua equipe.</p> <p>Diretoria de Enfermagem como um todo.</p> <p>Direção Geral e Diretorias</p> <p>Comissão de Educação em Serviço e chefias.</p> <p>Diretoria de Enfermagem.</p>
---	---	--	--

		<p>administrativas gerais.</p> <p>Formar equipes de trabalho compostas por enfermeiros, auxiliares e / ou técnicos de enfermagem ( estabelecer o número máximo de pacientes a assistir) onde o planejamento e a distribuição das atividades pudessem ser discutidos obedecendo os critérios de complexidade da atividade e os de afinidade com o cuidado a desempenhar.</p> <p>Que houvesse escriturários no período diurno ( até às 19 horas ) e nos feriados e finais de semana (essa cobertura poderia ser feita por bolsistas).</p>	<p>Discutir nas seções periodicamente as atribuições.</p> <p>Número suficiente de equipes de trabalho.</p>	<p>Enfermeiros com sua equipe.</p> <p>Direção Geral e Diretoria de Enfermagem.</p>
<p>2.5- Reorganização do espaço físico do sujeito hospitalizado.</p>	<p><i>"A organização do espaço físico deveria ser responsabilizada de da Enfermagem, obedecendo ao princípio de organizar em função do sujeito</i></p>	<p>Colocar os pacientes mais graves próximos ao posto de enfermagem. ( Determinar número de leitos por especialidade sem no entanto aloca-los .)</p>	<p>Ampliar o número de escriturários e abertura de vagas para bolsistas.</p> <p>Que a chefia de seção e o chefe do respectivo serviço de medicina envolvido coordenassem os debates para viabilizar a proposta no sentido de dar autonomia à enfermagem para tomar as condutas necessárias à reorganização do espaço físico do sujeito hospitalizado.</p>	<p>Direção Geral e Diretoria de Enfermagem.</p> <p>Diretoria de Medicina, Diretoria de Enfermagem e Seções.</p>

<p>2.6- Que seja garantido ao sujeito hospitalizado uma assistência de qualidade.</p>	<p><i>hospitalizado” (Marília)</i>  <i>“Eu acho o seguinte, com o número de pessoas que a gente tem deveria ter melhorado. Pode ser que a coisa tenha até se mantido como era ou que houve uma piora.” (Joana)</i></p>	<p>Estabelecer condições para que o sujeito hospitalizado tenha uma assistência de qualidade.          Condições no que se refere a instalações físicas, material permanente e de consumo e pessoal (onde as diversas categorias profissionais utilizassem a sua formação para uma finalidade comum: o homem hospitalizado).          Obs: basicamente todos os itens apontados nos planos de ação visam, incluem a qualidade da assistência.</p>	<p>Exercício da interdisciplinaridade e multidisciplinaridade.          O estabelecimento de uma política institucional.</p>	<p>Profissionais envolvidos na assistência e Direção Geral.          Direção, Comissão de Educação em Serviço e toda equipe de enfermagem.</p>
<p>2.7- Respeitar a individualidade (unidiversidade) do sujeito hospitalizado.</p>	<p><i>“A gente no hospital interrompe hábitos pessoais que chacoalham mesmo (...) a gente vai cercando, cercando...” (Yara)</i></p>	<p>Conhecer o cliente e suas necessidades básicas afetadas.          Orientar o cliente sobre cada procedimento a ser realizado.          Respeitar a sua privacidade          Respeitar seus hábitos e costumes, considerando os limites que a instituição coloca.</p>	<p>Equipe de enfermagem deve estar consciente da importância de se respeitar a individualidade do cliente          Estabelecer um método de assistência que possibilite abordar estas questões.          Fazer um levantamento sobre hábitos e costumes de cada cliente</p>	<p>Equipe de enfermagem</p>

<p>2.8- Que independente da cor, sexo, idade, nacionalidade, o sujeito hospitalizado fosse atendido de forma igual, isto é, fosse tratado como cidadão.</p>	<p>"...Gostaria muito de ver esse principio aplicado em todos os locais do hospital". (Ísis)</p>	<p>A equipe de enfermagem deve assegurar ao cliente um tratamento igualitário. O cliente deve estar ciente de seus direitos.</p>	<p>Equipe de enfermagem ciente dos direitos do cidadão, assim como todo serviço de apoio.</p>	<p>Equipe de enfermagem e serviços de apoio.</p>
<p>2.9- Ter participação ativa e dinâmica em sua assistência hospitalar.</p>	<p>"Será que é possível isso? O paciente já vem preparado para ser atendido do jeito que o hospital quer, ele tem receio de falar..." (Júlia)</p>	<p>Estimular o cliente no seu autocuidado envolvendo a família no período de internação bem como conscientizar o sujeito hospitalizado e sua família de seus direitos e deveres.</p>	<p>Conscientização do pessoal de enfermagem da importância do ensino e orientação do cliente e familiares. Que haja interesse do cliente e seus familiares na participação das questões referentes à internação.</p>	<p>Equipe de enfermagem, equipe de saúde, cliente e familiares.</p>
<p>2.10- Direito à privacidade no que diz respeito ao seu corpo.</p>	<p>"Às vezes a enfermagem está prestando um cuidado, chega aquele monte de estudantes e o paciente fica exposto lá, nem todos os pacientes</p>	<p>Ao prestar cuidados que expõem o cliente à equipe de enfermagem, não pode esquecer do uso de biombo ou lençóis para garantir sua privacidade. Deve-se expor somente a região da realização do cuidado.</p>	<p>Fazer um trabalho de conscientização da equipe de enfermagem sobre o direitos que o cliente tem à privacidade.</p>	<p>Comissão de Educação em Serviço, chefias de enfermagem e enfermeiros</p>

	<p><i>gostam, a gente percebe isso aí". (Joice)</i></p>			
<p>2.11- Garantia de respeito à crença religiosa e caso o paciente solicite possibilitar o acesso do líder religioso.</p>	<p><i>"Existem intervenções de religiosos, sem respeito às crenças dos pacientes, como por exemplo, as irmãs que vem distribuir comu-nhão para todos os pacientes e os pastores de igrejas evangélicas (crentes) que "pregam" em todos os quartos, tentando con-quistar adeptos à sua crença religiosa." Lia)</i></p>	<p>Respeitar a crença religiosa do cliente e favorecer visita de líder religioso caso o cliente solicite, independente de crença religiosa.</p>	<p>Equipe de saúde ciente dos direitos à crença religiosa de cada cliente.</p>	<p>Equipe de saúde.</p>



<p>2.12- Ao intermar-se que houvesse um instrumento que colocasse um questionamento acerca de como gostaria de ser atendido pela enfermagem.</p>	<p>"(...) Não seria tão mais fácil perguntar como ele gostaria de ser atendido?" (Andréa)</p>	<p>Que na proposta de método de assistência fosse contemplado esse item.</p>	<p>Que seja elaborada uma proposta de método de assistência.</p>	<p>Diretoria de Enfermagem.</p>
<p>2.13- Que o sujeito hospitalizado pudesse subir para internação em qualquer horário.</p>	<p>" O paciente de ambulatório chegava lá e se internava às 5 e meia da tarde, até ficar pronta a internação e tal e não pôde subir porque o leito estava ocupado ou por qualquer outra coisa. Dai, às 6 horas, não tem mais ninguém no ambulatório e eles levam ele</p>	<p>Que as unidades de internação se organizassem, na passagem de plantão, no sentido de manter alguém da enfermagem no posto de enfermagem.</p>	<p>Que as unidades de internação assumam a proposta.</p>	<p>Diretoria de Enfermagem.</p>

---

para a  
emergência  
porque a essa  
hora não  
podia mais  
subir, porque  
é norma, era  
uma hora  
antes da  
passagem de  
planião e uma  
hora depois.  
Então ele  
ficava das 6 às  
8 esperando,  
depois das 8  
ele subia. Dai  
ia para a  
unidade,  
ficava sem  
comida e  
acabava não  
comendo em  
lugar nenhum  
nessas alturas.  
Porque no  
ambulatório  
não podia  
pedir comida,  
porque não  
tinha lugar  
para comer, ia  
comer no  
corredor, não

---

	<p><i>dá , não tem condições. Na emergência já passou o horário da janta e na unidade quando ele chegou já passou até o horário do lanche noturno, daí fica sem. Agora no momento não vem acontecendo isso, fica meia hora só, não sobe das 7 às 7 e meia que a pessoal está na sala, para passagem de plantão”.</i></p> <p><i>(Estela)</i></p>			
<p>2.14- Possibilidade de receber visita em qualquer horário.</p>	<p>“As normas do hospital são muito rígidas em relação à visita, deveria ter mais</p>	<p>Liberação do horário de visitas até às 22 horas, desde que com limitação do número de pessoas no quarto do cliente. (Orientar cliente e familiares para que se organizem evitando acúmulo de</p>	<p>Sensibilizar a direção do hospital para liberação do horário de visitas.</p>	<p>Equipe de enfermagem juntamente com suas chefias.</p>

<p><i>flexibilidade.</i>  <i>A visita</i>  <i>deveria ser</i>  <i>permitida em</i>  <i>qualquer</i>  <i>horário, até</i>  <i>para possibi-</i>  <i>litar que a</i>  <i>família tivesse</i>  <i>mais acesso à</i>  <i>informação</i>  <i>médica" (Isis)</i></p>	<p>visitas em horário)</p>		
<p>2.15- Atender rapidamente ao chamado do paciente.</p> <p>1. "Tem a questão da campanha, alguns pacientes não têm paciência mesmo, mas tem vezes que demora, gente, pelo amor de Deus, tem gente que faz de conta que não escuta mesmo. Passa pela campanha dez vezes e faz de conta que não escutou. Tem</p>	<p>Ver a assistência ao cliente como prioridade da equipe de enfermagem.</p>	<p>Ter uma equipe de enfermagem comprometida com a assistência.</p>	<p>Equipe de enfermagem.</p>

	<p><i>gente que passa embaixo da luz acesa, passa reto [...] Tocou a campainha, ah, eles têm que aprender a esperar, vou lavar a minha mão, vou passar o meu creminho, depois vou lá atender".</i> (Yara)</p>			
<p>2.16- Possibilitar, na medida do possível, privacidade para os pacientes em estado terminal.</p>	<p>"(...)Privacidade -de nessa hora é fundamental, não é?" (Júlia)</p>	<p>Possibilitar, na medida do possível, aos clientes em estado terminal instalações privativas.</p>	<p>Conscientizar a equipe de saúde e a administração do hospital da necessidade de ambiente adequado para pacientes terminais, para proporcionar aos familiares e clientes maior tranquilidade para enfrentar este momento.</p>	<p>Administração do hospital e equipe de saúde.</p>
<p>2.17- Que o sujeito hospitalizado tenha acesso a todas as informações que lhe digam respeito (acesso ao prontuário e outras</p>	<p>" Ainda há um mês atrás tinha um familiar de um paciente e ele estava acompanhando sempre e ele queria ver o</p>	<p>Favorecer e estimular o exercício da cidadania do sujeito hospitalizado.</p>	<p>O exercício da cidadania do sujeito hospitalizado.</p>	<p>A instituição como um todo nos mais diversos segmentos.</p>

informações ).	<p><i>resultado de um exame e a enfermeira não deixou ele olhar. Ainda disse assim: ai que chato esse familiar toda hora procurando o prontuário. Entendeste? E ele estava super interessado". (Isis)</i></p>			
3- Dificuldade em compatibilizar o conhecimento teórico à prática diária.	<p>3.1- Garantia de formação continuada</p> <p><i>"(...) enfim, ter formação que possibilite o crescimento individual e coletivo, de acordo com os interesses do sujeito e da instituição em seu conjunto." (Lia)</i></p>	<p>Elaborar uma política de capacitação geral para o HU, com base nas normas da UFSC, que garanta liberação e reposição para cobertura dos afastamentos.</p>	<p>Formação de uma comissão formada pelas diversas categorias profissionais para elaborar o plano.</p>	<p>Direção Geral e Conselho Diretor do HU.</p>
3.2- Compromisso profissional	<p><i>"Compromisso com a população assistida em oferecer um</i></p>	<p>Assistir ao cliente com equidade, na sua uniciversidade, visando ao atendimento globalizado.</p> <p>Incluir na assistência os</p>	<p>Instrumentalizar o trabalhador no sentido de apreender e desenvolver um modelo de atendimento globalizado.</p> <p>Que os familiares tenham acesso às</p>	<p>Comissão de Educação em Serviço e equipe de enfermagem.</p> <p>Comissão de Educação em</p>

<p>3.3- Criar mecanismo de avaliação periódica de normas e rotinas estabelecidas.</p>	<p><i>trabalho de qualidade". (Isabela)</i></p>	<p>familiares</p> <p>Avaliar, manusear e utilizar adequadamente o material fornecido.</p> <p>Reconhecer e valorizar os aspectos positivos (compromisso) e as potencialidades do trabalhador.</p> <p>Por ser um hospital escola ter o compromisso de contribuir para o processo ensino-aprendizagem.</p> <p>Por se tratar de uma instituição que lida diretamente com o ser humano ter o compromisso de prestar uma assistência de qualidade.</p>	<p>informações e decisões e participem efetivamente da assistência.</p> <p>A instituição deve fornecer o material adequado e suficiente para o desenvolvimento do trabalho.</p> <p>Que o enfermeiro coordenador da equipe esteja atento ao grupo em que atua.</p> <p>Que haja uma efetiva cooperação assistencial onde todos os envolvidos tenham acesso ao conhecimento e se envolvam na programação das atividades de ensino.</p> <p>Compromisso profissional, condições de trabalho adequadas, e formação continuada que possibilite estar atento às inovações e mudanças contínuas no trabalho.</p>	<p>Serviço e equipe de enfermagem.</p> <p>Direção, chefias e equipe de enfermagem.</p> <p>Chefia e equipe de enfermagem.</p> <p>Docentes e equipe de enfermagem.</p> <p>Toda enfermagem.</p>
<p>3.3- Criar mecanismo de avaliação periódica de normas e rotinas estabelecidas.</p>	<p><i>"Tem uma norma e depois ninguém mais sabe porque aquilo está instituído. Mas por que tu fizeste isso? Ah, não sei, foi dito que era</i></p>	<p>Formar uma comissão permanente para estabelecer normas e rotinas da instituição e revisá-las periodicamente, levando em consideração principalmente as áreas críticas, tais como, vigilância, recepção, laboratório, serviço de prontuário, entre outros.</p>	<p>Conscientização crítico-reflexiva dos trabalhadores do hospital com relação a determinadas normas e rotinas.</p>	<p>Diretoria de Enfermagem e Comissão de Educação em Serviço.</p>

	<p><i>para fazer assim, há quinze anos que a gente faz assim. Então tem que se ter mecanismos para avaliar isso aí, a cada dois ou seis meses vamos avaliar, por exemplo, a norma para acompanhantes da pediatria ou a norma de acompanhante lá da tua unidade."</i> (Ísis)</p>	<p>"Acho que, na maioria das vezes, quando se entra no hospital não se é mais cidadão."</p> <p>(Júlia)</p>		<p>A equipe de enfermagem deve assegurar ao cliente um tratamento igualitário. O cliente deve estar ciente de seus direitos.</p>	<p>Equipe de enfermagem deve assegurar ao cliente um tratamento igualitário. O cliente deve estar ciente de seus direitos.</p>
<p>3.4- Que independente da cor, sexo, idade, nacionalidade, o sujeito hospitalizado fosse atendido de forma igual, isto é, fosse tratado como cidadão.</p>				<p>Equipe de enfermagem ciente dos direitos do cidadão, assim como todos os serviços de apoio.</p>	<p>Equipe de enfermagem e os serviços de apoio.</p>



<p>3.5- Atender rapidamente ao chamado do paciente</p>	<p><i>"Quantas vezes já existiu isso: Não, eles têm que aprender a esperar! Eles tem que aprender que campainha não é imediato!"</i> (Yara)</p>	<p>Ver a assistência ao cliente como prioridade da equipe de enfermagem.</p> <p>Cliente deve estar consciente de seus direitos e deveres.</p>	<p>Ter uma equipe de enfermagem comprometida com a assistência..</p> <p>Orientação ao sujeito hospitalizado acerca de seus direitos e deveres.</p>	<p>Equipe de enfermagem.</p> <p>Sujeito hospitalizado e equipe de saúde.</p>
<p>3.6- Respeitar a individualidade (univ ersidade) do sujeito hospitalizado.</p>	<p><i>"Se a gente for pegar por esse sentido do respeito à individualidade, tem que desmanchar a estrutura desse hospital e começar do zero."</i> (Joana)</p>	<p>Conhecer o cliente e suas necessidades básicas afetadas</p> <p>Orientar o cliente sobre cada procedimento a ser realizado., respeitando sua privacidade.</p> <p>Respeitar seus hábitos e costumes, considerando os limites que a instituição coloca.</p>	<p>Equipe de enfermagem deve estar consciente da importância de se respeitar a individualidade do cliente.</p> <p>Estabelecer um método de assistência que possibilite abordar estas questões.</p> <p>Fazer um levantamento sobre hábitos e costumes de cada cliente</p>	<p>Equipe de enfermagem</p> <p>Equipe de enfermagem</p> <p>Equipe de enfermagem</p>
<p>3.7- Possibilidade de receber visita em qualquer horário.</p>	<p><i>"É difícil porque é tudo padronizado. A gente estabelece normas para tudo, mas para tudo, a inflexibilidade impera."</i> (Yara)</p>	<p>Liberação do horário de visitas até às 22 horas, desde que com limitação do número de pessoas no quarto do cliente. (Orientar cliente e familiares para que se organizem evitando acúmulo de visitas em um horário).</p>	<p>Sensibilizar a direção do hospital para liberação do horário de visitas.</p>	<p>Equipe de enfermagem juntamente com suas chefias.</p>

<p>3.8- Direito à privacidade no que diz respeito ao seu corpo.</p>	<p>“A gente vê os outros pela gente. E o perigo é a gente perder aquele negócio assim. Eu, por exemplo, tenho vergonha de me mostrar, tenho, tenho sim. O perigo é eu pensar que o outro não está tendo vergonha, a gente vai perdendo essa coisa com o tempo”. (Joana)</p>	<p>Ao prestar cuidados que exponham o cliente a equipe, de enfermagem não pode esquecer do uso de biombo ou lençóis para garantir sua privacidade. Deve-se expor somente a região da realização do cuidado.</p>	<p>Fazer um trabalho de conscientização da equipe de enfermagem sobre os direitos que o cliente tem à privacidade.</p>	<p>Comissão de Educação em Serviço, chefias de enfermagem e equipe de enfermagem.</p>
<p>3.9- Ter acompanhante em qualquer situação desde que o paciente deseje.</p>	<p>“Também diminui o trabalho da enfermeira. E para o paciente que vai para casa, que precisa de cuidados, a família é treinada. A família polívia o tratamento, tanto de enfermagem quanto médico,</p>	<p>Liberar acompanhante, independente do estado do cliente, caso ele deseje.</p> <p>Orientar acompanhante sobre normas e rotinas da seção e seus direitos e deveres.</p> <p>Criar condições para que o acompanhante fique bem acomodado (no mínimo poltrona reclinável e banheiro coletivo para acompanhante)</p>	<p>Sensibilizar a direção do hospital para liberação do acompanhante.</p> <p>Equipe de enfermagem deve ser preparada para trabalhar com acompanhante.</p> <p>Elaborar normas para acompanhantes.</p> <p>Prover as unidades de internação de acomodações adequadas ao acompanhante.</p> <p>Fazer um acompanhamento através do serviço social para liberação de refeições.</p>	<p>Direção do hospital e equipe de saúde</p> <p>Comissão de Educação em Serviço.</p> <p>Chefias de enfermagem.</p> <p>Chefias de enfermagem.</p>

	<p><i>eu acho isso ótimo. A campanha tocou, tu vais atender, porque se o acompanhante não veio até o balcão, é porque alguma coisa está acontecendo".</i> (Joice)</p>			
<p>3.10- Garantia de sigilo das informações a seu respeito.</p>	<p><i>"Isso é o maior perigo, a gente de vez em quando se perde. Eu sei de várias pessoas que contam coisas das pacientes em pleno ônibus. Quer dizer, realmente, o sigilo".</i> (Joana)</p>	<p>Treinamento com a equipe de enfermagem onde sejam abordados princípios éticos e ética profissional.</p>	<p>Garantir ao cliente o sigilo das informações a seu respeito.</p>	<p>Chefias e Comissão de Educação em Serviço.</p>
<p>3.11- Garantia de respeito à crença religiosa e caso o paciente solicite, possibilitar o acesso do líder religioso.</p>	<p><i>"Eu gostaria de poder contar com ajuda religiosa se algum dia fosse hospitalizada."</i> (Joana)</p>	<p>Estudo do código de ética da enfermagem.</p> <p>Respeitar a crença religiosa do cliente e favorecer visita de líder religioso caso o cliente solicite, independente de crença religiosa</p>	<p>Formar grupos de estudos</p> <p>Equipe de saúde ciente dos direitos à crença religiosa de cada cliente.</p>	<p>Toda a enfermagem</p> <p>Equipe de saúde.</p>

<p>3.12- Possibilitar, na medida do possível, a privacidade para os pacientes em estado terminal.</p>	<p>"Há determinados momentos na vida da gente que a privacidade é fundamental (...) esse é um deles." (Andréa)</p>	<p>Providenciar, na medida do possível, aos clientes em estado terminal, instalações privativas.</p>	<p>Conscientizar a equipe de saúde e a administração do hospital da necessidade de ambiente adequado para pacientes terminais, para proporcionar aos familiares e clientes maior tranquilidade para enfrentar este momento.</p>	<p>Administração do hospital e equipe de saúde.</p>
<p>3.13- Que seja garantido ao sujeito hospitalizado uma assistência de qualidade.</p>	<p>"(...) Por isso que às vezes a gente escuta uns muito obrigado que vêm da alma (...) porque talvez até então ele não tivesse recebido essa atenção." (Yara)</p>	<p>Estabelecer condições para que o sujeito hospitalizado tenha uma assistência de qualidade. Condições no que se refere a instalações físicas, material permanente e de consumo e pessoal (onde as diversas categorias profissionais utilizassem a sua formação para uma finalidade comum: o homem hospitalizado. Obs: basicamente todos os itens apontados nos planos de ação visam, incluem a qualidade da assistência.</p>	<p>Exercício da interdisciplinaridade e multidisciplinaridade. O estabelecimento de uma política institucional.</p>	<p>Profissionais envolvidos na assistência e Direção Geral. Direção, Comissão de Educação em Serviço e toda equipe de enfermagem.</p>
<p>3.14- Ter participação ativa e dinâmica em sua assistência hospitalar.</p>	<p>"Por que não envolver o paciente em todas as atividades que lhe dizem respeito?" (Andréa)</p>	<p>Estimular o cliente no seu autocuidado envolvendo a família no período de internação bem como conscientizar o sujeito hospitalizado e sua família de seus direitos e deveres.</p>	<p>Conscientização do pessoal de enfermagem da importância do ensino e orientação do cliente e familiares. Que haja interesse do cliente e seus familiares na participação das questões referentes à internação.</p>	<p>Equipe de enfermagem, equipe de saúde, cliente e familiares.</p>

<p>3.15- Que o sujeito hospitalizado tenha acesso a todas as informações que lhe digam respeito (acesso ao prontuário e outras informações).</p>	<p>"<i>Aqueles direitos e deveres que a gente estabeleceu para o paciente não saiu do papel (...) estou com vontade de publicar no jornal do HU, pois está engavetado em algum lugar e nunca foi divulgado.</i>" (Lia)</p>	<p>Favorecer e estimular o exercício da cidadania do sujeito hospitalizado.</p>	<p>O exercício da cidadania do sujeito hospitalizado.</p>	<p>A instituição como um todo nos mais diversos segmentos.</p>
<p>4 -Desvalorização do trabalho e do trabalhador a) A instituição de uma maneira geral não valoriza os funcionários. b) Inadequação do material c) Local inadequado para descanso</p>	<p>4.1- Gestão participativa (nova relação de poder institucional). " [...] acho que no sentido de dar possibilidade, que o trabalhador numa unidade também possa saber o que está acontecendo, que possa interferir, dar sua opinião, ver o que é mais prioritário. Na verdade, as</p>	<p>Manter reuniões mensais nos setores para discutir problemas específicos e questões gerais do HU.</p>	<p>Participação de todos os funcionários.</p>	<p>Direção Geral, chefias e representantes do Conselho Diretor.</p>

<p>4.2- Respaldo ao trabalhador.</p>	<p><i>grandes decisões são tomadas em nível de direção, no máximo com o aval das chefias, e o trabalhador, que está lá dando duro na unidade nem sabe o que está acontecendo”.</i> (Isis)</p>	<p>Que os trabalhadores, através de sua práxis, de certa maneira “forcem” levem a instituição a respaldar e valorizar o seu processo de trabalho.</p>	<p>Que os trabalhadores incorporem essa nova “práxis”</p>	<p>Profissionais de saúde.</p>
	<p>“Respaldo quer dizer, por trás do que eu digo, por trás do que eu faço tem coisas registradas, decisões tomadas, comportamentos, coisas em comum, padronizadas, que me dão segurança de dizer: essa informação eu não dou por telefone”. (Yara)</p>			

4.3- Incentivo à dedicação exclusiva no trabalho.	<i>"Acredito que se as pessoas tivessem uma boa remuneração elas não precisariam trabalhar em dois, três empregos."</i> (Lia)	Favorecer estimular a participação dos servidores em órgãos de classe para manter as categorias informadas acerca das lutas em nível nacional para revisão do plano de carreira do servidor público federal.	Sensibilização em nível federal para revisão do plano de carreira do servidor público federal.	Direção Geral, Reitoria e Servidores.
4.4- Garantia de formação continuada	<i>"Formação que garante a unificação, em definitivo, da teoria e prática".</i> (Lia)	Elaborar uma política de capacitação geral para o HU, com base nas normas da UFSC, que garanta liberação e reposição para cobertura dos afastamentos.	Formação de uma comissão formada pelas diversas categorias profissionais para elaborar o plano.	Direção Geral e Conselho Diretor do HU.
4.5- Valorização do sujeito trabalhador	<i>"[...] o hospital cresceu em 15 anos e nada se modificou, a demanda cresce, as condições mantêm-se insalubres e inadequadas para determinados serviços".</i> (Júlia)	<p>Oficializar a jornada de trabalho de 30 horas semanais.</p> <p>Propiciar local adequado para lanche e descanso (um local ampliado, por andar, para lanche, e um local concentrado para descanso).</p> <p>Piso salarial (atualização do plano de carreira no que se refere à remuneração).</p> <p>Propiciar liberação para participar de cursos de</p>	<p>Mobilização dos servidores e pressão junto à Reitoria e Direção Geral do HU</p> <p>Mobilização dos servidores, cooperação da Direção</p> <p>Reorganização do espaço físico.</p> <p>Mobilização dos servidores através dos sindicatos na perspectiva de elaboração de novo plano de cargos e salários.</p> <p>Elaboração, pela Diretoria de Enfermagem, de um plano de</p>	<p>Reitoria.</p> <p>Direção Geral, Direção de Enfermagem e pessoal de enfermagem.</p> <p>Sindicato dos Servidores e servidores</p> <p>Direção de Enfermagem e pessoal de enfermagem.</p>

<p>4.6- Acesso à informação sobre o trabalho e instituição.</p>	<p>“Acesso à informação dos deveres, das coisas mais gerais, saber o que está acontecendo em ter) mos de enfermagem dentro e fora da instituição</p>	<p>atualização, graduação e pós-graduação.          Apoio financeiro para cursos de atualização e pós-graduação.          Equidade de condições de trabalho a todos os servidores da UFSC.          Priorizar, canalizar o interesse/desejo/aptidão do trabalhador às suas áreas de preferência.          Introduzir, por local de trabalho, um psicólogo que abordasse no grupo as relações de trabalho e interpessoais e as questões referentes ao fato de trabalhar direta e diariamente com a dor, doença, morte e sofrimento.          Realização de um seminário anual para avaliação e atualização do planejamento plurianual com divulgação dos resultados.</p>	<p>capacitação do pessoal de enfermagem.          Participação da enfermagem no orçamento do hospital. Verificar junto aos órgãos financiadores possibilidade de concessão de bolsa ou auxílio financeiro.          Mobilização do servidor do HU.          Regulamentação das normas acerca das condições de trabalho dos servidores.          Criação de mecanismos internos para alocar os trabalhadores conforme suas preferências.          Contratação de psicólogos ou assessoria via departamento de psicologia.</p>	<p>Direção Geral, Diretoria de Enfermagem e pessoal de enfermagem.          Reitoria com os diversos segmentos da UFSC.          Direção de Enfermagem e pessoal de enfermagem.          Direção do hospital e de enfermagem.</p>
			<p>Reuniões setoriais para discussão, elaboração de propostas e escolha de representantes além das chefias.</p>	<p>Direção Geral e chefias.</p>



	[...]. (Lia			
4.7- Interposição de tecnologias de apoio ao trabalho.	"Interpor entre o sujeito e o trabalho tecnologia apropriada que possibilita a diminuição de tarefas repetitivas (mas que não prejudiquem o sujeito hospitalizado) permitindo ao sujeito trabalhador maior autonomia ao seu tempo disponível". (Andréa)	Equipar adequadamente o hospital com tecnologia de ponta, evitando o contínuo deslocamento tanto do sujeito trabalhador como do sujeito hospitalizado para outras instituições (para realizar exames) Equipar as unidades com computadores para facilitar a realização da metodologia, pesquisa, para evitar o extravio de exames de laboratório, arquivar manuais de normas, procedimentos e rotinas, fazer pedidos de farmácia, almoxarifado, solicitação de serviço, etc.	Elaborar projeto para aquisição de equipamentos e entre estes, computadores.  Fazer programa de educação continuada que permita o uso da informática.	Direção.  Comissão de Educação em Serviço e Divisão Auxiliar de Pessoal.
4.8- Favorecer a formação de espaço intersubjetivo.	"Ser humano é ser completo, é também trazer os problemas de fora, é também levar os problemas daqui para lá, A gente interage na vida como um todo. Ai tu chegas aqui, tu tens que	Promover cursos, encontros e oficinas por grupo de trabalho para abordar a questão da humanização.  Promover confraternizações com todos os servidores.	Convidar especialistas da área de ciências humanas e sociais, relações de trabalho, entre outros.  Disponibilidade de alguns servidores para promover encontros. Cobertura do pessoal no turno que acontece o evento.	Comissão de Educação em Serviço  Direção de enfermagem e pessoal de enfermagem.

<p>4.9- Que seja garantido ao sujeito hospitalizado uma assistência de qualidade</p>	<p><i>"Em um outro hospital que eu trabalhava o doente entrava com problema na próstata s tinha um atendimento ruim de enfermagem, mas com oito</i></p>	<p>Estabelecer condições para que o sujeito hospitalizado tenha uma assistência de qualidade. Condições no que se refere às instalações físicas, material permanente e de consumo e de pessoal (onde as diversas categorias profissionais utilizassem a sua formação para uma finalidade</p>	<p>Exercício da interdisciplinaridade e multidisciplinaridade. O estabelecimento de uma política institucional.</p>	<p>Profissionais envolvidos na assistência e Direção Geral. Direção, Comissão de Educação em Serviço e toda equipe de enfermagem.</p>
<p><i>ser frio, tu tens que ter uma relação im-pessoal com o doente, e não é isso, humanização. Humanização é tu seres pessoa, tu seres gente e vivenciar uma experiência de vida com o outro e partilhar com ele, e na verdade o que pedem para gente é o contrário disso".</i> <i>(Isis</i></p>				

<p>5- Serviços de apoio não funcionam adequadamente (laboratórios, manutenção, Rx, entre outros)</p>	<p>5.1- Que seja garantido ao sujeito hospitalizado uma assistência de qualidade.</p>	<p><i>dias saia. Aqui ele tem um atendimento bom de enfermagem mas ele fica dois meses para ser atendido. De que maneira a gente está economizando os gastos públicos?" (Isis)</i></p>	<p>comum: o homem hospitalizado. Obs: basicamente todos os itens apontados nos planos de ação visam, incluem a qualidade da assistência.</p>		
			<p>Estabelecer condições para que o sujeito hospitalizado tenha uma assistência de qualidade. Condições no que se refere à instalações físicas, material permanente e de consumo e pessoal (onde as diversas categorias profissionais utilizassem a sua formação para uma finalidade comum: o homem hospitalizado. Obs: basicamente todos os itens apontados nos planos de ação visam, incluem a qualidade da assistência.</p>	<p>Exercício da interdisciplinaridade e multidisciplinaridade. O estabelecimento de uma política institucional.</p>	<p>Profissionais envolvidos na assistência e Direção Geral. Direção, Comissão de Educação em Serviço e toda equipe de enfermagem.</p>

5.2- Acesso à informação sobre o trabalho e instituição.	"Sempre, toda vida." ( <i>Andréa</i> )	Realização de um seminário anual para avaliação e atualização do planejamento plurianual com divulgação dos resultados.	Reuniões setoriais para discussão, elaboração de propostas e escolha de representantes além das chefias.	Direção Geral e chefias.
5.3- Integração interprofissional.	"Na verdade o nosso trabalho está organizado muito dentro de cada categoria profissional, o pessoal de enfermagem, o pessoal da medicina, não há um trabalho mais interativo mesmo entre os diversos profissionais". ( <i>Lia</i> )	Criar instrumentos que viabilizem a reflexão do saber/fazer diário através do aprimoramento do método de assistência.  Promover encontros onde as diversas categorias profissionais apresentem como se dá o seu processo de trabalho (em nível de enfermagem num primeiro plano) e paralelamente uma proposta de multidisciplinaridade.	Que haja interesse das pessoas em construir essa nova "práxis".  Que haja predisposição e espaço (em termos de tempo) das pessoas em participar.	Diretoria de Enfermagem.  Direção Geral e Diretorias.
5.4- Interposição de tecnologias de apoio ao trabalho.	"Interpor entre o sujeito e o trabalho tecnologia que diminua o tempo horário para realizar determinada atividade." ( <i>Andréa</i> )	Equipar adequadamente o hospital com tecnologia de ponta, evitando o contínuo deslocamento tanto do sujeito trabalhador como do sujeito hospitalizado para outras instituições (para realizar exames).	Elaborar projeto para aquisição de equipamentos, e entre estes, computadores.	Direção.

<p>6- Dificuldades nas relações de trabalho</p> <p>a) Dificuldade, falta de respeito nas inter-relações entre os diversos profissionais.</p> <p>Apesar de ser um hospital de ensino não há um trabalho pelo menos multiprofissional.</p> <p>b) Dificuldades nas relações de trabalho entre as diferentes categorias de enfermagem.</p> <p>c) Falta comunicação entre as diversas</p>	<p>6.1- Definição e explicitação de uma política institucional partindo de princípios gerais norteadores da prática, que seja amplamente discutida, divulgada e atualizada (dinâmica no sentido de acompanhar as mudanças).</p>	<p><i>“É necessário a criação de um órgão ou instrumento que permita discutir, negociar e atender os interesses da instituição, do trabalhador e usuário “.</i> <i>(Lia)</i></p>	<p>Equipar as unidades com computadores para facilitar a realização da metodologia, pesquisa, para evitar o extravio de exames de laboratório, arquivar manuais de normas, procedimentos e rotinas, fazer pedidos de farmácia, almoxarifado, solicitação de serviço, etc.</p>	<p>Fazer programa de educação continuada que permita o uso da informática.</p>	<p>Comissão de Educação em Serviço e Divisão Auxiliar de Pessoal.</p>
<p>6- Dificuldades nas relações de trabalho</p> <p>a) Dificuldade, falta de respeito nas inter-relações entre os diversos profissionais.</p> <p>Apesar de ser um hospital de ensino não há um trabalho pelo menos multiprofissional.</p> <p>b) Dificuldades nas relações de trabalho entre as diferentes categorias de enfermagem.</p> <p>c) Falta comunicação entre as diversas</p>	<p>6.1- Definição e explicitação de uma política institucional partindo de princípios gerais norteadores da prática, que seja amplamente discutida, divulgada e atualizada (dinâmica no sentido de acompanhar as mudanças).</p>	<p><i>“É necessário a criação de um órgão ou instrumento que permita discutir, negociar e atender os interesses da instituição, do trabalhador e usuário “.</i> <i>(Lia)</i></p>	<p>Possibilitar o rodízio de todos os profissionais pelos diversos setores, em todos os turnos, respeitando as preferências e capacitação.</p> <p>Garantir o acesso a todas as informações e tomada de decisões aos trabalhadores de enfermagem</p> <p>Promover cursos de treinamento e reciclagem continuamente e estimular a participação, oferecendo subsídios como liberação, financiamento, entre outros.</p> <p>Promover reuniões para estudo de situações</p>	<p>Garantir o rodízio na abertura de vagas. Possibilitar estágio interno extra horário de trabalho, no setor pretendido.</p> <p>Criar mecanismos que possibilitem o acesso às informações e tomadas de decisões aos trabalhadores de enfermagem.</p> <p>Realizar os treinamentos dividindo-os em dois grupos onde um grupo faz a assistência e outro participa do treinamento.</p> <p>Realizar reuniões semanais para apresentação de estudo de situação de um cliente assistido na unidade.</p>	<p>Direção, Comissão de Educação em Serviço.</p> <p>Direção e trabalhadores de enfermagem.</p> <p>Comissão de Educação em Serviço, pessoal das unidades envolvidas e docentes.</p> <p>Equipe de enfermagem.</p>

<p>categorias de trabalhadores.</p> <p>d) Existência de feudos (médica, cirúrgica, pediatria, DPX, DPI) no desenvolvimento e distribuição do trabalho.</p> <p>e) Não cumprimento do horário médico no ambulatório (paciente aguardando e a enfermagem “segurando as pontas”).</p>		<p>vivenciadas pelos sujeitos hospitalizados.</p> <p>Promover intercâmbio entre as instituições, para toda equipe de enfermagem.</p> <p>Promover integração docente-assistencial.</p> <p>Garantir treinamento de pelo menos 15 dias para o recém admitido, alocando-o no setor e turno de preferência, se possível</p>	<p>Apoio das instituições, disponibilidade dos funcionários.</p> <p>Compromisso e disponibilidade para as trocas do saber e do fazer.</p> <p>Garantir no plano de trabalho dos docentes carga horária para atuar no HU</p> <p>Estimular a participação da equipe de enfermagem nas aulas teóricas.</p> <p>Haver disponibilidade de vagas.</p>	<p>Direção, Comissão de Educação em Serviço e chefias.</p> <p>Docentes e equipe de enfermagem</p> <p>Chefias e Comissão de Educação em Serviço.</p>
<p>6.2- Compromisso profissional</p>	<p><i>“Quando a gente entra na enfermagem a gente sabe o que é enfermagem, (...) eu sei onde fui me meter, eu sei que tem que ter plantão final de semana (...) se eu faltar vou estar sacrificando o</i></p>	<p>Assistir ao cliente com equidade, na sua uniciversidade, visando ao atendimento globalizado.</p> <p>Incluir na assistência os familiares</p> <p>Avaliar, manusear e utilizar adequadamente o material fornecido.</p>	<p>Instrumentalizar o trabalhador no sentido de apreender e desenvolver um modelo de atendimento globalizado.</p> <p>Que os familiares tenham acesso às informações e decisões e participem efetivamente da assistência.</p> <p>A instituição deve fornecer o material adequado e suficiente para o desenvolvimento do trabalho.</p>	<p>Comissão de Educação em serviço e equipe de enfermagem.</p> <p>Comissão de educação em serviço e equipe de enfermagem.</p> <p>Direção, chefias e equipe de enfermagem.</p> <p>Chefia e equipe de enfermagem.</p>

	<p><i>colega.</i> " (<i>Marília</i>)</p>	<p>Reconhecer e valorizar os aspectos positivos (compromisso) e as potencialidades do trabalhador. Por ser um hospital escola ter o compromisso de contribuir para o processo ensino-aprendizagem. Por se tratar de uma instituição que lida diretamente com o ser humano ter o compromisso de prestar uma assistência de qualidade.</p>	<p>Que o enfermeiro coordenador da equipe esteja atento ao grupo em que atua. Que haja uma efetiva integração docente assistencial onde todos os envolvidos tenham acesso ao conhecimento e se envolvam na programação das atividades de ensino. Compromisso profissional, condições de trabalho adequadas e formação continuada que possibilite estar atento a inovações e mudanças continuas no trabalho.</p>	<p>Docentes e equipe de enfermagem  Toda enfermagem.</p>
<p>6.3- Efetiva cooperação docente-assistencial</p>	<p><i>"Estabelecer mecanismos efetivos que propiciem a integração docente-assistencial com o compromisso dos docentes com a assistência e vice-versa".</i> (<i>Lia</i>)</p>	<p>Criar uma instância permanente de discussão do ensino, pesquisa e extensão entre a Direção Geral e os Departamentos que atuam no HU. Ampliar o papel da Divisão Auxiliar de Pessoal (Comissão de Educação em Serviço Multi-Profissional?) buscando apoio nos departamentos de ensino, tais como, pedagogia, psicologia, sociologia, entre outros, visando a uma maior</p>	<p>Disposição de ambas as partes Elaborar calendário de reuniões.  Disposição da Diretoria de Administração, através da Divisão Auxiliar de Pessoal, em assumir esse papel.</p>	<p>Direção Geral e Departamentos de Ensino.  Diretoria de Administração, Divisão Auxiliar de Pessoal e Departamentos.</p>

6.4- Integração interprofissional	<p><i>“Que tivesse equipe multiprofissional, integrar os profissionais de todas as áreas”.</i> (Joana)</p>	<p>integração com as Comissões de Educação em Serviço do HU.</p> <p>Criar instrumentos que viabilizem a reflexão do saber/fazer diário através do aprimoramento do método de assistência.</p> <p>Promover encontros onde as diversas categorias profissionais apresentem como se dá o seu processo de trabalho (em nível de enfermagem num primeiro plano) e paralelamente uma proposta de multidisciplinaridade.</p>	<p>Que haja interesse das pessoas em construir essa nova “práxis”.</p> <p>Que haja predisposição e espaço (em termos de tempo) das pessoas em participar.</p>	<p>Diretoria de Enfermagem.</p> <p>Direção geral e Diretorias.</p>
6.5- Aquisição e troca de experiência no trabalho.	<p><i>“ [...] então que a gente não abafasse as coisas, que o crescimento da pessoa fosse acompanhado pelos colegas mais antigos e pelas chefias também, que fosse visto como um processo de maturação</i></p>	<p>Possibilitar o rodízio de todos os profissionais pelos diversos setores, em todos os turnos, respeitando as preferências e capacitação.</p> <p>Garantir o acesso a todas as informações e tomada de decisões aos trabalhadores de enfermagem</p> <p>Promover cursos de treinamento e reciclagem continuamente e estimular a</p>	<p>Garantir o rodízio na abertura de vagas. Possibilitar estágio interno extra horário de trabalho, no setor pretendido.</p> <p>Criar mecanismos que possibilitem o acesso às informações e tomadas de decisões aos trabalhadores de enfermagem.</p> <p>Realizar os treinamentos dividindo-os em dois grupos onde um grupo faz assistência e outro participa do treinamento.</p>	<p>Direção, Comissão de Educação em Serviço.</p> <p>Direção e trabalhadores de enfermagem.</p> <p>Comissão de Educação em Serviço, pessoal das unidades envolvidas e docentes.</p>



<p>6.6- Acesso à informação sobre o trabalho e a instituição</p>	<p><i>profissional [...]".</i> (Yara)</p>	<p>participação, oferecendo subsídios como liberação, financiamento, entre outros. Promover reuniões para estudo de caso. Promover intercâmbio entre as instituições, para toda equipe de enfermagem. Promover cooperação docente-assistencial. Garantir treinamento, de pelo menos 15 dias, para o recém admitido, alocando-o no setor e turno de preferência, se possível.</p>	<p>Realizar reuniões semanais para apresentação de estudo de situação de um cliente assistido na unidade. Apoio das instituições, disponibilidade dos funcionários. Compromisso e disponibilidade para as trocas do saber e do fazer. Garantir no plano de trabalho dos docentes carga horária para atuar no H.U. Estimular a participação da equipe de enfermagem nas aulas teóricas. Haver disponibilidade de vagas.</p>	<p>Equipe de Enfermagem. Direção, Comissão de Educação em Serviço e Chefiás Docentes e Equipe de Enfermagem. Chefiás e Comissão de Educação em Serviço.</p>
	<p><i>"Todo trabalhador deve ter acesso à informação em todos os níveis."</i> (Lia)</p>	<p>Realização de um seminário anual para avaliação e atualização do planejamento plurianual com divulgação dos resultados.</p>	<p>Reuniões setoriais para discussão, elaboração de propostas e escolha de representantes além das chefiás.</p>	<p>Direção Geral e Chefiás.</p>

<p>6.7 -Autonomia no exercício do trabalho.</p>	<p>"[...] tu tens que ter como primeira coisa o respeito, e também saber a questão dos limites, as pessoas tem que começar a fazer auto crítica e saber até que ponto elas podem ir ou não [...]". (Lia)</p>	<p>Promover encontros onde a enfermagem discuta seu processo de trabalho bem como o processo de trabalho dos outros profissionais da área da saúde.</p> <p>Desenvolver um método de assistência que amplie, através da aquisição de novos conhecimentos, aprofunde ou responda a especificidade do trabalho da enfermagem.</p>	<p>Que em nível individual e coletivo houvesse predisposição em participar.</p> <p>Que o trabalho desenvolvido pelo grupo de pesquisa possa ser concluído.</p>	<p>As diversas categorias da área da saúde.</p> <p>O grupo de pesquisa</p>
<p>6.8- Que a assistência fosse organizada em função do sujeito hospitalizado.</p>	<p>"Muitas vezes o paciente fica dias esperando na emergência e na unidade de internação tem leitos vagos mas são de outra especialidade." (Julia)</p>	<p>Que, na proposta de método de assistência se realizasse no levantamento de dados na internação, perguntas de como gostaria de ser atendido pela enfermagem em relação aos hábitos pessoais, alimentares, crenças, entre outros.</p> <p>Realizar e afixar em local acessível ao cliente ambulatorial uma escala dos horários médicos. Incluir telefone da chefia médica</p> <p>Colocar na política da instituição compromisso de</p>	<p>Conscientização dos enfermeiros acerca da humanização da assistência.</p> <p>Que a chefia médica acate a sugestão e implemente a idéia.</p> <p>Conscientização dos dirigentes em encampar a idéia.</p>	<p>Diretoria de Enfermagem</p> <p>Diretoria de Medicina.</p> <p>Direção Geral mais comissão de revisão da política da instituição.</p>

	<p>6.9- Que seja garantido ao sujeito hospitalizado uma assistência de qualidade.</p>	<p>organizar a assistência em função do sujeito hospitalizado e adotar medidas concretas para o efetivo atendimento do sujeito hospitalizado.</p>	<p>Estabelecer condições para que o sujeito hospitalizado tenha uma assistência de qualidade. Condições no que se refere a instalações físicas, material permanente e de consumo e pessoal (onde as diversas categorias profissionais utilizassem a sua formação para uma finalidade comum: o homem hospitalizado. Obs: basicamente todos os itens apontados nos planos de ação visam, incluem a qualidade da assistência.</p>	<p>Exercício da interdisciplinaridade e multidisciplinaridade. O estabelecimento de uma política institucional.</p>	<p>Profissionais envolvidos na assistência e Direção Geral. Direção, Comissão de Educação em Serviço e toda equipe de enfermagem.</p>
<p>6.10- Diminuir o tempo de permanência no hospital ( muitas vezes se aguarda até dois meses para fazer uma cirurgia).</p>	<p>Articulação efetiva entre os postos de saúde e ambulatorio para que sejam criadas condições de atendimento à comunidade que procura o H.U. Que os clientes fossem encaminhados para internação com diagnóstico e exames prontos e aqueles que fossem submeter-se à</p>	<p>Postos de saúde funcionando para um atendimento adequado à população.  Equipe de saúde e serviços de apoio mais eficazes.</p>	<p>Política governamental.  Administração do hospital e equipe de saúde.</p>		

<p><b>7- Indefinição do papel do enfermeiro no âmbito hospitalar.</b> -Enfermagem resolve problemas que não são da sua especificidade. Por ex., problemas relativos às roupas, RX, transporte de pacientes, entre</p>	<p>7.1 Reorganização do fluxo de trabalho considerando a especificidade de cada atividade e o respeito ao papéis profissionais.</p>	<p><i>“O serviço de manutenção deveria estabelecer um plano de manutenção periódica dos equipamentos bem como planejar visitas periódicas às diversas unidades</i></p>	<p>cirurgia eletiva internassem na véspera da cirurgia com data previamente planejada. Organizar serviços de apoio (laboratório, raio X, lavanderia, entre outros )no sentido de agilizar o tratamento, ou, como última opção, terceirizar os serviços que não corresponderem ao esperado. Conscientização da equipe médica no sentido de priorizar o lado humano do sujeito hospitalizado. Que a direção do hospital implantasse um instrumento que justificasse o excesso de dias de internação e o cancelamento dos procedimentos.</p>	<p>Informatização dos serviços de apoio. Realizar programas de treinamento para os serviços de apoio.</p> <p>Cobrança da Direção Geral no sentido de agilizar as altas.</p> <p>Operacionalização pela direção do HU.</p>	<p>Direção Geral e Divisão Auxiliar de Pessoal.</p> <p>Direção Geral.</p> <p>Direção Geral.</p>
<p>7- Indefinição do papel do enfermeiro no âmbito hospitalar. (continuação)</p>	<p>7.1 Reorganização do fluxo de trabalho considerando a especificidade de cada atividade e o respeito ao papéis profissionais.</p>	<p><i>“O serviço de manutenção deveria estabelecer um plano de manutenção periódica dos equipamentos bem como planejar visitas periódicas às diversas unidades</i></p>	<p>Buscar um trabalho multidisciplinar garantindo as especificidades de cada profissão e a inter-relação destas, no sentido de visar a atenção globalizada ao sujeito hospitalizado. Realizar programas de educação continuada para a equipe multiprofissional, visando à maior integração</p>	<p>Trabalho de conscientização quanto ao que é trabalho interdisciplinar e importância deste através de oficinas de trabalho. Elaborar plano de ação visando ao programa de educação continuada.</p>	<p>Direção Geral e Divisão Auxiliar de Pessoal.</p> <p>Divisão Auxiliar de Pessoal.</p>

outros.		<p>para realizar os reparos necessários" (Lia)</p>	<p>entre os vários serviços.</p> <p>Rever atribuições da equipe de saúde periodicamente, no sentido de adequá-los às mudanças.</p> <p>Elaborar um manual de atribuições de todos os serviços e as categorias que os compõem, o qual deve ser amplamente discutido e divulgado.</p>	<p>Discutir nas seções, periodicamente as atribuições.</p> <p>Criar comissão permanente composta pelas diversas categorias para atualizar atribuições.</p> <p>Envolvimento de todos os serviços no estabelecimento das atribuições.</p>	<p>Equipe de Saúde com sua equipe específica.</p> <p>Diretoria de Enfermagem como um todo.</p> <p>Direção Geral e Divisão Auxiliar de Pessoal.</p>
8. Falta cooperação docente-assistencial	8.1 - Que seja garantido ao sujeito hospitalizado uma assistência de qualidade	<p>"Para garantir uma assistência de qualidade há que se criar mecanismos institucionais que apontem a integração interprofissional como uma prioridade (Estela)</p>	<p>Estabelecer condições para que o sujeito hospitalizado tenha uma assistência de qualidade.</p> <p>Condições no que se refere a instalações físicas, material permanente e de consumo e pessoal (onde as diversas categorias profissionais utilizassem a sua formação para uma finalidade comum: o homem hospitalizado.</p> <p>Obs.: basicamente todos os itens apontados nos planos de ação visam, incluem a qualidade da assistência.</p>	<p>Exercício da interdisciplinaridade e multidisciplinaridade</p> <p>O estabelecimento de uma política institucional</p>	<p>Profissionais envolvidos na assistência e Direção Geral.</p> <p>Direção, Comissão de Educação e toda a equipe de enfermagem.</p>

<p>8.2- Efetiva cooperação docente-assistencial</p>	<p><i>"Na minha experiência enquanto docente acho que não tem troca [...] até porque acho que as pessoas esquecem que lá dentro do salário delas tem uma parte que está comprometida com o ensino. Mas não, o aluno é aquele que vem e incomoda e deixa tudo desorganizado."</i> (Lia)</p>	<p>Criar uma instância permanente de discussão do ensino, pesquisa e extensão entre a Direção Geral e os Departamentos que atuam no HU.</p> <p>Ampliar o papel da Divisão Auxiliar de Pessoal (Comissão de Educação em Serviço Multiprofissional?) buscando apoio nos departamentos de ensino, tais como, pedagogia, psicologia, sociologia, entre outros, visando a uma maior integração com as Comissões de Educação em Serviço do HU.</p>	<p>Disposição de ambas as partes Elaborar calendário de reuniões.</p> <p>Disposição da Diretoria de Administração, através da Divisão Auxiliar de Pessoal, em assumir esse papel.</p>	<p>Direção Geral e Departamentos de Ensino.</p> <p>Diretoria de Administração, Divisão Auxiliar de Pessoal e Departamentos.</p>
<p>8.3- Aquisição e troca de experiência no trabalho.</p>	<p><i>"Que o saber pouco não significasse ser burro, que o saber pouco fosse acompanhado como uma pessoa que precisasse de mais atenção"</i></p>	<p>Possibilitar o rodízio de todos os profissionais pelos diversos setores, em todos os turnos, respeitando as preferências e capacitação.</p> <p>Garantir o acesso a todas as informações e tomada de decisões aos trabalhadores de enfermagem</p>	<p>Garantir o rodízio na abertura de vagas. Possibilitar estágio interno extra horário de trabalho, no setor pretendido.</p> <p>Criar mecanismos que possibilitem o acesso às informações e tomadas de decisões aos trabalhadores de enfermagem.</p> <p>Realizar os treinamentos, dividindo-os</p>	<p>Direção, Comissão de Educação em Serviço.</p> <p>Direção e trabalhadores de enfermagem.</p> <p>Comissão de Educação em Serviço, pessoal das unidades</p>

	<p>9.1. Que seja garantido ao sujeito hospitalizado uma assistência de qualidade</p>	<p>"(...) Se tu <i>pensas que vens aqui só para cumprir determinada função é uma coisa, agora, se</i></p>	<p>Promover cursos de treinamento e reciclagem continuamente e estimular a participação, oferecendo subsídios como liberação, financiamento, entre outros.</p> <p>Promover reuniões para estudo de situações vivenciadas pelo indivíduo hospitalizado.</p> <p>Promover intercâmbio entre as instituições, para toda equipe de enfermagem.</p> <p>Promover cooperação docente-assistencial.</p> <p>Garantir treinamento de pelo menos 15 dias para o recém admitido, alocando-o no setor e turno de preferência, se possível.</p>	<p>em dois grupos, onde um grupo faz assistência e outro participa do treinamento.</p> <p>Realizar reuniões semanais para apresentação de estudo de situação de um cliente assistido na unidade.</p> <p>Apoio das instituições, disponibilidade dos funcionários.</p> <p>Compromisso e disponibilidade para as trocas do saber e do fazer.</p> <p>Garantir no plano de trabalho dos docentes carga horária para atuar no H.U.</p> <p>Estimular a participação da equipe de enfermagem nas aulas teóricas.</p> <p>Haver disponibilidade de vagas.</p> <p>Exercício da interdisciplinaridade e multidisciplinaridade. O estabelecimento de uma política institucional.</p>	<p>envolvidas e docentes.</p> <p>Equipe de Enfermagem.</p> <p>Direção, Comissão de Educação em Serviço e Chefias</p> <p>Docentes e Equipe de Enfermagem.</p> <p>Chefias e Comissão de Educação em Serviço.</p> <p>Profissionais envolvidos na assistência e Direção Geral. Direção, Comissão de Educação em Serviço e toda equipe de enfermagem.</p>
<p>9- Dificuldade em desenvolver a interdisciplinaridade de</p>			<p>Estabelecer condições para que o sujeito hospitalizado tenha uma assistência de qualidade.</p> <p>Condições no que se refere a instalações físicas, material permanente e de consumo e</p>		

	<p><i>tu vens para o hospital com o pensamento que vais assistir, que vais cuidar, então já é outra coisa (...)"</i> (Julia)</p>	<p>peçoal (onde as diversas categorias profissionais utilizassem a sua formação para uma finalidade comum: o homem hospitalizado. Obs: basicamente todos os itens apontados nos planos de ação visam, incluem a qualidade da assistência.</p>		
<p>9.2- Integração interprofissional</p>	<p><i>"(...) A gente põe muita resistência para enxergar que os outros fazem de bom no trabalho (...) eu, por exemplo, tinha problemas com o pessoal da ambulância, porque nunca tinha problemas com o pessoal da ambulância, era uma dificuldade para transportar os doentes que iam fazer exame fora do hospital (...). Então fizemos um encontro de</i></p>	<p>Criar instrumentos que viabilizem a reflexão do saber/fazer diário através do aprimoramento do método de assistência. Promover encontros onde as diversas categorias profissionais apresentem como se dá o seu processo de trabalho (em nível de enfermagem num primeiro plano) e paralelamente uma proposta de multidisciplinaridade.</p>	<p>Que haja interesse das pessoas em construir essa nova "práxis".</p> <p>Que haja predisposição e espaço (em termos de tempo) das pessoas em participar.</p>	<p>Diretoria de Enfermagem.</p> <p>Direção Geral e Diretorias</p>



<p>9.3- Efetiva cooperação docente-assistencial</p>	<p><i>trabalho entre o pessoal do hospital, e hoje é aquela diferença, não é aquele não tem, eles dizem agora: vou ver o que posso fazer. Agora a gente sabe que eles estão tentando resolver o problema."</i> (Estela)</p>	<p>Criar uma instância permanente de discussão do ensino, pesquisa e extensão entre a Direção Geral e os Departamentos que atuam no HU.</p> <p>Ampliar o papel da Divisão Auxiliar de Pessoal (Comissão de Educação em Serviço Multiprofissional?) buscando apoio nos departamentos de ensino, tais como, pedagogia, psicologia, sociologia, entre outros, visando a uma maior integração com as</p>	<p>Disposição de ambas as partes Elaborar calendário de reuniões.</p> <p>Disposição da Diretoria de Administração, através da Divisão Auxiliar de Pessoal, em assumir esse papel.</p>	<p>Direção Geral e Departamentos de Ensino.</p> <p>e</p> <p>Diretoria de Administração, Divisão Auxiliar de Pessoal Departamentos.</p>
---	---	--	---	--

9.4- Acesso à informação sobre o trabalho e a instituição	<i>um outro tipo de desgaste. "</i> <i>(Lia)</i>	Comissões de Educação em Serviço do HU.		
	<i>"As coisas são feitas porque têm uma razão de ser. Se elas não têm uma razão de ser e não são importantes têm que ser questionadas. "(Isis)</i>	Realização de um seminário anual para avaliação e atualização do planejamento plurianual com divulgação dos resultados.	Reuniões setoriais para discussão, elaboração de propostas e escolha de representantes além das chefias.	Direção Geral e chefias.

### **4.3. Aspectos internos à enfermagem**

Na terceira e última área temática definida foram agrupados os problemas que se relacionam ao desenvolvimento do trabalho da enfermagem, sua organização e as relações entre os elementos da equipe de enfermagem e entre esses e outros profissionais.

Neste sentido, foram apontadas dificuldades que se referem ao método de assistência de enfermagem, à falta de compromisso dos profissionais com a atualização, às relações de trabalho entre as diferentes categorias de enfermagem, à questão da rigidez no controle dos trabalhadores, às condições de trabalho específicas dos trabalhadores da enfermagem, à falta de princípios e crenças que norteiam o trabalho da enfermagem, e à relação individual do trabalhador da enfermagem no desenvolvimento do seu trabalho.

#### **Problema 1: método de assistência inadequado**

A prioridade que os enfermeiros dão ao método de assistência de enfermagem, a insatisfação que o método utilizado gera nos trabalhadores, e a ocorrência de registros inadequados desse método, não permitindo a identificação do que realmente a enfermagem faz, foram as principais dificuldades que o grupo relacionou para o desenvolvimento do trabalho da enfermagem.

Há, neste caso, a constatação de uma questão estrutural, na medida em que o método dá sustentação organizacional e disciplinar ao trabalho. Pergunta-se: por que esta priorização? Entre os aspectos que podemos levantar, estão, com certeza, incluídos, a questão da burocratização da assistência e do SUS, o reforço do papel disciplinar e controlador do enfermeiro frente à equipe de enfermagem, a tentativa de definição de uma especificidade/exclusividade ao trabalho do enfermeiro, o reforço da valorização do trabalho intelectual. Em nossa sociedade, este último é o mais desejado, na tentativa de estabelecer o nivelamento profissional com outras profissões da área da saúde. Ao sustentar seu trabalho, a partir do modelo biomédico, o enfermeiro tenta obter o mesmo “status” profissional. Enfim, parece que ao utilizar um método de assistência, o enfermeiro está “pensando” mais em cumprir mais uma tarefa burocrática, repetitiva e desgastante, que lhe assegure um espaço bem demarcado no interior da instituição, do que no sujeito hospitalizado, e com as ações que esse método possa desencadear.

O grupo aponta, como sendo necessário, encaminhamentos para a reorganização interna do trabalho, democratização associada ao conceito de cidadania, e compromisso pessoal e profissional eticamente envolvido com uma assistência de qualidade.

O que parece ser fortemente aceito, no grupo, é que ter um método de trabalho é fundamental para a enfermagem. Agora, a forma como esse trabalho está sendo desenvolvido, a finalidade posta nele, qual o objeto ou objetos desse trabalho, e quais os instrumentos adequados para realizá-lo, é que precisam ser explicitados, construídos e colocados, francamente, na “mesa” de negociações da equipe de enfermagem.

Deixar de refletir e de negociar nesse trabalho, fazendo mecanicamente o que é apontado por outros como certo, há muito tempo, é um artil perigoso, pois se lida com pessoas e não com objetos materiais.

Assumimos, pois, que **o que dá qualidade ao trabalho e ao método que o sustenta é o indivíduo trabalhador.** É ele, com suas competências e limitações, com sua experiência e sua constante atualização, com o seu compromisso pessoal e profissional com o trabalho que escolheu desenvolver, com suas dúvidas e certezas, com suas crenças e valores, com suas lutas por um trabalho mais valorizado, mais humanizado, mais criativo, quem desencadeia e dá sustentação a qualquer projeto ou proposta a ser implementada.

Mas, também, o sujeito hospitalizado pode determinar o tipo de assistência que recebe. Um sujeito passivo, objeto apenas para a cura e o tratamento, provavelmente não vai ter a mesma assistência que um indivíduo que quer se manter vivo com dignidade e respeito, ou se preparar para a morte dessa mesma forma.

### **Problema 2: dificuldade de aplicação de um processo de formação continuada**

Este aspecto, embora já levantado anteriormente, quando discorreremos acerca dos problemas internos à instituição, merece uma reflexão no que se refere, especificamente, à enfermagem.

Em nível institucional, o que é exigido da enfermagem? Que ela estabeleça as suas estratégias para dar sustentação ao ato médico, ou seja, a perspectiva da cura.

Para realizar esse objetivo, convenhamos, não é necessário estimular o pessoal de enfermagem a desenvolver-se profissionalmente, basta obedecer às instruções, e ter um

mínimo de conhecimentos. Neste sentido, não interessa à instituição profissionais mais qualificados e, conseqüentemente, mais exigentes.

Penso que esta questão sugere uma luta a ser abraçada pelo trabalhador e pelo sujeito hospitalizado, que queira um outro direcionamento à sua assistência. Há que se ter lideranças com projetos consistentes, há que se estar orientado teórico, científica filosoficamente para dar um norte a essa questão da formação. Acredito que o incentivo à pesquisa é a base, é o fundamento para a arrancada na busca da construção de outras formas de conhecimento, pois o saber e a informação “implicam” as pessoas com suas realidades e podem incentivar uma efetiva cooperação docente-assistencial para viabilizar, fazer a “ponte” entre os que assistem e os que ensinam enfermagem. O que percebo, no meu dia a dia, é que o compromisso de quem ensina é com o aluno. O docente não consegue “praticar” o que ensina, não se aproximando efetivamente de quem recebe a assistência, e, dessa forma, não mostra ao sujeito hospitalizado outras possibilidades no atendimento. Já o enfermeiro que presta assistência, por falta de acesso, incentivo, disponibilidade e/ou disposição, não mantém contato com outras possibilidades assistenciais, e, simplesmente, repassa e repete o que vem sendo feito há anos, sem a necessária e urgente reflexão sobre a opção do assistir e/ou aceitar passivamente o que outros profissionais e/ou instituição exigem dele. Na medida em que haja uma diminuição da distância entre quem reflete e quem pratica, entre quem ensina e quem assiste, entre teoria e prática, acredito que a enfermagem estará dando um grande passo na direção do seu efetivo reconhecimento e valorização, como profissão imprescindível, altamente necessária e importante.

Dentre os encaminhamentos propostos pelo grupo, destacam-se a necessidade de definição e explicitação de uma política institucional, partindo de princípios gerais norteadores da prática, que seja amplamente discutida, divulgada e atualizada, onde está prevista a elaboração de uma política de capacitação para os trabalhadores do HU, com base nas normas da UFSC, que garanta a liberação e a reposição para a cobertura dos afastamentos, como, também, a criação de condições de assessoria a grupos emergentes de pesquisa.

### **Problema 3: dificuldades nas relações de trabalho da equipe de enfermagem**

Uma instituição reflete, em nível microsocial, a estrutura de classes de uma sociedade. Se numa sociedade capitalista, onde o que determina as relações básicas dos indivíduos são as relações de ordem material, como poderia ser diferente num hospital, se a própria estrutura organizacional, aí colocada, estimula essas desigualdades? Em nível interno à enfermagem, é extremamente difícil romper com essa situação sem cair no artificialismo, sem tentar mascarar o poder aí posto.

Esse processo, para que haja transformações, é lento, difícil, penoso, porém, não é impossível, desde que as pessoas estejam efetivamente envolvidas.

Há que se ter em mente todas essas limitações, de modo que o jogo de poder não descaracterize o trabalho. É necessário encarar de frente questões de como proceder para o desencadear de um processo de democratização (o qual passa necessariamente pela capacitação do grupo), como proceder na perspectiva de uma gestão participativa, sem escamotear ou diluir aspectos que se referem ao uso do poder, como proceder para pensar no coletivo sem esquecer da singularidade de cada membro do grupo.

#### **Problema 4: controle rigoroso dos trabalhadores**

O enfermeiro, nas instituições onde atua, tem, historicamente, reproduzido a hegemonia médica. O que parece ocorrer é que a partir de uma estratégia que vem dando certo, no decorrer dos tempos, o enfermeiro repete a receita.

Segundo Collière (1989, p. 310) a palavra poder evoca duas ideologias que parecem excluir-se: “a conquista do poder”, para alguns e a “negação do poder”, para outros. E esta autora se pergunta se essas duas ideologias, na verdade, não se reforçam mutuamente, uma vez que a “(...) primeira enaltece a conquista do poder para se afirmar, valorizar-se, tentar adquirir uma identidade que se procura (...)” e a segunda “(...) atesta o medo do poder, que na memória coletiva guarda a marca da opressão, da usurpação, da substituição a outro, testemunhando, igualmente, uma profunda insegurança, um sentimento de diminuição, de não valorização” (Collière, 1989, p. 310).

Isto me leva a pensar se não tem sido mais cômodo para o enfermeiro ter alguém que o “impeça” de realizar o idealizado, assim como para as outras categorias da enfermagem ter o enfermeiro que “obstrua” suas iniciativas, ao invés de, de forma refletida e estratégica, tentarem estabelecer outras formas de viver o trabalho. O controle, como forma de

disciplina, determina uma homogeneização e uma fixidez da estrutura do trabalho que convém a todos. Em decorrência disso, a desestabilização da ordem demanda uma iniciativa para a desestabilização dos poderes.

O grupo participante, tentando refletir e avançar na perspectiva de alteração dessa situação, propõe, como estratégias, a gestão participativa e a reorganização interna do trabalho, questões estas apontadas em outras ocasiões e já analisadas.

### **Problema 5 : inadequadas condições de trabalho, especificamente dos trabalhadores da enfermagem**

O pessoal de enfermagem mostra-se insatisfeito com a jornada de trabalho de 12 (doze) horas, nos finais de semana, e com a escala de trabalho de acordo com a disponibilidade do setor. Os demais aspectos relativos às condições de trabalho já foram analisados anteriormente.

Esse assunto parece não ser uma mera distribuição de horários e datas numa escala de trabalho. Por detrás dessa verbalização parece haver um sentimento de falta de reconhecimento, de não percepção, por parte dos dirigentes e sociedade, do que significa trabalhar, em dobro, em dias onde todos estão tendo seu descanso, e ser chamado a trabalhar quando o trabalho assim exige, independente do horário de trabalho do marido, do colégio dos filhos, entre outros aspectos.

Para realizar esse tipo de trabalho, sofrido, desgastante, embora tantas vezes também compensador, a enfermagem necessita ser vista de outra maneira, pela sociedade. Para trabalhar 12 (doze) horas, nos finais de semana, para trabalhar nos dias e períodos (num dia trabalhar de manhã, no outro, à tarde, e, quem sabe, numa outra semana, à noite) necessários para o “perfeito” desenvolvimento do trabalho, a enfermagem necessita ser compensada adequadamente pela sociedade. E esta compensação se reflete em melhores salários, soldos realmente diferenciados para trabalhar aos sábados, domingos e feriados, e período noturno, pois, em nossa sociedade, valorização profissional reflete-se em adequadas condições materiais.

Existem também outras formas de valorização profissional, tais como, algumas apontadas pelo grupo, ou seja, condições ambientais adequadas para o desenvolvimento do trabalho. Referem-se aos locais de descanso adequado, à possibilidade de fazer refeições no

local de trabalho, à possibilidade de realizar cursos de pós-graduação com liberação da instituição, biblioteca no local de trabalho, uma jornada menor de trabalho, entre outros. Um encaminhamento interessante, que o grupo sugeriu para a melhoria das condições de trabalho, foi a introdução de outras estratégias que possibilitasse, à equipe de enfermagem, compartilhar suas dificuldades, seus medos, insucessos, vitórias.

**Problema 6: falta de princípios e crenças que norteiam o trabalho de enfermagem**

As estratégias para o enfrentamento desta questão são muito similares àquelas propostas pelo grupo, quando apontaram, como dificuldade no trabalho, a falta de aplicação do conhecimento teórico na prática, e a dificuldade em visualizar o cliente como ser integral, aspectos estes internos à instituição.

Isso parece demonstrar a necessidade de uma definição clara e precisa de que rumos a instituição e a enfermagem desejam tomar. Rumo esse que se refere não só à questão técnico-científica mas, principalmente, a pontos político-ético-filosóficos que envolvem a instituição, seus trabalhadores e seu objeto de trabalho - o sujeito hospitalizado.

O que pode ser feito é que, realmente, através de suas lideranças, a enfermagem aponte esses caminhos, buscando apoio nos diversos segmentos do hospital, forçando a instituição a rever sua postura e finalidade.

O último encaminhamento feito pelo grupo, apesar de não estar explicitado um problema específico, foi a perspectiva de uma relação individual com o trabalho.

Esse item parece encerrar, de forma brilhante, os aspectos internos à enfermagem, uma vez que um profissional pode ter as melhores condições de trabalho, um campo específico de conhecimento o mais consistente possível, uma instituição que o acolha amplamente, mas, se ele não estabelecer com a profissão que exerce uma relação fundamental e imprescindível, que lhe garanta a ampliação da condição econômica de sobrevivência, possibilitando-lhe uma atividade prazerosa e cheia de sentido, todo o resto perde o significado.



QUADRO SÍNTESE DA CONSTRUÇÃO COLETIVA A PARTIR DAS QUATRO QUESTÕES NORTEADORAS DA PRIMEIRA ETAPA METODOLÓGICA

PARTE 3 - ASPECTOS INTERNOS À ENFERMAGEM

PROBLEMAS APONTADOS	O "CERTO" APONTADO	ILUSTRAÇÃO: "FALAS"	PLANO DE AÇÃO	CONDIÇÃO NECESSÁRIA PARA A EXECUÇÃO DO PLANO	QUEM EXECUTA O PLANO
<p>1- O atual método de assistência já não satisfaz mais as exigências colocadas pelos que praticam enfermagem.</p> <p>a) Método de assistência de enfermagem não satisfaz os trabalhadores (enfermeiros não acredita, falta auditoria, falta controle).</p>	<p>1.1- Que seja garantido ao sujeito hospitalizado uma assistência de qualidade.</p>	<p><i>"O que a gente vê não é uma relação profissional, porque uma relação profissional exige certa responsabilidade, compromisso, e me parece que a gente não tem isso muito garantido em todos os níveis da instituição."</i> (Ísis)</p>	<p>Estabelecer condições para que o sujeito hospitalizado tenha uma assistência de qualidade.</p> <p>Condições no que se refere a instalações físicas, material permanente e de consumo e pessoal (onde as diversas categorias profissionais utilizassem a sua formação para uma finalidade comum: o homem hospitalizado.</p> <p>Obs: basicamente todos os itens apontados nos planos de ação visam, incluem a qualidade da assistência.</p>	<p>Exercício da interdisciplinaridade e multidisciplinaridade.</p> <p>O estabelecimento de uma política institucional.</p>	<p>Profissionais envolvidos na assistência e</p> <p>Direção Geral.</p> <p>Direção,</p> <p>Comissão de Educação em Serviço e toda Equipe de Enfermagem.</p>
<p>b) Prioridade que os enfermeiros dão à metodologia (ficar crescendo) em detrimento do atendimento direto ao indivíduo hospitalizado</p> <p>c) Registros inadequados dos</p>	<p>1.2- Que a assistência fosse organizada em função do sujeito hospitalizado.</p>	<p><i>"A gente sempre faz a assistência em função do médico. Não se pergunta para o paciente como que se vai fazer para ele, como é que ele quer que seja feito para ele. A gente já tem tudo programado como fazer tal coisa, e não como fazer para determinado paciente. Na verdade, a instituição está</i></p>	<p>Que na proposta de método de assistência se realizasse no levantamento de dados na internação perguntas de como gostaria de ser atendido pela enfermagem em relação aos hábitos pessoais, alimentares, crenças, entre outros.</p> <p>Realizar e afixar em local acessível</p>	<p>Conscientização dos enfermeiros acerca da humanização da assistência.</p>	<p>Diretoria de Enfermagem</p>

<p>cuidados de enfermagem, não permitindo identificar o que a enfermagem realmente faz..</p>	<p>1.3- Ao intermar-se que houvesse um instrumento que colocasse um questionamento acerca de como gostaria de ser atendido pela enfermagem.</p> <p>1.4- Reorganização interna do trabalho, a partir da democratização do pensar e do fazer, onde o planejamento e a execução são coletivos.</p>	<p><i>organizada para servir alguém e no meu entendimento, com certeza, ainda hoje, não está organizada para servir o paciente em primeiro lugar. " (Joana).</i></p>	<p>ao cliente ambulatorial uma escala dos horários médicos. Incluir telefone da chefia médica.</p> <p>Colocar na política da instituição compromisso de organizar a assistência em função do sujeito hospitalizado e adotar medidas concretas para o efetivo atendimento do sujeito hospitalizado.</p>	<p>Que a chefia médica acate a sugestão e implemente a idéia</p> <p>Conscientização dos dirigentes em encampar a idéia</p>	<p>Diretoria de Medicina.</p> <p>Direção Geral mais Comissão de Revisão da Política da Instituição.</p>
		<p><i>"Será que é possível de se fazer isso?" (Andréa)</i></p>	<p>Que na proposta de método de assistência fosse contemplado esse item .</p>	<p>Que seja elaborada uma proposta de método de assistência.</p>	<p>Diretoria de Enfermagem.</p>
		<p><i>"A obrigatoriedade do enfermeiro é o método. É planejar assistência. Então, como que a gente poderia fazer para aliar planejamento e execução do cuidado?" (Ísis)</i></p>	<p>Buscar uma metodologia de assistência que sustente a especificidade do trabalho da enfermagem na perspectiva de principalmente ver o sujeito hospitalizado em sua individualidade (uni-diversidade) e onde toda a equipe possa planejar e executar as atividades a serem desenvolvidas.</p>	<p>Discussão ampla com a equipe de enfermagem do que significa enfermagem, trabalho em equipe, método de assistência, sujeito hospitalizado. Estabelecer uma comissão permanente de mobilização quanto à importância da metodologia.</p>	<p>Diretoria de Enfermagem como um todo, ou seja, discussão a partir das seções, no sentido de formar embasamento e conjunto de crenças que subsidiem a</p>

<p>Buscar que todos os setores formem equipes de trabalho em todos os períodos, visando assistir ao sujeito hospitalizado de forma globalizada.</p>	<p>Fazer com que todos acreditem no trabalho em equipe, através de discussão ampla com as categorias.</p>	<p>metodologia. Diretoria de Enfermagem</p>
<p>Buscar avaliação democrática em todos os sentidos e não apenas vertical, aprimorando as relações de trabalho através da busca de objetivos comuns.</p>	<p>Instrumentalizar os enfermeiros e equipe para realização das avaliações.</p>	<p>Diretoria de Enfermagem, Comissão de Educação em Serviço Seções.</p>
<p>Buscar integração entre seções do mesmo serviço, dos serviços e divisões.</p>	<p>Garantir avaliação conjunta da equipe por turno e por setor. Fazer um trabalho de "conscientização" entre chefias e equipe de enfermagem buscando maior integração.</p>	<p>Diretoria de Enfermagem</p>
<p>Rever atribuições do pessoal de enfermagem periodicamente, por equipe de trabalho, no sentido de adequá-las às mudanças.</p>	<p>Discutir nas seções periodicamente as atribuições</p>	<p>Enfermeiros com sua equipe.</p>
<p>Buscar adequar as rotinas às necessidades do sujeito hospitalizado e não apenas ao sujeito trabalhador.</p>	<p>Criar comissão permanente composta pelas diversas categorias para atualizar atribuições. Discutir amplamente as rotinas e conscientizar os trabalhadores de que a prioridade é o sujeito hospitalizado.</p>	<p>Diretoria de Enfermagem como um todo.</p>
<p>Que o enfermeiro e a equipe</p>	<p>Elaborar programa que</p>	<p>Direção Geral e Diretorias.</p>
		<p>Comissão de</p>

<p>percebam a supervisão como um processo educativo.</p> <p>Separar as atividades administrativas ligadas à assistência das atividades administrativas gerais.</p>	<p>instrumentalize os enfermeiros na realização da supervisão, de forma dinâmica e que os motivem. Promover debates com a equipe de enfermagem acerca do entendimento de supervisão.</p> <p>Rever atribuições da equipe de enfermagem no sentido de adequá-las às mudanças.</p>	<p>Educação em serviço e chefias.</p> <p>Diretoria de Enfermagem.</p>
<p>Formar equipes de trabalho compostas por enfermeiros, auxiliares e / ou técnicos de enfermagem ( estabelecer o número máximo de pacientes a assistir) onde o planejamento e a distribuição das atividades pudesse ser discutida obedecendo aos critérios de complexidade da atividade e os de afinidade com o cuidado a desempenhar.</p> <p>Que houvesse escriturários no período diurno ( até às 19 horas ) e nos feriados e finais de semana (essa cobertura poderia ser feita por bolsistas ).</p>	<p>Discutir nas seções periodicamente as atribuições.</p> <p>Número suficiente de equipes de trabalho.</p>	<p>Enfermeiros com sua equipe.</p> <p>Direção Geral e Diretoria de Enfermagem.</p>
<p>Ampliar o número de escriturários e abertura de vagas para bolsistas.</p>	<p>Ampliar o número de escriturários e abertura de vagas para bolsistas.</p>	<p>Direção Geral e Diretoria de Enfermagem.</p>

1.5- Garantia de formação continuada	<i>"Há que se deixar claro que garantir implica em liberar para formação."</i> (Lia)	Elaborar uma política de capacitação geral para o HU, com base nas normas da UFSC, que garanta liberação e reposição para cobertura dos afastamentos.	Formação de uma comissão com representação das diversas categorias profissionais para elaborar o plano.	Direção Geral e Conselho Diretor do HU.
1.6- Efetiva cooperação docente-assistencial	<i>"As vezes o estudante até patina um pouca o serviço porque a gente tem que parar, tem que explicar, tem que observar, tem que ver como é que é."</i> (Joice)	Criar uma instância permanente de discussão do ensino, pesquisa e extensão entre a Direção Geral e os Departamentos que atuam no HU.	Disposição de ambas as partes Elaborar calendário de reuniões.	Direção Geral e Departamentos de Ensino.
1.7- Criar mecanismo de avaliação periódica de normas e rotinas estabelecidas.	<i>"Talvez tenha que especificar um período, que pelo menos uma avaliação anual possa ser encampada pela direção, no sentido de rever e de atualizar."</i> (Júlia)	Ampliar o papel da Divisão Auxiliar de Pessoal (Comissão de Educação em Serviço Multi-profissional ?) buscando apoio nos departamentos de ensino, tais como, pedagogia, psicologia, sociologia, entre outros, visando a uma maior integração com as Comissões de Educação em Serviço do HU.	Disposição da Diretoria de Administração, através da Divisão Auxiliar de Pessoal, em assumir esse papel.	Diretoria de Administração, Divisão Auxiliar de Pessoal e Departamentos.
2.1- Definição e explicitação de uma política institucional	<i>"Deveria haver uma política institucional que permitisse que as três partes (instituição, usuário e</i>	Formar uma comissão permanente para estabelecer normas e rotinas da instituição e revisá-las periodicamente, levando em consideração principalmente as áreas críticas, tais como, vigilância, recepção, laboratório, serviço de prontuário, entre outros.	Conscientização crítico-reflexiva dos trabalhadores do hospital com relação a determinadas normas e rotinas.	Diretoria de Enfermagem e Comissão de Educação em Serviço.
2. Dificuldade de aplicação de um processo de formação		Realizar um seminário para definir a Política Institucional do HU , incluindo debates acerca da sua Filosofia e Objetivos, Regimento,	Que a Direção encampe a idéia.	Direção Geral em conjunto com demais Diretorias,

<p>continuada.</p> <p>a) Falta compromisso do profissional com a sua atualização.</p> <p>b) Falta participação, estímulo, disponibilidade e oportunidade para que a enfermagem recicle seus conhecimentos.</p> <p>c) Não se faz estudos de situação vivenciados pelos indivíduos hospitalizados.</p>	<p>partindo de princípios gerais norteadores da prática, que seja amplamente discutida, divulgada e atualizada (dinâmica no sentido de acompanhar as mudanças).</p>	<p><i>trabalhadores) tivessem os seus interesses igualmente representados."</i> (Andréa)</p>	<p>Modelo Assistencial e Administrativo, Plano de capacitação, entre outros.</p> <p>Proposta de encaminhamento do seminário:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Reuniões prévias em todos os setores do HU, departamentos e alunos para:</li> <li>levantamento das dificuldades na realização do seu trabalho;</li> <li>levantamento das dificuldades na inter-relação com os demais setores e que interferem na qualidade do trabalho;</li> <li>encaminhamento de propostas para a resolução dos problemas levantados; e</li> <li>escolha dos representantes para participar do seminário.</li> </ul> <p>-Representação dos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) técnicos administrativos do HU .</li> <li>b) docentes do CCS.</li> <li>c) alunos.</li> <li>d) representantes da comunidade.</li> </ul>	<p>Coordenadores de Cursos, Centros Acadêmicos e representantes da comunidade.</p>
<p>2.2- Que seja garantido ao sujeito hospitalizado uma assistência de qualidade.</p>	<p>"A nossa atuação tem que modificar o meio, nosso trabalho tem que mudar alguma coisa no paciente para que ele melhore, para que ele tenha uma assistência digna (...) pois se a gente presta uma assistência adequada o resultado vai aparecer."</p>	<p>Estabelecer condições para que o sujeito hospitalizado tenha uma assistência de qualidade.</p> <p>Condições no que se refere a instalações físicas, material permanente e de consumo e pessoal (onde as diversas categorias profissionais utilizassem a sua formação para uma finalidade comum: o homem hospitalizado.</p>	<p>Exercício da interdisciplinaridade e multidisciplinaridade.</p> <p>O estabelecimento de uma política institucional.</p>	<p>Profissionais envolvidos na assistência e Direção Geral.</p> <p>Direção, Comissão de Educação em Serviço e toda Equipe de Enfermagem.</p>

2.3- Compromisso profissional	<p>(Joana)</p> <p><i>"O compromisso de se manter atualizado, que a educação continuada não é uma coisa unilateral, não parte só da instituição, parte do profissional, do trabalhador."</i></p> <p>(Lia)</p>	<p>Obs: basicamente todos os itens apontados nos planos de ação visam, incluem a qualidade da assistência.</p> <p>Assistir ao cliente com equidade, na sua uniciversidade, visando ao atendimento globalizado.</p> <p>Incluir na assistência os familiares.</p> <p>Avaliar, manusear e utilizar adequadamente o material fornecido.</p> <p>Reconhecer e valorizar os aspectos positivos (compromisso) e as potencialidades do trabalhador.</p> <p>Por ser um hospital escola ter o compromisso de contribuir para o processo ensino-aprendizagem.</p> <p>Por se tratar de uma instituição que lida diretamente com o ser humano ter o compromisso de prestar uma assistência de qualidade.</p>	<p>Instrumentalizar o trabalhador no sentido de apreender e desenvolver um modelo de atendimento globalizado.</p> <p>Que os familiares tenham acesso às informações e decisões e participem efetivamente da assistência.</p> <p>A instituição deve fornecer o material adequado e suficiente para o desenvolvimento do trabalho.</p> <p>Que o enfermeiro coordenador da equipe esteja atento ao grupo em que atua.</p> <p>Que haja uma efetiva integração docente assistencial onde todos os envolvidos tenham acesso ao conhecimento e se envolvam na programação das atividades de ensino.</p> <p>Compromisso profissional, condições de trabalho adequadas e formação continuada que possibilite estar atento a inovações e mudanças contínuas no trabalho.</p>	<p>Comissão de Educação em Serviço e Equipe de Enfermagem.</p> <p>Comissão de Educação em Serviço e Equipe de Enfermagem.</p> <p>Direção, chefias e Equipe de Enfermagem.</p> <p>Chefia e Equipe de Enfermagem.</p> <p>Docentes e Equipe de Enfermagem.</p> <p>Toda enfermagem.</p>
-------------------------------	--	--	--	---

2.4- Garantia de formação continuada	<p><i>"Ter formação continuada como um processo de mão dupla, de crescimento profissional individual e coletivo, de acordo com os interesses da instituição e do trabalhador."</i> (Andréa)</p>	Elaborar uma política de capacitação geral para o HU, com base nas normas da UFSC, que garanta liberação e reposição para cobertura dos afastamentos.	Formação de uma comissão formada pelas diversas categorias profissionais para elaborar o plano.	Direção Geral e Conselho Diretor do HU.
2.5- Incentivo à pesquisa	<p><i>"Eu acho que tem que ficar claro na cabeça das pessoas que além do incentivo tem que ter a clareza de que a pesquisa, que a teoria e a prática estão inter-relacionadas e isso não está claro."</i> (Lia)</p>	<p>Divulgar os mecanismos de acesso aos órgãos financiadores de pesquisa .</p> <p>Favorecer a liberação dos funcionários para participar de jornadas, congressos, cursos de aperfeiçoamento, especialização, mestrado e doutorado.</p> <p>Criar assessoria para grupos de pesquisa.</p> <p>Implantar núcleos de pesquisa no HU e estimular a participação nos núcleos de pesquisa já consolidados</p>	<p>Que a instituição, através do Centro de Estudos, busque informações junto aos órgãos competentes da Universidade</p> <p>Rodízio para liberação dos eventos quando há vários interessados no mesmo setor.</p> <p>Auxílio financeiro para quem vai apresentar trabalho em eventos.</p> <p>Garantir liberação para mestrado e doutorado em tempo integral, asseguradas as normas da UFSC, com garantias de cobertura.</p> <p>Promover cursos sobre metodologia de pesquisa</p> <p>Envolver pós- graduandos do HU e departamentos de ensino.</p> <p>Identificar recursos humanos interessados e capacitadores para tal.</p>	<p>Direção Geral e Centro de Estudos.</p> <p>Divisão Auxiliar de Pessoal com respectivas chefias do pessoal envolvido.</p> <p>Direção Geral Direção Geral.</p> <p>Centro de Estudos. Direção Geral e Departamentos de Ensino.</p>



2.6- Lideranças com capacidade.	<p><i>“Não só as chefias de enfermagem, porque de certa forma a enfermagem tem durante o curso uma formação em administração. Agora as pessoas que ocupassem cargo de chefia tivessem pelo menos alguma fundamentação para poderem assumir esses cargos, quer dizer competência técnica mesmo para isso, eu acho que a grande maioria não tem, e aí dá no que dá....”</i> (Lia)</p>	da UFSC.	Equipamentos (ex: microcomputadores ligados a outras universidades e bibliotecas com fax-modem), área física e financiamento para executar os projetos.	Direção Geral, Centro de Estudos e interessados.
<p><i>“Uma efetiva cooperação docente-assistencial deve estabelecer a relação entre ensino e assistência, deve explicitar o que se quer ensinar e o como se quer ensinar, culminando em propostas de ensino e assistência que sejam integradas, mutuamente</i></p>	<p>Estabelecer um perfil para ocupação de cargos de chefia.</p> <p>Instrumentalizar as chefias.</p>	<p>Estabelecer os requisitos para ocupação de cargos de chefia a partir de consulta prévia aos trabalhadores do HU.</p> <p>Fazer programas de educação continuada.</p>	<p>Divisão Auxiliar de Pessoal e servidores.</p> <p>Divisão Auxiliar de Pessoal.</p>	
2.7- Efetiva cooperação docente-assistencial	<p>Ampliar o papel da Divisão Auxiliar de Pessoal (Comissão de Educação em Serviço Multi Profissional ?) buscando apoio nos departamentos de ensino, tais como,</p>	<p>Criar uma instância permanente de discussão do ensino, pesquisa e extensão entre a Direção Geral e os Departamentos que atuam no HU.</p>	<p>Disposição de ambas as partes Elaborar calendário de reuniões.</p> <p>Disposição da Diretoria de Administração, através da Divisão Auxiliar de Pessoal,</p>	<p>Direção Geral e Departamentos de Ensino.</p> <p>Diretoria de Administração,</p>

3- Dificuldades nas relações de trabalho entre as diferentes categorias de enfermagem.	3.1- Gestão participativa (nova relação do poder institucional).	<i>complementares e voltadas para pontos comuns.</i> " (Andréa)	pedagogia, psicologia, sociologia, entre outros, visando uma maior integração com as Comissões de Educação em Serviço do HU.	em assumir esse papel.	Divisão Auxiliar de Pessoal e Departamentos.
	3.1- Gestão participativa (nova relação do poder institucional).	<i>"Seria certo para o sujeito trabalhador que as grandes decisões que envolvessem toda a instituição fossem tomadas em conjunto."</i> (Ísis)	Manter reuniões mensais nos setores para discutir problemas específicos e questões gerais do HU.	Participação de todos os funcionários.	Direção Geral, chefias e representantes do Conselho Diretor.
	3.2- Compromisso profissional	<i>"A maneira como tu trabalhas, a maneira como tu ajudas as pessoas, a maneira como tu pedes para uma pessoa, tudo isso é uma questão de postura. E essa postura é essencial para o desenvolvimento do teu trabalho."</i> (Joana)	Assistir ao cliente com equidade, na sua unicversidade, visando ao atendimento globalizado.  Incluir na assistência os familiares.  Avaliar, manusear e utilizar adequadamente o material fornecido.  Reconhecer e valorizar os aspectos positivos (compromisso) e as potencialidades do trabalhador. Por ser um hospital escola ter o compromisso de contribuir para o processo ensino-aprendizagem.	Instrumentalizar o trabalhador no sentido de apreender e desenvolver um modelo de atendimento globalizado.  Que os familiares tenham acesso às informações e decisões e participem efetivamente da assistência. A instituição deve fornecer o material adequado e suficiente para o desenvolvimento do trabalho.  Que o enfermeiro coordenador da equipe esteja atento ao grupo em que atua. Que haja uma efetiva integração docente assistencial onde todos os envolvidos tenham acesso ao conhecimento e se envolvam na programação das atividades de ensino.	Comissão de Educação em Serviço e Equipe de Enfermagem.  Comissão de educação em Serviço e Equipe de Enfermagem. Direção, chefias e Equipe de Enfermagem. Chefia e Equipe de Enfermagem. Docentes e Equipe de Enfermagem.

<p>3.3- Reorganização interna do trabalho da enfermagem, a partir da democratização do pensar e do fazer, onde o planejamento e a execução são coletivos.</p>	<p>Por se tratar de uma instituição que lida diretamente com o ser humano ter o compromisso de prestar uma assistência de qualidade.</p>	<p>Compromisso profissional, condições de trabalho adequadas e formação continuada que possibilite estar atento a inovações e mudanças contínuas no trabalho.</p>	<p>Toda enfermagem.</p>
<p>"Tu como profissional deténs um saber e esse saber que tu deténs deve ser repassado para a pessoa que vai receber a informação ou o cuidado. A partir do momento que tu te propões a fazer uma prescrição junto com ele, planejar com ele a sua assistência, tu vais pensar mais e dar explicações a ele. Eu acho que tu podes envolvê-lo, ele provavelmente vai colaborar e tem uma vantagem muito grande aí." (Joice)</p>	<p>Buscar uma metodologia de assistência que sustente a especificidade do trabalho da enfermagem na perspectiva de principalmente ver o sujeito hospitalizado em sua individualidade (uni-diversidade) e onde toda a equipe possa planejar e executar as atividades a serem desenvolvidas.</p>	<p>Discussão ampla com a equipe de enfermagem do que significa enfermagem, trabalho em equipe, método de assistência, sujeito hospitalizado. Estabelecer uma comissão permanente de mobilização quanto à importância da metodologia.</p>	<p>Diretoria de Enfermagem como um todo, ou seja, discussão a partir das seções, no sentido de formar embasamento e conjunto de crenças que subsidiem a elaboração desta metodologia.</p>
<p>Buscar avaliação democrática em todos sentidos e não apenas vertical, aprimorando as relações de trabalho através da busca de objetivos comuns.</p>	<p>Buscar que todos os setores formem equipes de trabalho em todos os períodos, visando assistir ao sujeito hospitalizado de forma globalizada.</p>	<p>Fazer com que todos acreditem no trabalho em equipe, através de discussão ampla com as categorias.</p>	<p>Diretoria de Enfermagem . Diretoria de Enfermagem, Comissão de Educação em Serviço Seções.</p>
<p>Buscar integração entre seções do mesmo serviço, dos serviços e</p>	<p>Garantir avaliação conjunta da equipe por turno e por setor. Fazer um trabalho de "conscientização" entre</p>	<p>Garantir avaliação conjunta da equipe por turno e por setor. Fazer um trabalho de "conscientização" entre</p>	<p>Diretoria de Enfermagem</p>

<p>divisões.</p> <p>Rever atribuições do pessoal de enfermagem periodicamente, por equipe de trabalho, no sentido de adequá-las às mudanças.</p>	<p>chefias e equipe de enfermagem buscando maior integração.</p> <p>Discutir nas seções periodicamente as atribuições.</p> <p>Criar comissão permanente composta pelas diversas categorias para atualizar atribuições.</p>	<p>Enfermeiros com sua equipe. Diretoria de Enfermagem como um todo.</p>
<p>Buscar adequar as rotinas às necessidades do sujeito hospitalizado e não apenas ao sujeito trabalhador.</p>	<p>Discutir amplamente as rotinas e conscientizar os trabalhadores de que a prioridade é o sujeito hospitalizado.</p>	<p>Direção Geral e Diretorias.</p>
<p>Que o enfermeiro e a equipe percebem a supervisão como um processo educativo.</p>	<p>Elaborar programa que instrumentalize os enfermeiros na realização da supervisão, de forma dinâmica e que os motivem.</p> <p>Promover debates com a equipe de enfermagem acerca do entendimento de supervisão.</p>	<p>Comissão de Educação em Serviço e chefias.</p>
<p>Separar as atividades administrativas ligadas à assistência das atividades administrativas gerais.</p>	<p>Rever atribuições da equipe de enfermagem no sentido de adequá-las às mudanças.</p>	<p>Diretoria de Enfermagem.</p>
<p>Formar equipes de trabalho compostas por enfermeiros, auxiliares e / ou técnicos de enfermagem (estabelecer o número máximo de pacientes a assistir)</p>	<p>Discutir nas seções periodicamente as atribuições.</p> <p>Número suficiente de equipes de trabalho.</p>	<p>Enfermeiros com sua equipe Direção Geral e Diretoria de Enfermagem.</p>

4- Controle rigoroso dos funcionários.			<p>onde o planejamento e a distribuição das atividades pudesse ser discutida obedecendo aos critérios de complexidade da atividade e os de afinidade com o cuidado a desempenhar.</p> <p>Que houvesse escriturários no período diurno ( até às 19 horas ) e nos feriados e finais de semana (essa cobertura poderia ser feita por bolsistas).</p>	<p>Ampliar o número de escriturários e abertura de vagas para bolsistas.</p> <p>Direção Geral e Diretoria de Enfermagem.</p>
4.1- Gestão participativa (nova relação de poder institucional).		<p>"Temos que ter outros mecanismos de participação, pois hoje tu não consegues mais fazer uma reunião no HU (...) porque as pessoas têm dois, três empregos e não vêm (...) "(Júlia)</p>	<p>Manter reuniões mensais nos setores para discutir problemas específicos e questões gerais do HU.</p>	<p>Participação de todos os funcionários.</p> <p>Direção Geral, chefias e representantes do Conselho Diretor.</p>
4.2- Reorganização interna do trabalho da enfermagem, a partir da democratização do pensar e do fazer, onde o planejamento e a execução são coletivos.		<p>"No HU, desde a sua inauguração, o trabalho da enfermagem foi organizado para que o enfermeiro detivesse um poder que possibilitaria a ele ser insubstituível, e o fato de se fazer insubstituível na verdade garantiu a ele um espaço na unidade de internação (...) "(Joice)</p>	<p>Buscar uma metodologia de assistência que sustente a especificidade do trabalho da enfermagem na perspectiva de principalmente ver o sujeito hospitalizado em sua individualidade (uni-diversidade) e onde toda a equipe possa planejar e executar as atividades a serem desenvolvidas.</p> <p>Buscar que todos os setores formem equipes de trabalho em todos os períodos, visando assistir ao sujeito hospitalizado de forma globalizada.</p>	<p>Discussão ampla com a equipe de enfermagem do que significa enfermagem, trabalho em equipe, método de assistência, sujeito hospitalizado.</p> <p>Estabelecer uma comissão permanente de mobilização quanto à importância da metodologia.</p> <p>Fazer com que todos acreditem no trabalho em equipe, através de discussão ampla com as categorias.</p> <p>Diretoria de Enfermagem como um todo, ou seja, discussão a partir das seções, no sentido de formar embasamento e conjunto de crenças que subsidiem a elaboração desta metodologia. Diretoria de Enfermagem.</p>

<p>Buscar avaliação democrática em todos os sentidos e não apenas vertical, aprimorando as relações de trabalho através da busca de objetivos comuns.</p>	<p>Instrumentalizar os enfermeiros e equipe para realização das avaliações.</p>	<p>Diretoria de Enfermagem, Comissão de Educação em Serviço Seções.</p>
<p>Buscar integração entre seções do mesmo serviço, dos serviços e divisões.</p>	<p>Garantir avaliação conjunta da equipe por turno e por setor. Fazer um trabalho de "conscientização" entre chefias e equipe de enfermagem buscando maior integração.</p>	<p>Diretoria de Enfermagem</p>
<p>Rever atribuições do pessoal de enfermagem periodicamente, por equipe de trabalho, no sentido de adequá-las às mudanças.</p>	<p>Discutir nas seções periodicamente as atribuições Criar comissão permanente composta pelas diversas categorias para atualizar atribuições..</p>	<p>Enfermeiros com sua equipe. Diretoria de Enfermagem como um todo.</p>
<p>Buscar adequar as rotinas às necessidades do sujeito hospitalizado e não apenas ao sujeito trabalhador.</p>	<p>Discutir amplamente as rotinas e conscientizar os trabalhadores de que a prioridade é o sujeito hospitalizado.</p>	<p>Direção Geral e Diretorias.</p>
<p>Que o enfermeiro e a equipe percebam a supervisão como um processo educativo.</p>	<p>Elaborar programa que instrumentalize os enfermeiros na realização da supervisão, de forma dinâmica e que os motivem. Promover debates com a equipe de enfermagem acerca do entendimento de supervisão.</p>	<p>Comissão de Educação em Serviço e chefias.</p>
<p>Separar as atividades</p>	<p>Rever atribuições da equipe de</p>	<p>Diretoria de</p>

<p><b>S- As condições de trabalho colocadas pela instituição geram insatisfação aos trabalhadores.</b></p> <p><b>a) Insatisfação com a jornada de trabalho de 12 horas nos finais de semana.</b></p> <p><b>b) Escala de trabalho de acordo com a disponibilidade do</b></p>	<p><b>5.1- Valorização do sujeito trabalhador</b></p>	<p><i>"(...) a questão da área física para descanso e para alimentação por exemplo. Não se tem ainda um local de descanso no período noturno (...) é tudo meio camuflado, a gente sai com o colchão embaixo do braço (...) até fazendo uma comparação, a área médica tem o seu local de descanso, a enfermagem não tem por quê? (Joana)</i></p>	<p>administrativas ligadas à assistência das atividades administrativas gerais.</p> <p>Formar equipes de trabalho compostas por enfermeiros, auxiliares e / ou técnicos de enfermagem ( estabelecer o número máximo de pacientes a assistir) onde o planejamento e a distribuição das atividades pudesse ser discutida obedecendo aos critérios de complexidade da atividade e os de afinidade com o cuidado a desempenhar.</p> <p>Que houvesse escriturários no período diurno ( até às 19 horas ) e nos feriados e finais de semana (essa cobertura poderia ser feita por bolsistas).</p>	<p>enfermagem no sentido de adequá-las às mudanças. Discutir nas seções periodicamente as atribuições Número suficiente de equipes de trabalho.</p> <p>Ampliar o número de escriturários e abertura de vagas para bolsistas.</p>	<p>Enfermagem.</p> <p>Enfermeiros com sua equipe.</p> <p>Direção Geral e Diretoria de Enfermagem.</p> <p>Direção Geral e Diretoria de Enfermagem.</p>
			<p>Oficializar a jornada de trabalho de 30 horas semanais.</p> <p>Propiciar local adequado para lanche e descanso (um local ampliado, por andar, para lanche e um local concentrado para descanso).</p> <p>Piso salarial ( atualização do plano de carreira no que se refere à remuneração ).</p>	<p>Mobilização dos servidores e pressão junto à Reitoria e Direção Geral do H. U.</p> <p>Mobilização dos servidores, cooperação da direção Reorganização do espaço físico.</p> <p>Mobilização dos servidores através dos sindicatos na perspectiva de elaboração de novo plano de cargos e</p>	<p>Reitoria .</p> <p>Direção Geral, Direção de Enfermagem e pessoal de enfermagem.</p> <p>Sindicato dos Servidores e</p>

<p>setor</p>		<p>Propiciar liberação para participar de cursos de atualização, graduação e pós-graduação.</p> <p>Apoio financeiro para cursos de atualização e pós-graduação.</p> <p>Equidade de condições de trabalho a todos os servidores da UFSC.</p> <p>Priorizar, canalizar o interesse, desejo, aptidão do trabalhador às suas áreas de preferência.</p> <p>Introduzir, por local de trabalho, um psicólogo que abordasse no grupo as relações de trabalho e interpessoais e as questões referentes ao fato de trabalhar direta e diariamente com a dor, doença, morte e sofrimento.</p>	<p>salários.</p> <p>Elaboração, pela Diretoria de Enfermagem, de um plano de capacitação do pessoal de enfermagem.</p> <p>Participação da enfermagem no orçamento do hospital.</p> <p>Verificar junto aos órgãos financiadores possibilidade de concessão de bolsa ou auxílio financeiro.</p> <p>Mobilização do servidor do HU. Regulamentação das normas acerca das condições de trabalho dos servidores.</p> <p>Criação de mecanismos internos para alocar os trabalhadores conforme suas preferências.</p> <p>Contratação de psicólogos ou assessoria via departamento de psicologia.</p>	<p>servidores.</p> <p>Direção de Enfermagem e pessoal de enfermagem.</p> <p>Direção Geral, Diretoria de Enfermagem e pessoal de enfermagem.</p> <p>Reitoria com os diversos segmentos da UFSC.</p> <p>Direção de Enfermagem e pessoal de enfermagem.</p> <p>Direção do hospital e de enfermagem.</p>
<p>6- Falta de princípios e crenças que norteiem o trabalho da enfermagem</p>	<p>6.1- Definição e explicitação de uma política institucional partindo de princípios gerais norteadores da prática, que seja</p>	<p>"(...) é, a política institucional deveria contemplar princípios éticos." (Júlia</p>	<p>Que a Direção encampe a idéia.</p>	<p>Direção Geral em conjunto com demais Diretorias, Coordenadores de Cursos, Centros Acadêmicos e representantes da</p>



<p>amplamente discutida, divulgada e atualizada (dinâmica no sentido de acompanhar as mudanças).</p>	<p>seminário: -Reuniões prévias em todos os setores do HU, departamentos e alunos para: levantamento das dificuldades na realização do seu trabalho; levantamento das dificuldades na inter-relação com os demais setores e que interferem na qualidade do trabalho; encaminhamento de propostas para a resolução dos problemas levantados; e escolha dos representantes para participar do seminário. -Representação dos: a) técnicos administrativos do HU. b) docentes do CCS. c) alunos. d) representantes da comunidade.</p>	<p>Comunidade.</p>
<p>6.2- Enfermagem com princípios gerais de organização.</p>	<p>Fazer os planejamentos das unidades de forma participativa.</p> <p>Atualizar a filosofia e os princípios da enfermagem com toda a equipe e divulgá-los amplamente.</p>	<p>Que a equipe de enfermagem acredite na construção coletiva.</p> <p>Criar uma comissão permanente com representação de todas as categorias e de todas as unidades para reelaborar a filosofia e princípios que devem ser amplamente divulgados.</p>
<p>“A enfermagem deveria ter toda a infra-estrutura necessária para poder dedicar-se de forma integral ao sujeito hospitalizado”. (Joana)</p>	<p>Chefias com servidores.</p> <p>Diretoria de Enfermagem e Departamento de Enfermagem.</p>	

6.3- Organização dos trabalhadores.	<p><i>“Que houvesse uma participação mais efetiva junto às entidades representativas da categoria”.</i></p> <p>(Ísis)</p>	<p>Introduzir novos conteúdos de administração para que a enfermagem possa ampliar e/ou estabelecer com mais concreticidade seu papel em nível de organização da assistência.</p> <p>Estimular a participação dos trabalhadores nos órgãos de classe. Criar um fórum de discussão dos problemas da enfermagem, permitindo inclusive a discussão de assuntos do Conselho Diretor, com representantes das diversas categorias e unidades e Departamento de Enfermagem. Conscientizar os líderes em relação à importância dos órgãos de classe.</p> <p>Buscar maior integração com o Departamento de Enfermagem para favorecer a execução das ações propostas.</p>	<p>Que haja participação de outros profissionais (administradores, pedagogos, sociólogos, entre outros).</p>	Diretoria de Enfermagem e Departamento de Enfermagem.
6.4- Espírito de corpo (organização trabalhista).	<p><i>“Que o enfermeiro fosse consciente de sua função social e da necessidade de organização enquanto categoria e na totalidade da organização enquanto trabalhador, no enfrentamento por melhores condições de trabalho”.</i></p> <p>(Ísis)</p>	<p>Divulgar os órgãos de classe e estimular participação nos eventos.</p> <p>Que se estimule a criação deste fórum, ressaltando inclusive a sua importância e participação das categorias neste fórum.</p> <p>Fazer reuniões com lideranças do HU e representantes dos órgãos de classe.</p> <p>Garantir participação efetiva do Departamento nas discussões e proposições da equipe de enfermagem do HU.</p>	<p>Predisposição do exercício da cidadania e que em nível coletivo a categoria profissional cobre da instituição liberação dos representantes.</p>	<p>Diretoria de Enfermagem e chefias.</p> <p>Diretoria de Enfermagem e chefia do Departamento, Coordenação do Curso.</p> <p>Direção Geral e profissionais de saúde.</p>

6.5- Co-responsabilidade com a empresa.	"Que as pessoas se localizem e entendam qual é o seu papel lá na engrenagem, qual a importância do seu papel [...]". (Joice)	Viabilizar planejamento e orçamento participativo descentralizado, a partir dos planejamentos dos setores.	Apoio da instituição no sentido de viabilizar a proposta.	Direção Geral e chefias.
6.6- Compromisso profissional.	"Que as pessoas se responsabilizem por aquilo que estão fazendo. Há, por exemplo, pessoas que tiram as prescrições, que checam e podem até não executar (...)" (Joice)	Assistir ao cliente com equidade, na sua unicidade, visando ao atendimento globalizado.  Incluir na assistência os familiares.  Avaliar, manusear e utilizar adequadamente o material fornecido.  Reconhecer e valorizar os aspectos positivos (compromisso) e as potencialidades do trabalhador.  Por ser um hospital escola ter o compromisso de contribuir para o processo ensino-aprendizagem.  Por se tratar de uma instituição que lida diretamente com o ser humano	Instrumentalizar o trabalhador no sentido de apreender e desenvolver um modelo de atendimento globalizado.  Que os familiares tenham acesso às informações e decisões e participem efetivamente da assistência. A instituição deve fornecer o material adequado e suficiente para o desenvolvimento do trabalho. Que o enfermeiro coordenador da equipe esteja atento ao grupo em que atua.  Que haja uma efetiva cooperação docente assistencial onde todos os envolvidos tenham acesso ao conhecimento e se envolvam na programação das atividades de ensino. Compromisso profissional, condições de trabalho	Comissão de Educação em Serviço e Equipe de Enfermagem.  Comissão de Educação em Serviço e Equipe de Enfermagem. Direção, chefias e Equipe de Enfermagem.  Chefia e Equipe de Enfermagem.  Docentes e Equipe de Enfermagem .  Toda enfermagem.

6.7- Gestão participativa (nova relação de poder institucional).	"Dá para explicar melhor que tipo de participação vocês estavam apontando quando colocaram este "certo"? Seria participar das grandes decisões que envolvem a instituição; tais como previsão de orçamento, distribuição de verbas?" (Júlia)	ter o compromisso de prestar uma assistência de qualidade.	Manter reuniões mensais nos setores para discutir problemas específicos e questões gerais do HU.	adequadas e formação continuada que possibilite estar atento à inovações e mudanças contínuas no trabalho.	Participação de todos os funcionários.  Direção Geral, chefias e representantes do Conselho Diretor.
6.8- Acesso à informação sobre o trabalho e instituição.	"Saber o que está acontecendo no que se refere a cursos, encontros, coisas que acontecem relacionadas à enfermagem(...)"(Joana)	Realização de um seminário anual para avaliação e atualização do planejamento plurianual com divulgação dos resultados.	Reuniões setoriais para discussão, elaboração de propostas e escolha de representantes além das chefias.		
6.9- Garantia de formação continuada	"a gente sabe que aqui no HU não tem nada de livros para a enfermagem (...) se surge alguma dúvida tem que se recorrer a alguém que tenha livros guardados no setor (...) O hospital não assina um periódico à disposição dos enfermeiros." (Joana)	Elaborar uma política de capacitação geral para o HU, com base nas normas da UFSC, que garanta liberação e reposição para cobertura dos afastamentos.	Formação de uma comissão formada pelas diversas categorias profissionais para elaborar o plano.	Direção Geral e Conselho Diretor do HU.	

6.10- Lideranças com capacidade	"(...) que as chefias tivessem algum conhecimento em administração e saúde." (Júlia)	Estabelecer um perfil para ocupação de cargos de chefia.  Instrumentalizar as chefias.	Estabelecer os requisitos para ocupação de cargos de chefia a partir de consulta prévia aos trabalhadores do HU.  Fazer programas de educação continuada.	Divisão Auxiliar de Pessoal e servidores.  Divisão Auxiliar de Pessoal.
6.11- Nova abordagem ética na interseção entre os trabalhos na área da saúde.	"A gente acaba sendo conivente e no fundo a gente não tinha que ser conivente, a gente tinha que ser um elo facilitador para que as coisas avançassem e melhorassem, e não ser conivente, calar a boca, ficar (...)" (Isis)	Revisão dos instrumentos pedagógicos utilizados pelo código de ética, através de seminários com as categorias profissionais da área da saúde, trazendo especialistas na área (filósofos, psicopedagogos, entre outros).	Predisposição institucional para viabilizar a proposta.	As comissões de ética da instituição
6.12- Respaldo ao trabalhador	"Respaldo é assim quando eu digo: 'sinto muito mas eu não posso fazer'. Eu não estou falando por mim, estou representando a instituição e eu sei que se essa pessoa for na direção e disser: 'ela não quis fazer', o diretor vai dizer: 'Nós não podemos fazer.' Entende? Na verdade a gente é testa de ferro do hospital." (Yara)	Estabelecer uma comissão de ética multiprofissional.	Predisposição institucional para viabilizar a proposta.	Direção Geral.

6.13- Aquisição e troca de experiência no trabalho	<p><i>"Que a gente não precisasse se sentir culpada quando tivesse que pedir socorro a um atendente ou a um auxiliar."</i></p> <p>(Joana)</p>	<p>Que os trabalhadores, através de sua prática, de certa maneira "forcem"/levem a instituição a respaldar e valorizar o seu processo de trabalho.</p>	<p>Que os trabalhadores incorporem essa nova "práxis".</p>	<p>Profissionais de saúde.</p>
		<p>Possibilitar o rodízio de todos os profissionais pelos diversos setores, em todos os turnos, respeitando as preferências e capacitação.</p>	<p>Garantir o rodízio na abertura de vagas. Possibilitar estágio interno extra horário, no setor pretendido.</p>	<p>Direção, Comissão de Educação em Serviço.</p>
		<p>Garantir o acesso a todas as informações e tomada de decisões aos trabalhadores de enfermagem.</p>	<p>Criar mecanismos que possibilitem o acesso às informações e tomadas de decisões aos trabalhadores de enfermagem.</p>	<p>Direção e trabalhadores de enfermagem.</p>
		<p>Promover cursos de treinamento e reciclagem continuamente e estimular a participação, oferecendo subsídios como liberação, financiamento, entre outros.</p>	<p>Realizar os treinamentos, dividindo-os em dois grupos: um grupo faz a assistência, e outro, participa do treinamento.</p>	<p>Comissão de Educação em Serviço, pessoal das unidades envolvidas e docentes.</p>
		<p>Promover reuniões para estudo de situações vivenciadas pelo indivíduo hospitalizado.</p>	<p>Realizar reuniões semanais para apresentação de estudo de situação de um cliente assistido na unidade.</p>	<p>Equipe de Enfermagem</p>
		<p>Promover intercâmbio entre as instituições, para toda equipe de enfermagem.</p>	<p>Apoio das instituições, disponibilidade dos funcionários.</p>	<p>Direção, Comissão de Educação em Serviço e Chefias de Enfermagem.</p>
		<p>Promover cooperação docente-assistencial.</p>	<p>Compromisso e disponibilidade dos funcionários.</p>	<p>Docentes e equipe de enfermagem.</p>

<p>6.14- Reorganização do fluxo de trabalho considerando a especificidade de cada atividade e o respeito aos papéis profissionais.</p>	<p>"Se houvesse uma articulação maior, quem sabe, as coisas seriam mais rápidas. (...) Quem sabe a gente pudesse trabalhar em conjunto, mas se respeitando (...)" (Joice)</p>	<p>Garantir treinamento de pelo menos 15 dias para o recém admitido, alocando-o no setor e turno de preferência, se possível.  Buscar uma metodologia de assistência que sustente a especificidade do trabalho da enfermagem na perspectiva de principalmente ver o sujeito hospitalizado em sua individualidade (uni-diversidade) é onde toda a equipe possa planejar e executar as atividades a serem desenvolvidas.  Buscar que todos os setores formem equipes de trabalho em todos os períodos, visando assistir ao sujeito hospitalizado de forma globalizada. Buscar avaliação democrática em todos sentidos e não apenas vertical, aprimorando as relações de trabalho através da busca de objetivos</p>	<p>Garantir no plano de trabalho dos docentes carga horária pra atuar no H.U. Estimular a participação da equipe de enfermagem nas aulas teóricas.  Haver disponibilidade de vagas.</p> <p>Discussão ampla com a equipe de enfermagem do trabalho em equipe, método de assistência, sujeito hospitalizado. Estabelecer uma comissão permanente de mobilização quanto à importância da metodologia.</p> <p>Fazer com que todos acreditem no trabalho em equipe, através de discussão ampla com as categorias. Instrumentalizar os enfermeiros e equipe para realização das avaliações. Garantir avaliação conjunta</p>	<p>Chefias e Comissão de Educação em Serviço.  Diretoria de Enfermagem como um todo, ou seja, discussão a partir das seções, no seatido de formar embasamento e conjunto de erenças que subsidiem a elaboração desta metodologia. Diretoria de Enfermagem .  Diretoria de Enfermagem, Comissão de Educação em</p>
--	---	--	---	---

	comuns.	da equipe por turno e por setor	Serviço Seções
6.15- Favorecer a formação do espaço intersubjetivo	"(...) às vezes tu chegas, tens a tua personalidade, teu jeito de ser, é difícil que as pessoas aceitem, porque o pessoal, na nossa profissão(...) esquece de respeitar o teu jeito de ser, esquece que nem todo mundo é igual (...)" (Marilyn)	Buscar integração entre seções do mesmo serviço, dos serviços e divisões.	Diretoria de Enfermagem
6.16- Incentivo à dedicação exclusiva no trabalho.	"Acho que 90% dos que trabalham na enfermagem aqui do HU têm dois empregos, quase todas as pessoas daqui que eu conheço têm dois empregos." (Marilyn)	Promover cursos, encontros e oficinas por grupo de trabalho para abordar a questão da humanização.  Promover confraternizações com todos os servidores.	Comissão de Educação em Serviço  Direção de Enfermagem e pessoal de enfermagem.
6.17- Interposição de tecnologias de apoio ao trabalho.	"(...) por exemplo, informatizar o serviço no que se refere a alterações de dieta, aviso de alta, pedidos extra de medicação (...)" (Andréa)	Favorecer/estimular a participação dos servidores em órgãos de classe para manter as categorias informadas acerca das lutas em nível nacional para revisão do plano de carreira do servidor público federal.  Equipar adequadamente o hospital com tecnologia de ponta, evitando o contínuo deslocamento tanto do sujeito trabalhador como do sujeito hospitalizado para outras instituições (para realizar exames) Equipar as unidades com	Direção Geral, Reitoria e Servidores.  Direção.  Comissão de
		Fazer um trabalho de "conscientização" entre chefias e equipe de enfermagem buscando maior integração.	
		Fazer programa de	



6.18- Integração interprofissional	<p><i>"Na verdade, o nosso trabalho está organizado muito dentro de cada categoria profissional (...) não há um trabalho mais interativo (...)</i> <i>(Joana)</i></p>	<p>computadores para facilitar a realização da metodologia, pesquisa, para evitar o extravio de exames de laboratório, arquivar manuais de normas, procedimentos e rotinas, fazer pedidos de farmácia, almoxarifado, solicitação de serviço, etc.</p> <p>Criar instrumentos que viabilizem a reflexão do saber/fazer diário através do aprimoramento do método de assistência.</p> <p>Promover encontros nos quais as diversas categorias profissionais apresentem como se dá o seu processo de trabalho (em nível de enfermagem num primeiro plano) e paralelamente uma proposta de multidisciplinaridade.</p>	<p>educação continuada que permita o uso da informática.</p> <p>Que haja interesse das pessoas em construir essa nova "práxis".</p> <p>Que haja predisposição e espaço (em termos de tempo) das pessoas em participar.</p>	<p>Educação e Serviço e Divisão Auxiliar de Pessoal.</p> <p>Diretoria de Enfermagem.</p> <p>Direção Geral e Diretorias.</p>
6.19- Autonomia no exercício do trabalho.	<p><i>"(...) no dia a dia as coisas ficam muito assim dependendo de outras categorias (...) a gente esbarra numa série de entraves, sejam eles burocráticos, de falta de comunicação".</i> <i>(Julia)</i></p>	<p>Promover encontros nos quais a enfermagem discuta seu processo de trabalho bem como o processo de trabalho dos outros profissionais da área da saúde.</p> <p>Desenvolver um método de assistência que amplie, através da aquisição de novos conhecimentos, ou aprofunde ou responda a especificidade do trabalho da enfermagem.</p>	<p>Que em nível individual e coletivo houvesse predisposição em participar.</p> <p>Que o trabalho desenvolvido pelo grupo de pesquisa possa ser concluído.</p>	<p>As diversas categorias da área da saúde.</p> <p>O grupo de pesquisa.</p>

<p>6.20- Reenquadramento dos profissionais habilitados de acordo com as necessidades da instituição</p>	<p><i>"Por exemplo, a questão dos atendentes que fizeram o técnico e até hoje não conseguiram ser reenquadrados enquanto técnicos. Antes de abrir o concurso externo deveria ser feito primeiramente um enquadramento internamente".</i> (Lia)</p>	<p>Favorecer/estimular a participação dos servidores em órgãos de classe para manter as categorias informadas acerca das lutas em nível nacional para revisão do plano de carreira do servidor público federal.</p>	<p>Sensibilização em nível federal para revisão do plano de carreira do servidor público federal.</p>	<p>Direção Geral, Reitoria e Servidores.</p>
<p>6.21- Estabelecer vínculos com outras unidades que prestam assistência à população.</p>	<p><i>"Isso possibilitaria uma maior resolutividade às ações de saúde."</i> (Lia)</p>	<p>Fazer um levantamento dos recursos de saúde atuais no que se refere ao sistema de referência e contra referência.  Criar mecanismos de divulgação dos serviços já existentes na comunidade. Fazer encaminhamentos conforme vínculos estabelecidos.</p>	<p>Formação de uma comissão interinstitucional.  Acesso aos meios de informação. Cumprir o instrumento de encaminhamento.</p>	<p>Secretaria Estadual de Saúde e Hospital Universitário.  A instituição e a comunidade. Equipe de saúde.</p>
<p>6.22- Reorganização interna do trabalho, a partir da democratização do pensar e do fazer, onde o planejamento e a execução são coletivos.</p>	<p><i>"(...) então acho que talvez falte uma divisão mais clara de trabalho entre o enfermeiro que é da assistência e o enfermeiro que está na chefia."</i> (Lia)</p>	<p>Buscar uma metodologia de assistência que sustente a especificidade do trabalho da enfermagem na perspectiva de principalmente ver o sujeito hospitalizado em sua individualidade (uni-diversidade) e onde toda a equipe possa planejar e executar as atividades a serem desenvolvidas.</p>	<p>Discussão ampla com a equipe de enfermagem do que significa enfermagem, trabalho em equipe, método de assistência, sujeito hospitalizado. Estabelecer uma comissão permanente de mobilização quanto à importância da metodologia.</p>	<p>Diretoria de Enfermagem como um todo, ou seja, discussão a partir das seções, no sentido de formar embasamento e conjunto de crenças que subsidiem a elaboração desta metodologia.</p>

<p>Buscar que todos os setores formem equipes de trabalho em todos os períodos, visando assistir ao sujeito hospitalizado de forma globalizada.</p> <p>Buscar avaliação democrática em todos sentidos e não apenas vertical, aprimorando as relações de trabalho através da busca de objetivos comuns.</p>	<p>Fazer com que todos acreditem no trabalho em equipe, através de discussão ampla com as categorias.</p> <p>Instrumentalizar os enfermeiros e equipe para realização das avaliações.</p> <p>Garantir avaliação conjunta da equipe por turno e por setor.</p>	<p>Diretoria de Enfermagem.</p> <p>Diretoria de Enfermagem, Comissão de Educação em serviço</p>
<p>Buscar integração entre seções do mesmo serviço, dos serviços e divisões.</p>	<p>Fazer um trabalho de "conscientização" entre chefias e equipe de enfermagem buscando maior integração.</p>	<p>Seções. Diretoria de Enfermagem</p>
<p>Rever atribuições do pessoal de enfermagem periodicamente, por equipe de trabalho, no sentido de adequá-las às mudanças.</p>	<p>Discutir nas seções periodicamente as atribuições</p> <p>Criar comissão permanente composta pelas diversas categorias para atualizar atribuições..</p>	<p>Enfermeiros com sua equipe.</p> <p>Diretoria de Enfermagem como um todo.</p>
<p>Buscar adequar as rotinas às necessidades do sujeito hospitalizado e não apenas ao sujeito trabalhador.</p>	<p>Discutir amplamente as rotinas e conscientizar os trabalhadores de que a prioridade é o sujeito hospitalizado.</p>	<p>Direção Geral e Diretorias.</p>
<p>Que o enfermeiro e a equipe percebam a supervisão como um processo educativo.</p>	<p>Elaborar programa que instrumentalize os enfermeiros na realização da supervisão, de forma dinâmica e que os motivem.</p> <p>Promover debates com a equipe de enfermagem</p>	<p>Comissão de Educação em Serviço e chefias.</p>

6.23- Reorganização do espaço físico do sujeito hospitalizado.	"Quem sabe, colocar os pacientes independentes próximos uns dos outros" (Marília)	Separar as atividades administrativas ligadas à assistência das atividades administrativas gerais.  Formar equipes de trabalho compostas por enfermeiros, auxiliares e / ou técnicos de enfermagem ( estabelecer o número máximo de pacientes a assistir) onde o planejamento e a distribuição das atividades pudesse ser discutida obedecendo aos critérios de complexidade da atividade e os de afinidade com o cuidado a desempenhar.  Que houvesse escriturários no período diurno ( até às 19 horas ) e nos feriados e finais de semana (essa cobertura poderia ser feita por bolsistas).	acerca do entendimento de supervisão. Rever atribuições da equipe de enfermagem no sentido de adequá-las às mudanças. Discutir nas seções periodicamente as atribuições. Número suficiente de equipes de trabalho.	Diretoria de Enfermagem.  Enfermeiros com sua equipe. Direção Geral e Diretoria de Enfermagem.
		Colocar os pacientes mais graves próximo ao posto de enfermagem. (Determinar número de leitos por especialidade sem no entanto alocá-los)	Ampliar o número de escriturários e abertura de vagas para bolsistas.	Direção Geral e Diretoria de Enfermagem.
			Que a chefia de seção e o chefe do respectivo serviço de medicina envolvido coordenassem os debates para viabilizar a proposta no sentido de dar autonomia à enfermagem para tomar as econdutas necessárias à reorganização do espaço físico do sujeito hospitalizado.	Diretoria de Medicina, Diretoria de Enfermagem e seções.

6.24- Valorização do sujeito trabalhador	<p><i>"Que a enfermagem fosse valorizada como profissão e não como doação. Ser bem remunerado né, que o dinheiro fosse suficiente para o lazer, para a educação, para a saúde..."</i></p> <p>(Yara)</p>	<p>Oficializar a jornada de trabalho de 30 horas semanais.</p> <p>Propiciar local adequado para lanche e descanso (um local por andar para lanche e um local concentrado para descanso).</p> <p>Piso salarial (atualização do plano de carreira no que se refere à remuneração).</p> <p>Propiciar liberação para participar de cursos de atualização, graduação e pós-graduação.</p> <p>Apoio financeiro para cursos de atualização e pós-graduação.</p>	<p>Mobilização dos servidores e pressão junto à Reitoria e Direção Geral do H.U.</p> <p>Mobilização dos servidores, cooperação da direção</p> <p>Reorganização do espaço físico.</p> <p>Mobilização dos servidores através dos sindicatos na perspectiva de elaboração de novo plano de cargos e salários.</p> <p>Elaboração, pela Diretoria de Enfermagem, de um plano de capacitação do pessoal de enfermagem.</p> <p>Participação da enfermagem no orçamento do hospital. Verificar junto aos órgãos financiadores possibilidade de concessão de bolsa ou auxílio financeiro.</p> <p>Mobilização do servidor do HU. Regulamentação das normas acerca das condições de trabalho dos servidores.</p> <p>Criação de mecanismos internos para alocar os trabalhadores conforme suas preferências.</p> <p>Contratação de psicólogos</p>	<p>Reitoria.</p> <p>Direção Geral, Direção de Enfermagem e pessoal de enfermagem.</p> <p>Sindicato dos Servidores e servidores</p> <p>Direção de Enfermagem e pessoal de enfermagem.</p> <p>Direção Geral, Diretoria de Enfermagem e pessoal de enfermagem.</p> <p>Reitoria com os diversos segmentos da UFSC.</p> <p>Direção de enfermagem e pessoal de enfermagem.</p> <p>Direção do</p>
		<p>Equidade de condições de trabalho a todos os servidores da UFSC.</p> <p>Priorizar, canalizar o interesse, desejo, aptidão do trabalhador às suas áreas de preferência.</p> <p>Introduzir, por local de trabalho, um</p>	<p>Reitoria com os diversos segmentos da UFSC.</p> <p>Direção de enfermagem e pessoal de enfermagem.</p> <p>Direção do</p>	<p>Reitoria com os diversos segmentos da UFSC.</p> <p>Direção de enfermagem e pessoal de enfermagem.</p> <p>Direção do</p>

<p>6.25- Que seja garantido ao sujeito hospitalizado uma assistência de qualidade.</p>	<p><i>"A gente tem usado muito a família para a intervenção nesse sentido. Por isso é que é importante a família estar junto, ela pode ajudar a garantir a qualidade."</i> (Isis)</p>	<p>psicólogo que abordasse no grupo as relações de trabalho e interpessoais e as questões referentes ao fato de trabalhar direta e diariamente com a dor, doença, morte e sofrimento.</p>	<p>ou assessoria via departamento de psicologia.</p>	<p>hospital e de enfermagem.</p>
<p>6.26- Respeitar a individualidade (unidade) do sujeito hospitalizado.</p>	<p><i>"Cada um é um, será que é possível enxergar isso dentro de uma instituição hospitalar?"</i> (Andréa)</p>	<p>Estabelecer condições para que o sujeito hospitalizado tenha uma assistência de qualidade. Condições no que se refere a instalações físicas, material permanente e de consumo e pessoal (onde as diversas categorias profissionais utilizassem a sua formação para uma finalidade comum: o homem hospitalizado. Obs: basicamente todos os itens apontados nos planos de ação visam, incluem a qualidade da assistência.</p>	<p>Exercício da interdisciplinaridade e multidisciplinaridade. O estabelecimento de uma política institucional.</p>	<p>Profissionais envolvidos na assistência e Direção Geral. Direção, Comissão de Educação em Serviço e toda equipe de enfermagem.</p>
<p>6.27- Atender rapidamente ao chamado do paciente</p>	<p><i>"Por isso que eu digo sempre que o trabalho tem que transcender a coisa do fazer, porque quando tu pensares que atender</i></p>	<p>Conhecer o cliente e suas necessidades básicas afetadas.  Orientar o cliente sobre cada procedimento a ser realizado respeitando sua privacidade. Respeitar seus hábitos e costumes, considerando os limites que a instituição coloca</p>	<p>Equipe de enfermagem deve estar consciente da importância de se respeitar a individualidade do cliente.  Estabelecer um método de assistência que possibilite abordar estas questões. Fazer um levantamento sobre hábitos e costumes de cada cliente</p>	<p>Equipe de enfermagem</p>
<p>6.27- Atender rapidamente ao chamado do paciente</p>	<p><i>"Por isso que eu digo sempre que o trabalho tem que transcender a coisa do fazer, porque quando tu pensares que atender</i></p>	<p>Ver a assistência ao cliente como prioridade da equipe de enfermagem.  Cliente deve estar consciente de seus direitos e deveres</p>	<p>Ter uma equipe de enfermagem comprometida com a assistência.  Orientação ao sujeito</p>	<p>Equipe de enfermagem.  Sujeito</p>

	<i>rapidamente alguém, mesmo que isso te custe muito, pode significar muito para determinados pacientes, a tua ação te superou (...)."</i> (Andréa)			hospitalizado e equipe de saúde.
6.28- Providenciar, na medida do possível, privacidade para os pacientes em estado terminal	<i>"Acho que deve ser muito duro para alguém que está hospitalizado ver o outro do seu lado morrer."</i> (Joice)	Possibilitar, na medida do possível, aos clientes em estado terminal instalações privativas.	Conscientizar a equipe de saúde e a administração do hospital da necessidade de ambiente adequado para pacientes terminais, para proporcionar aos familiares e clientes maior tranquilidade para enfrentar este momento.	Administração do hospital e equipe de saúde.
6.29- Garantia de sigilo das informações a seu respeito	<i>"O paciente é que tem que autorizar a repassar uma informação sigilosa."</i> (Joana)	Treinamento com a equipe de enfermagem onde sejam abordados princípios éticos e ética profissional. Estudo do código de ética da enfermagem.	Garantir ao cliente o sigilo das informações a seu respeito.	Chefias, Comissão de Educação em Serviço.
6.30- Que a assistência fosse organizada em função do sujeito hospitalizado	<i>"No HU, o leito é para a especialidade, e não para o paciente."</i> (Joana)	Que na proposta de método de assistência se realizasse no levantamento de dados na internação perguntas de como gostaria de ser atendido pela enfermagem em relação aos hábitos pessoais, alimentares, crenças, entre outros Realizar e afixar em local acessível ao cliente ambulatorial uma escala dos horários médicos. Incluir telefone da chefia médica. Colocar na política da instituição compromisso de organizar a assistência em função do sujeito	Conscientização dos enfermeiros acerca da humanização da assistência.  Que a chefia médica acate a sugestão e implemente a idéia.	Diretoria de Medicina.  Direção Geral

<p>6.31- Que independente da cor, sexo, idade, nacionalidade, o sujeito hospitalizado fosse atendido de forma igual, isto é, fosse tratado como cidadão.</p>	<p>"E o que é ser tratado como cidadão?" (<i>Andréa</i>)</p>	<p>hospitalizado e adotar medidas concretas para o efetivo atendimento do sujeito hospitalizado.</p> <p>A equipe de enfermagem deve assegurar ao cliente um tratamento igualitário. O cliente deve estar ciente de seus direitos.</p>	<p>Conscientização dos dirigentes em encampar a idéia.</p> <p>Equipe de enfermagem ciente dos direitos do cidadão, assim como todo serviço de apoio.</p>	<p>mais Comissão de Revisão da Política da Instituição.</p> <p>Equipe de enfermagem e serviço de apoio.</p>
<p>6.32- Possibilidade de receber visita em qualquer horário.</p>	<p>"Para a maioria das pessoas no hospital, visita atrapalha." (<i>Lia</i>)</p>	<p>Liberação do horário de visitas até às 22 horas, desde que com limitação do número de pessoas no quarto do cliente. (Orientar cliente e familiares para que se organizem evitando acúmulo de visitas em um horário).</p>	<p>Sensibilizar a Direção do hospital para liberação do horário de visitas.</p>	<p>Equipe de enfermagem juntamente com suas chefias.</p>
<p>6.33- Que sujeito hospitalizado pudesse subir para a internação em qualquer horário</p>	<p>"Para que se possa mudar algumas normas estabelecidas há muito tempo é necessário se colocar no lugar do outro: já pensaste, tu vindo do interior, passando por uma consulta no ambulatório, ter a internação garantida e não poder subir depois de não sei quantas horas de viagem e de espera?" (<i>Estela</i>)</p>	<p>Que as unidades de internação se organizassem, na passagem de plantão, no sentido de manter alguém da enfermagem no posto de enfermagem.</p>	<p>Que as unidades de internação assumam a proposta.</p>	<p>A Diretoria de Enfermagem.</p>
<p>6.34- Ter um sistema de avaliação</p>	<p>"Um instrumento de avaliação talvez forçasse</p>	<p>Elaborar um instrumento para avaliação do serviço prestado na</p>	<p>Formação de uma equipe para aplicar um instrumento</p>	<p>Direção Geral.</p>



que possibilite ao paciente expressar a qualidade da assistência recebida.	<i>algumas pessoas a rever determinadas atitudes." (Joice)</i>	instituição dirigido ao sujeito hospitalizado.	acessível à nossa clientela.	
6.35- Garantia de respeito à crença religiosa e caso o paciente solicite possibilitar o acesso do líder religioso.	<i>"Muitas vezes um líder religioso traz conforto(...)" (Joana)</i>	Respeitar a crença religiosa do cliente e favorecer visita de líder religioso caso o cliente solicite, independente de crença religiosa.	Equipe de saúde ciente dos direitos à crença religiosa de cada cliente.	Equipe de saúde.
6.36- Direito à privacidade no que diz respeito ao seu corpo.	<i>"(...) mas tu darias um banho ou gostarias de receber um banho de porta aberta?" (Joice)</i>	Ao prestar cuidados que exponham o cliente, a equipe de enfermagem não pode esquecer do uso de biombo ou lençóis para garantir sua privacidade. Deve-se expor somente a região da realização do cuidado.	Fazer um trabalho de conscientização da equipe de enfermagem sobre o direitos que o cliente tem à privacidade.	Comissão de Educação em Serviço, chefias de enfermagem e enfermeiros.
6.37- Ao internarse, que houvesse um instrumento que colocasse um questionamento acerca de como gostaria de ser atendido pela enfermagem.	<i>"A maioria dos pacientes procura agradecer e diz sempre: vocês é que sabem." (Joana)</i>	Que na proposta de método de assistência fosse contemplado esse item.	Que seja elaborada uma proposta de método de assistência.	Diretoria de Enfermagem.
6.38- Ter participação ativa e dinâmica em sua assistência hospitalar.	<i>"É que o paciente também vem preparado para ser atendido, assim, ele tem receio de falar: se eu reclamar depois vão ficar com raiva de mim." (Lia)</i>	Estimular o cliente no seu autocuidado envolvendo a família no período de internação bem como conscientizar o sujeito hospitalizado e sua família de seus direitos e deveres.	Conscientização do pessoal de enfermagem da importância do ensino e orientação do cliente e familiares. Que haja interesse do cliente e seus familiares na participação das questões referentes à internação.	Equipe de enfermagem, equipe de saúde, cliente e familiares.

7-Problema Implícito	6.39- Que o sujeito hospitalizado tenha acesso a todas as informações que lhe digam respeito (acesso ao prontuário e outras informações)	"Eu acho que os profissionais deveriam saber disso aí." (Ísis)	Favorecer e estimular o exercício da cidadania do sujeito hospitalizado.	O exercício da cidadania do sujeito hospitalizado.	A instituição como um todo nos mais diversos segmentos.
	7.1 Relação individual com o trabalho.	<i>"(...) gostar da profissão então nem se fala (...) a profissão é um meio de ganhar dinheiro, aliás, nós abrimos o cartaz botando assim: o certo para o trabalhador é ganhar dinheiro para sobreviver, foi a primeira coisa que nós botamos, mas depois, na filosofia, foi indo lá pra baixo e o certo é ganhar dinheiro assim, desse jeito". (apontando para os itens colocados pelo grupo)". (Tara)</i>	Organizar o trabalho de forma a contemplar os interesses da instituição, da equipe de trabalho e a capacidade criativa e organizacional do trabalhador.	Comprometimento da equipe de trabalho em promover as mudanças na concepção, organização e relações de trabalho.	Equipe de enfermagem.

A partir da análise dos dados foi possível vislumbrar a possibilidade de elaboração teórica que contemplasse a perspectiva de aprofundar as questões relativas ao trabalho da enfermagem, inserido num modo de produção específico, a partir de relações formais e normatizadas no interior da instituição hospitalar.

A próxima etapa, portanto, é a apresentação de uma proposta - uma perspectiva sócio-humanista no “modo de fazer” o trabalho de enfermagem, já com as modificações propostas pelo grupo de representantes.

## **5 - UMA PERSPECTIVA SÓCIO-HUMANISTA PARA UM “MODO DE FAZER” O TRABALHO DE ENFERMAGEM**

### **5.1. Pressupostos**

Dentro da perspectiva construtivista e a partir do conteúdo metodológico apresentado, é que a construção dessa etapa foi baseada inicialmente em todos os dados coletados, através de um processo de construção coletiva, em que se discutiu as questões relativas ao trabalho desenvolvido em instituição hospitalar e especificamente, o trabalho da enfermagem.

Apesar de ter sido eu a propor a forma e o conteúdo, esse momento construído tem relação direta com aquilo que o grupo pensa. No plano da elaboração teórica esse processo foi individual, no entanto, no plano da discussão anterior (a primeira etapa metodológica) e no momento em que a proposta foi referendada, o processo de construção foi coletivo e aponta o que um grupo de representantes da enfermagem do HU deseja para o seu exercício profissional.

É, assim, esta etapa, um trabalho de síntese, a partir de todos os dados que foram coletados durante o processo de construção.

As pressuposições, a seguir apresentadas, abrangem dois aspectos fundamentais - a valorização do sujeito e a valorização do trabalho.

Isso muda a perspectiva de assistência de enfermagem prestada no HU, uma vez que o método de assistência de enfermagem implantado, apesar de todas as vantagens na sua

utilização, conforme aponta Leopardi (1991), tem como base de sustentação um sistema que valoriza exclusivamente o enfermeiro e não a enfermagem. Neste sentido, é que a minha proposta é, então, não uma tentativa de acabar com os aspectos positivos que a enfermagem do HU assimilou, principalmente o planejamento da assistência, mas sim, dirigir esse planejamento para a verdadeira finalidade desse trabalho.

Com base nisso é que surgiram as duas categorias. Na categoria valorização do sujeito destaca-se a questão da perspectiva de um homem inteiro, global naquilo que ele tem da sua socialidade e naquilo que ele tem da sua subjetividade. E isso inclui tanto o sujeito hospitalizado quanto o sujeito trabalhador, na possibilidade de os dois interferirem diretamente no processo.

E, na perspectiva da valorização do trabalho, aí incluídos aspectos como a competência profissional através da ampliação da base de conhecimento, para fugir em parte do exclusivamente biológico, para verdadeiramente se entrar na discussão ética e filosófica do que seja uma assistência integral, na perspectiva da equidiversidade. E isso só será possível se houver uma perspectiva de autonomia num âmbito político, embora não haja possibilidade de autonomia no âmbito pragmático, por ser um trabalho coletivo envolvendo diversos profissionais. Pode-se apontar ainda a necessidade de se buscar, nesse âmbito político, a interdisciplinaridade, não como uma coisa do modismo, mas como uma exigência da própria atividade, o que não exclui a possibilidade de autonomia relativa.

Assim são estabelecidos como **pressupostos** que:

1 - as necessidades do sujeito hospitalizado, em qualquer circunstância, devem ter precedência sobre as dos demais sujeitos envolvidos numa instituição hospitalar. Isso exige que a assistência seja organizada em função do indivíduo que procura atendimento na instituição hospitalar. Tendo as necessidades do sujeito hospitalizado precedência sobre as dos demais, há que se criar mecanismos de respeito à sua individualidade (equidiversidade), de participação ativa e dinâmica em sua assistência, de avaliação da assistência que recebe, de atendê-lo como cidadão, de privacidade ao seu corpo, de respeito à sua crença religiosa, enfim, de criação de normas e rotinas que sejam dirigidas à integralidade desse sujeito que, por alguma circunstância, em algum momento da sua vida, submete-se à hospitalização;

2 - o processo de vida de qualquer indivíduo envolve várias dimensões ( biológica, psicológica, afetiva, social, cultural, ética, política, ), não tendo uma precedência sobre a outra. No entanto, ao se sujeitarem temporariamente à instituição hospitalar, os indivíduos expõem toda a sua fragilidade. Nesse momento, se os profissionais da área da saúde não aliarem à sua competência técnica a competência humanística, a situação vivida por esse sujeito pode ser ainda mais dolorosa. Para isto, há que se viver e experienciar plenamente os princípios apontados para o sujeito hospitalizado;

3 - o acesso, bem como o sigilo das informações que dizem respeito ao sujeito hospitalizado, são um direito inquestionável. Cabe aos trabalhadores da área de saúde, procurando sempre envolver os familiares, fornecer todas as informações necessárias e solicitadas e garantir o sigilo das mesmas;

4 - o local onde o indivíduo permanece durante sua hospitalização é preservado para ele, é organizado em função dele. Para isto, cabe à enfermagem, que, por circunstâncias, permanece diuturnamente na unidade de internação, a organização desse espaço, mantidos os princípios colocados por esses pressupostos;

5 - a definição e explicitação de uma política institucional, com a participação dos diversos segmentos, partindo de princípios gerais norteadores da prática, possibilita a construção de uma proposta que contemple os interesses dos indivíduos que procuram os serviços de saúde e dos trabalhadores, bem como da instituição que dá sustentação a esse processo. A utilização de adequada tecnologia a serviço do homem cria as condições técnicas necessárias para o atendimento do sujeito hospitalizado;

6 - quem constrói a instituição são os trabalhadores e administradores que nela atuam. Porém, no caso da instituição hospitalar, onde o serviço prestado envolve um outro indivíduo - o sujeito hospitalizado, ele também participa dessa construção. Portanto, quanto mais "sujeitos", isto é, quanto mais críticos esses indivíduos forem, tanto mais provavelmente a instituição irá desenvolver-se. A co-responsabilidade nessa construção é dos trabalhadores, da instituição, através de seus representantes, e dos indivíduos que buscam a instituição hospitalar para serem atendidos;

7 - o estabelecimento de vínculos com outras unidades que prestam assistência à população possibilita a constituição de um sistema de saúde descentralizado, através da

regionalização e hierarquização de serviços, na perspectiva de um atendimento de qualidade, aqui entendida como a possibilidade de visualizar os indivíduos que procuram os serviços de saúde na sua integralidade;

8 - A cisão entre estrutura e relações, entre a técnica e as características pessoais de quem a utiliza, foi acompanhada pela negação das individualidades, do papel dos indivíduos e da força da cotidianidade na produção e reprodução do trabalho em saúde. Não basta mais investir somente nas mudanças estruturais, pois na esfera assistencial, no plano do cuidado, a assistência de enfermagem pressupõe um envolvimento pessoal. As ações aí desenvolvidas transcendem a técnica. O modo de realizar o trabalho, as relações que aí se estabelecem aliadas à técnica, é que vão imprimir qualidade ao trabalho realizado. A relação que a enfermagem desenvolve no e com o seu trabalho ultrapassa o plano profissional, pois o trabalhador se coloca também como pessoa, e o sujeito hospitalizado é visto também como pessoa e não somente um cliente. Neste sentido, a relação passa a ser de outra ordem, ou seja, baseada na equidiversidade;

9 - o processo de trabalho em saúde é coletivo, onde cada área técnica executa parte dessas ações. Para isto, faz-se necessário a reconstrução de ações integradas, numa perspectiva interdisciplinar. Neste sentido, pode-se vislumbrar a perspectiva da democratização do pensar e do fazer, onde o planejamento e a execução sejam coletivos, tanto com o sujeito hospitalizado como com toda a equipe de enfermagem, equipe de saúde, levando a um compromisso, de modo que todos, sem exceção, se responsabilizem pelo processo que vive cada indivíduo hospitalizado, com suas necessidades específicas, com sua doença única;

10 - o estabelecimento de princípios éticos, na perspectiva de uma assistência digna, igualitária, universalizada, buscando o atendimento integral do indivíduo hospitalizado, é fundamental para a resolução dos conflitos e ambigüidades geradas a partir do processo de trabalho em saúde;

11 - as relações de trabalho são estabelecidas a partir das condições materiais e humanas postas, bem como das atribuições e delimitações próprias a cada profissão, de modo que cada profissão tenta estabelecer um campo específico de ações. Como no processo de trabalho em saúde os limites são de certa forma imprecisos e, muitas vezes se

superpõem, acontece o conflito. No entanto, esses conflitos necessitam ser encarados e podem servir para, num processo de reflexão conjunta, o crescimento individual e coletivo dos trabalhadores. Para isto, há que se estabelecer mecanismos institucionais, respeitando os limites historicamente colocados e ultrapassando outros, que apontem na direção de um atendimento de qualidade ao sujeito hospitalizado;

12 - a enfermagem pode, organizadamente, abrir caminhos consistentes na direção de sua participação efetiva na formulação de propostas e intervenção na prática institucional, na perspectiva de uma nova ordem hospitalar;

13 - um processo de formação continuada, através de reflexão coletiva, procurando vislumbrar a construção de outras possibilidades para o trabalho da enfermagem, pela unificação teoria/prática, leva a uma reorientação de valores, formação de consciências e mudanças de atitudes. A busca do conhecimento leva a um processo de desalienação. O profissional que não questiona o próprio saber está eticamente equivocado, pois o saber leva à argumentação segura e possibilita o desenvolvimento de nova mentalidade. O ato de pesquisar, bem como a utilização de novos conhecimentos permite o desenvolvimento de uma profissão e o desenvolvimento do mecanismo ação - reflexão - ação;

14 - exercer a enfermagem é exercê-la plenamente. Para isto, há que se ter à disposição os meios adequados e a força de trabalho qualificada. Reforça-se a questão dos meios adequados, colocando-se a necessidade de serviços de apoio qualificados/ Ou seja, Laboratório, Lavanderia, Raio X, entre outros, possibilitando à enfermagem a cobertura necessária para o desenvolvimento do seu trabalho junto ao sujeito hospitalizado; e

15 - a valorização do trabalhador se dá, entre tantos aspectos, através de adequadas condições de trabalho: jornadas menos extensas, salário compatível com a responsabilidade que o trabalho exige, material de trabalho em quantidade e qualidade suficientes, condições ambientais adequadas, suporte emocional pelo tipo de trabalho que desenvolve, número de pessoal em quantidade e qualidade suficientes para o desenvolvimento do trabalho. A valorização do trabalhador se dá também através da implantação de um processo de formação continuada que o leve a desenvolver-se pessoal e profissionalmente, gerando um compromisso que atende os dois sujeitos da instituição hospitalar: o próprio trabalhador e o sujeito hospitalizado. O primeiro, através do seu trabalho, pode criar as



condições necessárias para o desenvolvimento de uma vida digna de ser vivida. O segundo, em consequência do trabalho do primeiro, pode vir a receber um atendimento ético, humano, técnico e politicamente competente.

## 5.2. Conceitos

Na seqüência, onde são apresentados os conceitos, é fundamental que se esclareça que houve uma intenção compreensível pela estratégia construtivista, de fazer uma síntese das reflexões do grupo participante.

Durante o processo de reflexão levado a cabo pelo grupo participante, no momento em que se passa à construção da proposta de uma referência político-epistemológica para o trabalho da enfermagem, aparecem elaborações distintas. Tal distinção não expõe somente divergências conceituais. Mais do que isto, aponta para divergências no âmbito da própria caracterização das relações entre sujeito e objeto da assistência de enfermagem. Vão desde a idéia de respeito à individualidade (universidade) do sujeito hospitalizado até uma denúncia, num certo sentido, do desrespeito quando *“a gente no hospital interrompe hábitos pessoais que chacoalham mesmo (...) a gente vai cerceando, cerceando...”* (Yara)\* .

Os participantes assumem ora uma perspectiva mais flexível, admitindo a possibilidade de receber visita em qualquer horário, ora indicam uma realidade menos flexível, ao dizerem que *“as normas do hospital são muito rígidas em relação à visita, deveria ter mais flexibilidade. A visita deveria ser em qualquer horário, até para possibilitar que a família tivesse mais acesso à informação médica”* (Isis).

Em sua visão do dever-ser é fundamental *“o direito à privacidade, no que diz respeito ao seu corpo [ do sujeito hospitalizado]. Que independente da cor, idade, sexo, o sujeito hospitalizado fosse atendido de forma igual, isto é, fosse tratado como cidadão”* (Joice).

Essas são evidências de contradições entre as posições assumidas como social e eticamente indicadas e as posições efetivamente encontradas nas ações. Poder-se-ia supor que as primeiras se encontram num plano idealizado, longe da concretude e limitações do

---

\* Os nomes apresentados após as “falas” são fictícios e estas se referem à participação dos componentes do grupo.

trabalho da enfermagem. A evidência do ideal aqui, no entanto, corresponde ao desejo humano de transformação de uma realidade que criticam e não aceitam mais. Considere-se que em toda utopia permanece uma questão para ser respondida : em que base se dará sua concretização, quais suas possibilidades e quais os limites a serem enfrentados ?

Diante desta primeira reflexão que evidencia a multiplicidade de aspectos a serem considerados, proponho uma conceptualização sobre alguns dos principais focos que podem servir como premissas ontológicas, no sentido de que podem se constituir em gênese metodológica para o trabalho da enfermagem. São, pois, conceitos originados da expressão dos sujeitos particulares desse mesmo trabalho, aos quais pretendi fornecer uma característica de síntese entre essas expressões e minha própria enunciação.

1 - **HOMEM** - ser **natural** que surge em uma natureza dada, submetendo-se às leis naturais e dependendo da natureza para sobreviver. É parte dessa natureza, mas não se confunde com ela, pois usa a natureza transformando-a conscientemente, segundo suas necessidades. Nesse processo, se faz **humano** e passa a construir a sua história, se fazendo **histórico** .

Assim, o conceito de natureza humana não é uma abstração, é a própria essência do homem, que se manifesta na sua forma física, o corpo biológico, material ( com uma constituição anatômica e fisiológica, que se objetiva num todo harmônico, composto de várias estruturas, tais como, pele, coração, cérebro, pulmões, rins, numa composição que é própria da espécie ), o qual é também o instrumento que lhe possibilita, no transcorrer da história, manifestar, uma outra forma - a consciência, a qual podemos denominar como sua forma psicológica ( podendo se destacar aí os sentimentos de amor, paixão, solidariedade, ódio, raiva, compaixão, os desejos e vontades, o pensamento, a maior ou menor facilidade para aprender, a aptidão ou a preferência para exercer determinada atividade). A consciência do homem, sua forma psicológica, manifesta-se principalmente através da linguagem, o que possibilita a ele tornar-se **social, cultural** . A linguagem é, então, a mediação entre o homem natural e o homem social, cultural. O ser social é aquela “parte” do indivíduo que é construída nas suas relações com os outros homens, a partir de premissas, limites e condições materiais colocadas pela sociedade em que este indivíduo vive e da qual faz parte. Porém, nessa construção social deve haver espaço para que esse sujeito concreto, natural, humano, histórico, social possa ser reconhecido pela sua

singularidade, particularidade, **individualidade** . Ao mesmo tempo em que o homem é produto de suas relações sociais, essas relações sociais podem constituir a sua individualidade dentro da sua singularidade. O homem é singular porque tem um corpo natural humano, mas é também social porque sua existência, incluindo seu corpo, foi construída coletivamente, com outros homens. Neste sentido, ele está sempre transitando entre a sua particularidade, singularidade, individualidade e sua condição de ser social, cultural, genérico, universal. Nesse processo, objetivando-se no mundo, relacionando-se interna e externamente com a natureza e seu mundo construído, o homem na sua individualidade e nas suas relações com outros homens, na condição de sujeito de sua vida, construtor de sua liberdade e sua autonomia, pode ser pleno, inteiro, indivisível .

**2 - SOCIEDADE** - esfera existencial do homem e da qual faz parte, em conjunto com outros homens, construindo sua história, a partir de uma determinada estrutura que estabelece premissas, limites e condições materiais que, muitas vezes independem da sua vontade individual. A base de uma sociedade são as condições materiais, são elas que determinam a formação dessa sociedade, das suas instituições e regras de funcionamento, das suas idéias e dos seus valores. É a partir das condições materiais e do meio em que vive que o homem constrói a sua história, verifica os seus limites ou os ultrapassa, estabelece seus desejos, vontades.

O conceito de sociedade pôde ser previsto pelo grupo quando explicitou a necessidade de favorecer a formação de espaço intersubjetivo, pois a fala “(*...* )às vezes tu chegas, tens a tua personalidade, teu jeito de ser. É difícil que as pessoas aceitem, porque o pessoal, na nossa profissão, esquece de respeitar o teu jeito de ser, esquece que nem tudo é igual (...)” (Marília), aponta que os trabalhadores pertencem a diversos meios sociais, cada um com suas condições de vida específicas e relativas à sua posição na sociedade

**3 - TRABALHO** - o homem, no desenvolvimento de seu percurso histórico, aliando sua materialidade ( força física ) à sua capacidade de pensar e reagir, em suas relações com outros homens, para atender a sua necessidade natural de sobrevivência, determina uma outra forma de fenômeno - o trabalho, que consiste num modo diferenciado de intervenção sobre a natureza, definindo projetos, implementando-os, realizando produtos para além de si mesmo e da natureza, isto é, recria a natureza. O homem realiza, com o trabalho, um ato de recriação da natureza. No entanto, hoje, o trabalho não mais se reduz à atividade de

produção material, para responder a reprodução fisiobiológica ( “mundo da necessidade” ), mas envolve as dimensões sociais, culturais, artísticas, de lazer ... ( “mundo da liberdade” ), segundo Marx (1968 ). O trabalho é o ato fundante da objetivação humana. É a partir do processo de trabalho que o ser social realiza a reprodução de sua existência. Isto confere ao trabalho uma dimensão central na vida dos homens. Trabalho, então, é um “processo de que participam o homem e a natureza, processo em que o ser humano com a sua própria ação impulsiona, regula e controla seu intercâmbio material com a natureza. Defronta-se com a natureza como uma de suas forças. Põe em movimento as forças naturais de seu corpo, braços e pernas, cabeça e mãos, a fim de apropriar-se dos recursos da natureza, imprimindo-lhes forma útil à vida humana. Atuando assim sobre a natureza externa e modificando-a, ao mesmo tempo modifica sua própria natureza” (Marx, 1968, p. 202).

O conceito de trabalho pode ser delineado em diversos momentos das discussões em grupo, no entanto destaco uma fala quando o grupo aponta a necessidade de valorização do sujeito trabalhador: *“que a enfermagem fosse valorizada como profissão e não como doação (...) ser bem remunerado, que o dinheiro fosse suficiente para o lazer, para a educação, para a saúde...”* (Yara). Neste depoimento aparecem vários elementos que constituem o processo de trabalho, entre eles o “mundo da necessidade” e o “mundo da liberdade”.

**4- PROCESSO DE TRABALHO** - é o processo de atividade humana dirigida a um fim, por meio do qual os homens atuam sobre a natureza externa e a modificam, para que ela possa responder às suas necessidades, ao mesmo tempo em que modificam sua própria natureza. O trabalho, no seu percurso histórico foi institucionalizado, e, dessa institucionalização, surge a produção de bens e serviços.

Apontando que a assistência deveria ser organizada em função do sujeito hospitalizado, contrapondo-se ao fato de que *“no HU o leito é para a especialidade e não para o paciente”* (Joana), o grupo prevê o direcionamento da finalidade do trabalho, bem como coloca quem é o principal objeto de trabalho no processo de trabalho em saúde, possibilitando, assim, que fossem construídos outros conceitos.

- **Produção de bens** : é o que produz uma coisa material diversa, diferente dos elementos que entram no processo de produção. A produção precisa se tornar concreta para depois ser consumida.

- **Serviço** : não é, em geral, mais que uma expressão para o uso particular do trabalho, na medida em que não é útil como coisa, mas como atividade. O resultado dessa atividade não aparece separado do seu consumo, ou seja, ele coincide com o consumo. Por isso, não produz valor direto para ser comercializado. A própria atividade é a mercadoria para consumo, e ela não se materializa fora do trabalho ou do consumidor.

A produção de bens e de serviços dá-se através do processo de trabalho, que tem como elementos :

a) **finalidade** - o objetivo que orienta todo o processo de trabalho;

b) **objeto de trabalho** - a matéria a que se aplica o trabalho, aquilo sobre o que se realiza a atividade;

c) **instrumento de trabalho** - uma coisa ou complexo de coisas que o trabalhador insere, coloca entre si mesmo e o objeto de trabalho, e que lhe serve para dirigir sua atividade sobre esse objeto. O instrumento concretiza o processo de trabalho ; e

d) **força de trabalho** - conjunto de faculdades físicas e mentais existentes no corpo e na personalidade viva de um ser humano, as quais ele põe em ação toda vez que produz bens ou serviços de qualquer espécie. As condições de vida, de saúde e de trabalho, bem como a sua formação, são aspectos particulares que determinam estas faculdades físicas e mentais do trabalhador.

**5 - INSTITUIÇÃO** – é um espaço social formal, isto é, materialmente definido, onde se estabelecem relações de diferentes ordens, porém determinadas principalmente pelas relações sociais de produção de bens ou serviços. A instituição reflete a sociedade, que é determinada basicamente pelas condições materiais. A instituição não é uma entidade autônoma, independente dos indivíduos que nela trabalham. Ela é a objetivação das relações humanas e é, também, simultaneamente, a objetivação das múltiplas determinações materiais. A instituição formaliza as relações entre os humanos ( através da subjetividade e da cultura ) e os materiais ( pelos objetos construídos ou serviço produzido).

Ao assumir como um “certo” a ser apontado a co-responsabilidade com a empresa, ao verbalizarem *“que podendo assumir compromisso ético-profissional, individual e coletivo que demanda riscos, obrigações, mas também benefícios, que se efetivam nas relações do sujeito com o seu trabalho”* (Júlia) ,o grupo fornece as indicações para a elaboração do conceito de instituição.

A instituição não pode ser vista como um objeto fora das relações sociais e por ter essa característica é que ela pode ser modificada, pode sofrer transformações. Assim, nenhuma instituição se constitui sem um processo histórico-social de intersubjetividade. Como exemplo desse processo podemos definir historicamente o aparecimento dos hospitais no século XVIII, a partir da necessidade do internamento das pessoas, da necessidade de sua segregação para o tratamento. Com o tempo, essa concepção foi sendo reformulada, na medida em que a cultura e os conceitos acerca disso foram sendo reconstruídos. Uma instituição é, então, a efetivação de um longo processo histórico e social, ela é objeto concretizado a partir do pensamento e da construção histórica dos homens. No entanto, no interior das instituições torna-se difícil essa percepção, ela é diluída, uma vez que as instituições desempenham um papel estabilizador, porque, segundo Testa (1992 , p. 52 ), seu “eixo teórico-conceitual as afasta do conflito, para centrá-las no funcionamento”, na operacionalização, na execução.

**6 - INSTITUIÇÃO HOSPITALAR** – é um espaço social formal, isto é, materialmente definido, com todas as características do conceito anterior, onde se estabelecem relações de diferentes ordens, porém determinadas principalmente pelas relações sociais de produção de um trabalho dirigido a um outro homem—o sujeito hospitalizado. Portanto, a produção social não se dá em cima de algo material, o trabalho a ser desenvolvido envolve um outro homem, com tudo que o conceito de homem contempla.

Ao expressar que é necessário *“a criação de um órgão ou instrumento que permita discutir, negociar e atender aos interesses da instituição, do trabalhador e do usuário”* (Estela), pela constituição de uma política institucional, o grupo indica a necessidade de uma redefinição de instituição hospitalar.

Neste sentido, o hospital se tornará um lugar para relações entre sujeitos, cada qual com suas necessidades, interesses e possibilidades, construindo-se uma instituição real, para a internação de enfermos e sua terapêutica.

**7 - SUJEITO HOSPITALIZADO** - é aquele homem, indivíduo que, em seu percurso de vida, por alguma circunstância, necessita da intervenção dos serviços de saúde, submetendo-se à hospitalização. Esse indivíduo hospitalizado constitui-se nesse homem natural, humano, histórico, social, que se relaciona com outros homens, mas que é único, particular.

Apontando como “certo” que se garanta ao sujeito hospitalizado uma assistência de qualidade, contrapondo-se à fala *“o que a gente vê não é nem uma relação profissional, porque uma relação profissional exige certa responsabilidade, compromisso e me parece que a gente não tem isso garantido em todos os níveis da instituição”* (Isis), o grupo aponta para essa elaboração a partir da definição já apresentada para as categorias gerais de análise.

**8 - SUJEITO TRABALHADOR DA ÁREA DA SAÚDE** - é aquele homem, indivíduo que em seu percurso de vida, tem como atividade básica o exercício de alguma profissão ligada à área da saúde, desenvolvendo seu trabalho em instituição hospitalar, prestando atendimento de saúde, em conjunto com os demais trabalhadores da instituição em que atua.

O interesse para *“que se tenha equipe multiprofissional que integrasse os profissionais de todas as áreas”* (Lia), leva à necessidade de se buscar uma nova forma de concepção do trabalhador. Este trabalhador carrega todas as determinações existentes no seu mundo concreto, expressas nas relações do mundo do trabalho.

**9 - SUJEITO TRABALHADOR DE ENFERMAGEM** - é aquele homem, indivíduo que em seu percurso de vida, tem como atividade básica o exercício da enfermagem, desenvolvendo seu trabalho em instituição hospitalar, prestando atendimento de enfermagem ao sujeito hospitalizado, em conjunto com os demais trabalhadores da área da saúde. O sujeito trabalhador de enfermagem, no seu processo de trabalho, representa, genericamente, a força de trabalho da enfermagem.

O compromisso profissional aparece na fala: *“quando a gente entra na enfermagem, a gente sabe o que é enfermagem (...) eu sei onde fui me meter, eu sei que tem que ter plantão final de semana (...) se eu faltar, vou estar sacrificando o colega”* (Marília), e foi apontado como algo a ser considerado para se assumir o trabalho em toda a sua concretude.

As condições a que este trabalhador está exposto serão aquelas que derivam de sua característica histórico-social. A luta dos trabalhadores, por uma melhor qualidade de vida, inclui a luta no seu espaço de trabalho, pela sua valorização social.

**10 - PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE** - é um processo de trabalho coletivo, onde áreas técnicas específicas, como a medicina, farmácia, odontologia, nutrição, serviço social, enfermagem, entre outros, compõem o todo. Este processo, institucionalizado, tem como finalidade atender ao homem, que em algum momento de sua vida submete-se à hospitalização. Cabe, então, a cada área técnica específica, uma parcela desse atendimento. A delimitação dessa parcela bem como a organização desses trabalhos foi-se dando no percurso histórico, com o desenvolvimento da ciência e em decorrência da divisão social do trabalho na área da saúde, principalmente a partir de tarefas delegadas pela área médica.

Propondo integração interprofissional, em contraposição ao que é observado, o profissional quer recompor o processo como um todo. Ele pressente sua impropriedade, expressando que *“na verdade, o nosso trabalho está organizado muito dentro de cada categoria profissional, há o pessoal de enfermagem, o pessoal da medicina, não há um trabalho mais interativo mesmo entre os diversos profissionais”*(Lia).

O individualismo evidenciado na práxis nos sistemas de saúde é criticado, e, como contrapartida, pretende-se uma ação integrada, quem sabe na perspectiva interdisciplinar.

**11 - PROCESSO DE TRABALHO DA ENFERMAGEM** - é um processo de trabalho complementar e interdependente do processo de trabalho em saúde. Uma vez que a enfermagem é exercida por diversas categorias profissionais é também esse processo coletivo e ocorre por distribuição de partes dele entre seus diversos agentes. Nessa divisão do trabalho, as ações são hierarquizadas por complexidade de concepção e execução, o que exige habilidades diferentes para o manejo dos diversos instrumentos e métodos.<sup>11</sup>



Colocando a necessidade de reorganização interna do trabalho, a partir da democratização do pensar e do fazer, onde o planejamento e a execução sejam coletivos, eles expressam uma crítica a uma certa deturpação do trabalho, quando dizem que *"(...) a obrigatoriedade do enfermeiro é o método, é planejar a assistência"* (Isis). Como contraposição almejam uma nova atitude, quando perguntam: *"então, como a gente poderia fazer para aliar planejamento e execução do cuidado"* (Isis)? Indicam uma necessidade de fornecer uma unidade à ação, integrando, de algum modo, as parcelas de que se constitui, recompondo o que foi artificialmente separado.

Assim como no processo geral de trabalho, o processo de trabalho da enfermagem tem como elementos constitutivos :

**a) A Finalidade do trabalho da enfermagem em instituição hospitalar** - para se chegar à finalidade do trabalho, há que se abordar, primeiramente a qual necessidade ela está correspondendo. Ou seja, " não há modo de definir a finalidade de uma ação sem conhecer a necessidade que a determina, porque são elementos inseparáveis do processo de trabalho" (Leopardi, 1995 p. 24) .

No entanto, a necessidade não se apresenta unilateralmente. Sempre que há um trabalho ele pode ser determinado por mais de uma necessidade, as quais podem vir a corresponder a um ou mais de um sujeito, ou, mesmo, a mais de um grupo de sujeitos.

Assim, qualquer trabalho, e aqui incluo o trabalho da enfermagem e dos demais trabalhadores da área da saúde, acontece quando um sujeito, ou grupo de sujeitos, expressa uma necessidade. "A necessidade espelha de imediato o fim a que se destina esse movimento, ou seja, constitui-se imediatamente na finalidade de uma ação (...) a necessidade satisfeita é a própria finalidade de um trabalho" ( Leopardi, 1995, p. 23-24).

No caso específico do desenvolvimento do trabalho em saúde são postas as necessidades do sujeito hospitalizado (as quais, no meu entendimento, devem, em qualquer circunstância, ter precedência sobre as dos demais) e outras que não têm instantânea relação

---

\* Optei por colocar finalidade do trabalho em instituição hospitalar, uma vez que não posso descolar a enfermagem do contexto em que atua. Ela é institucionalizada, e, no caso específico deste estudo, acontece em instituição hospitalar. Portanto, não existe, a não ser idealmente, finalidade(s) para o trabalho da enfermagem externa a qualquer instituição bem como externa ao processo de trabalho em saúde.

com ele, mas que permeiam esse desenvolvimento, ou seja, as necessidades do trabalhador e as da instituição.

No entanto, o que define o trabalho em saúde é a necessidade expressa pelo sujeito que procura os serviços que são postos à sua disposição. Apesar de se ter em conta que os que trabalham em saúde também têm suas necessidades, sejam as de subsistência ou até mesmo as próprias de um indivíduo em exercer alguma atividade que lhe dê, além da subsistência, também prazer, satisfação, e que lhe possibilite construir uma vida digna de ser vivida, o que conta naquele momento especial de alguém que procura uma instituição hospitalar, é que é ele o centro do trabalho a ser desenvolvido..

Portanto, há que se ter em vista esse “leque” de necessidades quando se pretende delimitar ou especificar a(s) finalidade(s) do trabalho em saúde e, conseqüentemente, da enfermagem.

Discorrer, então, sobre finalidade do trabalho supõe a perspectiva de não ter como evitar o embate das finalidades postas por cada grupo social e, num plano mais particularizado, a finalidade individual de cada membro desses grupos sociais.

Além desses aspectos das necessidades, destaca-se outro que é a diferenciação entre necessidades genéricas (sociais) e as necessidades individuais, de cada indivíduo, já apontadas anteriormente, quando defendemos a prevalência das necessidades do sujeito hospitalizado sobre aquelas.

As necessidades genéricas de saúde são aquelas comuns a grupos, mas que, no interior do hospital, se projetam individualmente, e, portanto, para serem reais e objetivadas, faz-se mister serem vistas individualmente, colocadas por um corpo individual.

No entanto, a lógica do hospital é a lógica da necessidade genérica, como se o hospital estivesse apto a atender questões ou necessidades coletivas. Só que o objeto do hospital não é um grupo de pessoas, nem muito menos um grupo de doenças. É um indivíduo, que tem um corpo único, com um problema único, com uma doença só dele. E, ao fazer essa “generalização” das necessidades, a finalidade do trabalho no hospital passa a ser construída de forma artificial, abstrata, não possibilitando aos trabalhadores em saúde buscar, no seu processo de trabalho, a real finalidade para o mesmo.

Por isso é que Leopardi (1995, p. 24), defende que , no caso específico do sujeito hospitalizado, há que se “ultrapassar uma barreira epistemológica que é a de consagrar como dos indivíduos as necessidades sociais ( genéricas )”. Há que se deixar claro que a necessidade de saúde de um indivíduo não é uma necessidade qualquer, genérica, abstrata, como algo que corresponde à necessidade de todos. É sim uma “concreta e radical emergência de um sujeito com uma história peculiar e exclusiva” ( Leopardi, 1995, p.24). E esse é o grande desafio para nós da enfermagem : “separar o momento mais geral do plano institucional do momento concreto relativo ao plano de trabalho ( assistência ) para um indivíduo” ( Leopardi, 1995, p.24).

Após essas considerações, ou seja, deixando claro que não existe, quando se trata de reunir vários grupos sociais, como é o caso de uma instituição hospitalar, apenas uma finalidade posta para o trabalho, mas várias, que podem, dependendo das forças que as determinam, ser umas mais prioritárias que outras; e mostrando ainda que a lógica do hospital convencionou colocar a finalidade do trabalho de uma forma genérica, como se ela estivesse externa ao indivíduo internado, é que, neste momento, baseados em Leopardi (1995), podemos definir mais claramente como três(3) as finalidades para o trabalho em saúde:

1 - aquela finalidade formal, objetiva, típica de uma estrutura organizacional de nossos dias. Aquela finalidade colocada pelo discurso oficial, associada à técnica, normas rígidas, próprias de uma estrutura inflexível. Onde alguém com um problema específico procura os serviços desta instituição e é visto somente por este problema específico. Através de um discurso científico, legal e moral, esse alguém é atendido, entregando-se passivamente aos cuidados que outro alguém determinou seria o melhor para ele. É óbvio que ninguém é obrigado a procurar esse tipo de serviço, mas em nossa cultura esse é o legalizado, o recomendado, o oficial. Essa finalidade, me parece, está representada pelo pensamento dominante no interior das instituições de saúde, onde tudo que é possível de ser questionado deve poder ser excluído;

2 - uma outra, subjetiva, informal, correndo paralelamente, tentando ultrapassar os limites impostos pela primeira finalidade apontada. Ela é encontrada em cada indivíduo em sua singularidade, em sua particular forma de expor o que deseja dessa instituição a que está submetido e, não o contrário, onde ela (a instituição ) é que deveria submeter-se a ele, pois

“na nossa estrutura social, o que é particular, portanto propriedade de um sujeito, não coincide com o mundo social (...)” ( Leopardi, 1995, p.26). Do ponto de vista dos profissionais que atuam nas instituições hospitalares, há profissionais que se colocam somente vinculados àquela finalidade formal, objetiva, institucional, e, outros, que conseguem particularizar a necessidade do sujeito; e

3 - uma terceira, real, que se refere tanto à primeira como à segunda finalidade colocadas, porém “em graus variados, para mais ou para menos, dependendo da consciência\* do profissional sobre o processo de trabalho (...)” ( Leopardi, 1995, p.27), uma vez que é a finalidade que orienta todo o processo de trabalho. Acontece aí então um processo artificial, mas que passa a ser real em função da alienação\*\* do trabalhador, em que “o técnico “imagina” conhecer as necessidades do indivíduo, mas trabalha somente com necessidades gerais, que não particularizam os homens sob seus cuidados (...) . Faz um trabalho que realiza uma finalidade posta no sujeito apenas por aquela sua condição de pertencer a um grupo homogeneizado artificialmente. O sujeito sente algum alívio, sem dúvida, sua necessidade pode até ser satisfeita, mas tudo se passa como um processo casual, o que nem de longe caracterizaria uma práxis ética” ( Leopardi, 1995, p.27).

Hoje, o que se percebe nas instituições de saúde é que “a finalidade institucional se impõe sobre a finalidade do sujeito, na figura do médico, em primeiro lugar, e depois pelos outros profissionais de saúde (...). O sujeito da necessidade se abandona à instituição, onde é imediatamente enquadrado dentro da rotina, numa organização previamente estabelecida, ficando indiferenciado, como se fosse um simples objeto manipulável. A finalidade do sujeito é reinterpretada e subvertida - é de fato expropriada : recomposta pelo sistema normativo e regulada para ser “um problema de saúde “e não para ser de um sujeito que expressa este problema de saúde” ( Leopardi, 1995, p.27).

Quanto à enfermagem, que opera um trabalho de interdependência com todos os profissionais da área da saúde, é da mesma forma “cúmplice” nessa ordem institucional, pois na verdade, ela, através de um conjunto de estratégias, de rotinas determinadas a manter uma ordem institucional, organiza e possibilita a intervenção no corpo orgânico.

---

\* *Aqui entendida como a possibilidade de tomar ciência da realidade.*

\*\* *Vista aqui como a negação da realidade, como não tomar contato com a realidade.*

Quem é, na verdade, o sujeito da ordem hospitalar, seja por questões históricas e/ou ligadas à sua formação, é o médico. Mas é o restante da equipe de saúde que fornece a cobertura para essa intervenção.

Parece-me que nesse momento já dá para introduzir a questão do propósito do trabalho da enfermagem em instituição hospitalar, onde, acredito, estão postas duas formas de organização - uma, em que a organização é no sentido de atender às necessidades colocadas pela ordem institucional para o sujeito hospitalizado ou para o sujeito trabalhador, e, outra, que organiza a assistência no interior da instituição para possibilitar a concretização do processo geral de trabalho na saúde e para possibilitar a concretização da finalidade do sujeito hospitalizado.

No modo operatório de realizar o trabalho, é possível diferenciar e articular no trabalho coletivo, as parcelas diretamente assistenciais e aquelas que representam apoio administrativo ou infra-estrutural daquele diretamente assistencial.

Em nível assistencial, além de executar as suas atividades específicas, a enfermagem exerce esse trabalho de mediação entre o sujeito hospitalizado e as diversas profissões da área da saúde. E, ao organizar administrativamente o espaço físico do sujeito hospitalizado, além de executar as suas atividades administrativas específicas, a enfermagem também exerce um trabalho de mediação, entre o sujeito hospitalizado e as demais profissões da área da saúde.

O que se questiona, na verdade, é o modo, a forma como esse trabalho vem sendo realizado no decorrer dos tempos, a finalidade que vem sendo dada a esse trabalho. Pois, como intermediadora entre esses diversos trabalhos, a enfermagem tem buscado atender às necessidades ou finalidades postas pela instituição, como se fossem as mesmas dos sujeitos hospitalizados. Parece-me que, absolutamente, não são.

No entanto, acredito que essa situação possa ser superada e subvertida, a partir de um outro enfoque para o atendimento ao homem hospitalizado.

A enfermagem, no interior da instituição hospitalar, já tem o seu papel técnico definido. Mas, além disso, cabe a ela desenvolver outros instrumentos e conhecimentos, para, numa abordagem ética, política e humanamente diferenciada, sugerir, apontar outros caminhos de como cuidar de forma diferente, apesar do modelo focado.

Há que se pensar que a finalidade do trabalho, tanto da enfermagem como dos outros profissionais, tem que se dar de outra forma. Há que se ter um outro “olhar “. Um olhar em que se visualize primeiro o homem que está ali internado. Há que se olhar para a instituição a serviço desse homem. Esse homem com uma doença, com uma doença dentro dele e não externa a ele. Ou, então, ver só a doença. A doença deve ser posta como um entre os diversos parâmetros da vida do sujeito, pois a concreticidade do sujeito doente não é a doença. A doença é um aspecto, importante e muito, mas um aspecto daquele momento da vida do sujeito. Porque, com certeza, ele é bem mais do que a doença.

Há que se pensar em construir uma instituição dialogante, onde o paciente deixe de ser objeto para a cura, e passe a ser um sujeito de diálogo.

Há que se pensar que a condição humana do sujeito hospitalizado impõe desejos, vontades, e, que são esses desejos e vontades que, reinterpretados pelos trabalhadores da área da saúde e intermediados pela instituição, possibilitarão uma nova ordem hospitalar.

**b) Objeto de trabalho** - colocada a finalidade, categoria que orienta todo o processo de trabalho, é possível definir sobre o que se realiza a atividade, ou seja, o objeto de trabalho.

Hoje, nas reflexões que a enfermagem vem desenvolvendo, já é quase consenso de que temos, pelo menos, dois objetos de trabalho - os corpos dos indivíduos\* e suas consciências e a organização da assistência, onde, de uma maneira geral, na divisão do trabalho, cabem aos enfermeiros o planejamento e a organização, e, aos técnicos, auxiliares e atendentes de enfermagem, a execução desse trabalho. Este fato é ainda pouco aceito pelos enfermeiros, pois idealmente se colocou a organização como parte do próprio cuidado para justificar a ausência deste profissional junto ao leito do doente, uma vez que estar junto ao leito sempre foi introjetado como uma atividade mais digna e socialmente mais aceitável (principalmente para nós mulheres), como se a nossa realidade comportasse tal possibilidade idealizada. Ainda hoje, apesar de todas as evidências apontadas pela estrutura econômico-social (e não como atitudes tomadas exclusivamente pelos próprios enfermeiros), esses profissionais

---

\* *Aqui entendidos como a dimensão existencial do ser humano, ou seja, corpo natural humano (nas suas formas física e psicológica), histórico, social. Portanto, o sujeito, e, no caso de instituição hospitalar, o sujeito hospitalizado, cuja dimensão ultrapassa o plano biológico, pela incorporação neste de todas as vivências em outras esferas. Em outras palavras, parafraseando Sontag (1984), “a doença é uma metáfora”.*

ainda insistem em que seu trabalho deveria ser só assistência direta. Mas o que nos mostra a realidade objetiva é que a atividade principal exercida pelos enfermeiros é a organização da assistência, cabendo aos demais membros da equipe de enfermagem as execuções das previsões a partir da organização dessa assistência.

Parece que, para ser valorizada e legitimada, entre outros aspectos, a enfermagem necessita ampliar esse conceito de assistência, como se as áreas administrativa e burocrática fossem uma atividade de menor prestígio, negando-se a ver que o trabalho administrativo tem características próprias, objetos e instrumentos diferentes daqueles do cuidado em si, e, por isso mesmo, necessitando também ser incorporado ao trabalho do enfermeiro.

Para alguém ou alguma coisa tornar-se objeto de trabalho é porque contém em si o projeto de transformação que lhe será inculcido.

Hoje, já é possível diferenciar, no processo de trabalho da enfermagem, as parcelas diretamente assistenciais (sobre os corpos e consciências dos indivíduos) e aquelas que representam apoio administrativo ou infra-estrutural (organização da assistência), tanto para a execução do seu próprio trabalho, quanto como suporte para a execução das ações dos outros profissionais da área da saúde.

Sendo, então, objeto de trabalho da enfermagem o corpo e a consciência de um sujeito, como expressão de toda a sua vida, toda a sua história, e, aí nesse corpo, incluídos a sua mente, o seu espírito, enfim, a sua existência, bem como a sua família e conhecidos, quer dizer, o seu corpo e suas extensões, será sempre esse objeto desconhecido, pois ele pode ser um sujeito alienado, um sujeito com algumas características de consciência, mas pode ser também um sujeito crítico. A única certeza é que ele não é qualquer sujeito, ele é um sujeito concreto.

Penso, então, que o direcionamento do projeto de transformação, nesse caso específico, parece que deveria se dar a partir do próprio objeto de trabalho, um objeto -- sujeito, e não como é o caso de outros objetos de trabalho, onde quem dá o sentido desejado é o trabalhador, que age sobre ele, moldando-o à sua vontade ou à vontade do seu empregador.

O mesmo se dá em relação ao outro objeto - a organização da assistência. Essa organização, digamos assim, deve submeter-se ao primeiro objeto, que é o indivíduo

hospitalizado, pois em determinados momentos a organização passa a ser instrumento para o desenvolvimento do trabalho da enfermagem.

Administrar e fazer assistência possibilita uma decisão ampliada. Só que, para isso, há que se desenvolver outros instrumentos, apreender a realidade, sair do processo de alienação em que nos encontramos, de acordo com a sensibilidade, a feminilidade, os valores de que somos feitos. A alusão à feminilidade não pretende mais do que evidenciar o fato de ser esta uma profissão historicamente feminina.

Ao atribuímos “à realidade construída socialmente o mesmo estatuto dos fenômenos naturais - físicos, admitimos e reafirmamos a possibilidade de controle social pelas instituições : não buscamos alterá-las, mas sim procuramos nos adaptar a elas e cumprir, cada vez melhor, os “papéis” já estabelecidos” (Castellanos et al, 1989, p. 148 ) .

Se, no desenvolvimento das instituições hospitalares, nos foi designada a permanência de 24 (vinte e quatro) horas ininterruptas ao lado do indivíduo hospitalizado, por que não dar um outro direcionamento à nossa prática? Essa permanência possibilita contatos que nenhum outro profissional da área da saúde estabelece. Esses contatos permitem detectar e encaminhar questões que, muitas vezes, passam despercebidas.

Sair da normalidade e da funcionalidade é um desafio e exige demasiado esforço. No entanto, a reorganização desse processo se faz necessária, quando se quer dar novo conteúdo e estabelecer uma prática que redirecione as ações de saúde.

Mas, como já vimos, “nosso(s)” objetos de trabalho não nos “pertencem”, exclusivamente. Eles se justapõem também como objetos para a ação de outros profissionais. Pois, além das subdivisões no trabalho da enfermagem, há outros processos de trabalho no interior das instituições hospitalares. A enfermagem organiza a assistência e atua nos corpos e consciências individuais, para exercer o seu trabalho especificamente, ao mesmo tempo em que organiza e prepara os corpos e consciências individuais para a intervenção de outros profissionais.

Então, o que vai possibilitar a especificidade de cada trabalho são os instrumentos ou meios utilizados e a força de trabalho requerida para a realização dos mesmos.



**c) Instrumentos de trabalho** - como já mencionado anteriormente, instrumento de trabalho é uma coisa ou complexo de coisas que o trabalhador insere, põe entre si mesmo e o objeto de trabalho e que lhe serve para dirigir sua atividade sobre esse objeto.

Para Gonçalves (1979), são 3 (três) os tipos de instrumentos :

1 - os que encaminham a aproximação do trabalhador com o objeto de trabalho e que se constituem nas teorias, como sua dimensão intelectual;

2 - os que efetivam a transformação no objeto e se constituem nas técnicas, enquanto dimensão manual; e

3 - as condições materiais para a realização do trabalho, ou seja, o local de trabalho.

Nas instituições hospitalares, onde os instrumentos de trabalho serão utilizados para imprimir uma transformação sobre o indivíduo hospitalizado, faz-se necessário a “construção de conhecimentos e de instrumentos materiais ou metodológicos específicos, adequados à sua natureza, e que sejam capazes de apreender a dimensão individual e de classe com que se manifestam as determinações sociais da doença. O que ocorre no nível biológico se apresenta no indivíduo, mas tem relação com a dinâmica de sua vida no conjunto da sociedade” (Leopardi et al, 1989, p.117).

Para Leopardi et al (1989), os instrumentos de trabalho na área de enfermagem têm origem em duas fontes principais:

1 - quando ações manuais e administrativas próprias do trabalho médico foram transferidas à enfermagem, e, dessa forma, foram também cedidos os instrumentos; e

2 - quando, com o aparecimento dos hospitais, passam a ser da enfermagem aquelas ações relacionadas ao cuidado executado nos lares. Os materiais aí utilizados, tais como, camas, toalhas, bacias, entre outros, passam a ser instrumentos de trabalho da enfermagem, e, no hospital, sofrem adaptações para esse novo uso.

Na tentativa de pôr-se como profissão inserida nos moldes científicos exigidos, são introduzidos na enfermagem os métodos de assistência como um novo instrumento para o seu trabalho. No entanto, apesar do tempo percorrido (os métodos aparecem nos Estados Unidos, na década de cinquenta e no Brasil cerca de quinze anos após ), por questões internas à enfermagem ( tais como, a dificuldade teórica em especificar o seu trabalho, e a

não contextualização da profissão no processo produtivo ) e externas a ela, pois, para desenvolver métodos de assistência são necessários investimentos que o sistema de saúde não prevê em função do modelo colocado, os métodos não têm conseguido, a não ser em iniciativas isoladas, penetrar no interior das instituições de saúde e, quando o fazem, não têm conseguido o alcance desejado. Por isso é que, para Leopardi (1991), há a necessidade de nova elaboração teórica que explicita as contradições do atual modelo de saúde. Este é o propósito deste estudo.

**d) Força de trabalho** - a enfermagem é representada pelo enfermeiro, técnico, auxiliar e atendente de enfermagem. Em instituição hospitalar há um outro trabalhador, o escriturário (normalmente com primeiro ou segundo grau na sua formação ), exercendo atividades administrativas de apoio ao pessoal de enfermagem, que poderia ser incluído na equipe de enfermagem, uma vez que o mesmo está subordinado técnica e administrativamente ao enfermeiro coordenador de unidade de internação ou serviços afins, tais como centro cirúrgico, ou centro de material e esterilização.

O que vai determinar a força de trabalho de uma determinada profissão é a finalidade colocada para o desenvolvimento do trabalho desses agentes. O tipo de transformação que se deseja imprimir no objeto de trabalho, ou o tipo de transformação que esse objeto de trabalho deseja ver em si, ou ainda, o tipo de transformação que os dois, objeto - sujeito e força de trabalho, numa atitude conjunta desejam ver, é que vai determinar a qualidade desse trabalho. É a finalidade que estabelece o modo de apreensão desse objeto.

Para isto, há certas condições que precisam ser apontadas. Uma delas diz respeito à formação e atribuição dos trabalhadores de enfermagem. Sendo a formação e as atribuições diferenciadas, faz-se necessário rever como vão se dar, na realidade concreta, as relações e a organização de suas ações. Que instrumentos de trabalho pertencem a cada categoria, quais os instrumentos que são comuns, que características terá cada profissional para exercer o seu trabalho.

Neste estudo, há que se considerar que existem basicamente duas categorias profissionais. Uma, com formação universitária, o enfermeiro, e outra, o técnico e o auxiliar de enfermagem, com formação de até segundo grau, e que exercem praticamente as mesmas atividades.

Não há mais como “escamotear” e fugir à questão de que estas duas categorias, legal e institucionalmente têm atribuições diferenciadas entre si. Não há como “apagar” isso e tentar criar uma relação artificial, idealmente posta, quando, tantas e tantas vezes, asseveramos que o verdadeiro problema da enfermagem é possuir tantas categorias profissionais. É um problema, sim, entre tantos outros, mas eles estão aí postos e necessitam ser enfrentados.

Faz parte desse processo tentar definir internamente essas relações. Se a finalidade para o trabalho está posta, definida e coloca um projeto de ações para, no e com o sujeito hospitalizado, como colocar o que cabe a cada um desses profissionais. Como vai se dar a questão do repasse das informações para o técnico ou o auxiliar, uma vez que o responsável legal pela coordenação do trabalho é o enfermeiro. Esse é um processo que está em constante movimento e exige experimentar, estabelecer relações mais democráticas de ambos os lados, relações reflexivas, conhecendo os limites e possibilidades de cada um. A reconstrução dessas relações exige mudanças de atitudes de todos os participantes do processo, numa reflexão madura, com vistas à transformação.

Um outro aspecto a levantar, refere-se à formação continuada, bem como às condições de trabalho, conseqüentemente, à valorização desses profissionais.

Apesar de ser previsto na Constituição Federal, nos artigos 196 a 200, e nas Leis números 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.142, de 28 de dezembro de 1990, as bases para uma rede regionalizada e hierarquizada, constituindo um sistema único de saúde, prevendo uma descentralização com direção única em cada esfera do governo, visando atendimento integral, colocando aí a necessidade de um trabalho de qualidade, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais, operacionalmente o que se constata não é nem um atendimento mínimo a quem utiliza os serviços de saúde, quanto mais contemplar e valorizar os aspectos concernentes à condição humana dos trabalhadores.

As evidências demonstram que exercemos uma atividade especial. Especial, sim, porque o tipo de trabalho que a enfermagem desenvolve é, na maioria das vezes, desgastante, pesado, física e mentalmente estressante e, muitas vezes, doloroso. Porque lidar com a dor e o sofrimento, com a morte, lidar com fezes, urina, escarro, vômito, e, ao

mesmo tempo demonstrar carinho, humanidade, solidariedade, compaixão, competência, firmeza, cientificidade, não é para qualquer um. Agir eticamente, ser técnica e politicamente competente e, além disso, visualizar o outro como ser único, singular, com necessidades específicas, coloca-nos numa posição que nos possibilita reivindicar algumas coisas.

Queremos uma instituição e uma sociedade que nos apóie, nos respalde, nos pague adequadamente, nos forneça material em quantidade e qualidade, enfim, nos valorize por aquilo que fazemos com tanta persistência, tenacidade, e, por que não dizer, abnegação.

Com medo de parecer piegas, mas correndo o risco do mesmo modo, pergunto, então:

- que cuidados podem prestar mãos que não têm tempo para pensar e refletir acerca do que é acalmar, massagear, pentear, lavar, perceber o significado de um banho, da água;
- que ouvidos podem se interessar em diferenciar silêncios, choros, compreender o simbolismo das palavras;
- que olhos podem visualizar um olhar suplicante, angustiado, agradecido, imóvel, risonho;
- que profissional pode desenvolver um trabalho científico, utilizando adequada tecnologia, se o que a instituição solicita, na maioria das vezes, é a execução de um mero fazer, para cumprir determinadas atividades que se refletem muito mais numa produção quantitativamente enumerável ( quantas injeções, quantos curativos , quantos banhos, quantas nebulizações ) do que um trabalho de qualidade; enfim,
- que sensibilidade pode ter esse indivíduo que tem normalmente mais de um emprego, com uma carga excessiva de trabalho ?

**12 - ENFERMAGEM** – é uma prática social cooperativa, institucionalizada, exercida por diferentes categorias profissionais. Tem como atividade básica, em conjunto com os demais trabalhadores da área da saúde, atender ao homem, indivíduo que, em determinado momento de seu percurso de vida, submete-se à hospitalização, em função de uma diminuição, insuficiência ou perda de sua autonomia. Ela tenta resgatar no indivíduo a sua capacidade de, mesmo nessa condição, ser, ainda assim, o sujeito das ações de saúde a ele ministradas. Para isto, a enfermagem utiliza um conjunto de conhecimentos e habilidades específicas, construídos, organizados e reproduzidos em decorrência da divisão social e

técnica do trabalho na área da saúde. A sistematização dinâmica em captar e interpretar a diminuição, insuficiência ou perda da autonomia, do sujeito hospitalizado, dá-se através de um projeto de ações de enfermagem que visa à manutenção, à continuidade da vida e ações de reparação ao que se constitui obstáculo à vida, na perspectiva de visualizá-lo como sujeito de sua existência, na reconstrução de sua autonomia, ou, quando isto não for mais possível, ainda assim, possibilitar viver a sua morte, fazendo-o sentir-se um homem como ser universal (genérico, que resume em si mesmo a vida, o universo), concreto (enquanto ser natural, biológico) e singular (enquanto especificidade, particular, único, individual, próprio, porém social).

Apontando para a enfermagem a necessidade de princípios gerais de organização, quando dizem que *“a enfermagem deveria ter toda a infra-estrutura necessária para poder dedicar-se de forma integral ao sujeito hospitalizado”* (Joana), abre-se a discussão de que exercer a enfermagem não pode mais ser de forma parcial. Para exercê-la, completa e objetivamente, há que se ter à disposição os meios adequados e a força de trabalho qualificada.

**13 - ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO DA ENFERMAGEM** - é o modo como os trabalhadores de enfermagem dispõem o seu trabalho e fornecem a base para o trabalho de outros profissionais na instituição de saúde, em relação aos tempos, movimentos e objetos necessários à assistência da saúde.

Ao propor a interposição de tecnologias de apoio ao trabalho, entre o sujeito e o trabalho, *“tecnologia apropriada que possibilite a diminuição de tarefas repetitivas (mas que não prejudiquem o sujeito hospitalizado), possibilitando ao trabalhador maior autonomia ao seu tempo disponível”* (Andréa), o grupo sugere um processo de mediação e de relações que podem fornecer uma nova direção à sua organização.

**14 - RELAÇÕES DE TRABALHO DA ENFERMAGEM** - são relações que se dão no exercício da profissão : internamente, com a equipe de enfermagem e, externamente, com outros profissionais, o sujeito hospitalizado e a instituição. As relações de trabalho referem-se às relações pessoa/pessoa e pessoa/objeto.

O subsídio para este conceito é colocado pelo grupo, quando aponta a necessidade de nova abordagem ética na intersecção entre os diferentes trabalhos na área da saúde, pois *“a gente acaba sendo conivente e, no fundo, a gente não tinha que ser conivente, a gente*

*tinha que ser um elo facilitador, para que as coisas avançassem e melhorassem, e não ser conivente, calar a boca...*" (Isis). Trata-se de uma indicação de atitude, que, de conivente, passaria a ser crítica.

### **5.3. Inter-relação dos conceitos**

A partir dos pressupostos e conceitos adotados, pode-se perceber que temos três níveis que sustentam as relações entre os seres humanos e entre estes e o seu meio. São eles:

**1. Nível Social:** onde as relações se originam através de dimensões materiais, econômicas, culturais, religiosas e políticas.

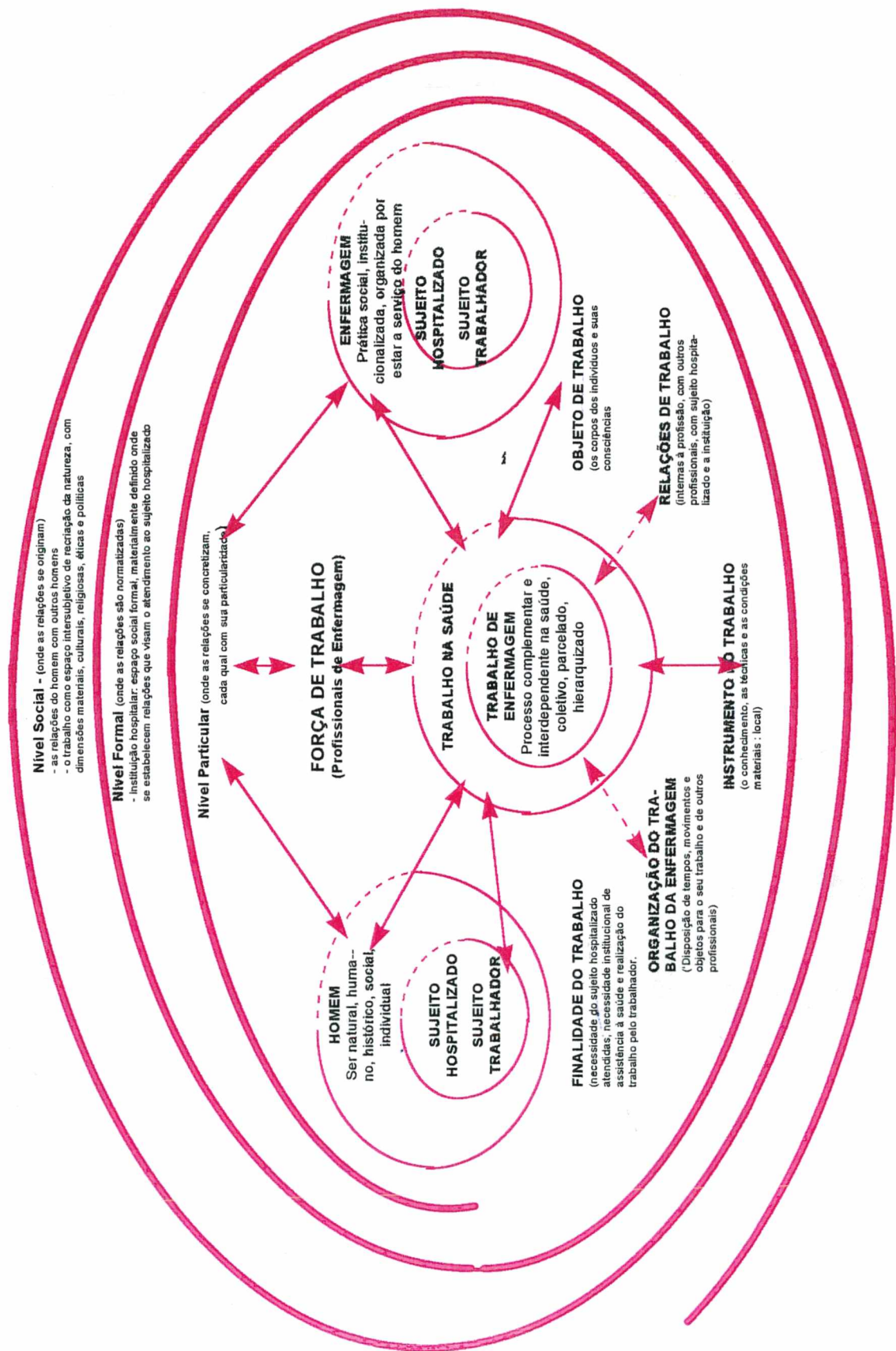
**2. Nível Formal:** onde as relações são normatizadas, através das leis civis e morais das organizações e suas normas e da adesão coletiva a elas.

**3. Nível Particular:** onde as relações se concretizam pelos contatos humanos, cada qual com sua particularidade. É aí que vamos encontrar o trabalho da saúde e da enfermagem enquanto relação entre o sujeito hospitalizado e o sujeito trabalhador.

A representação gráfica, apresentada na página 183, resume os três níveis que são estabelecidos nessa complexa rede de relações entre os homens, a natureza e o socialmente construído. Onde, num campo particular, o trabalho de enfermagem, desenvolve-se com finalidades, objetos e instrumentos próprios, organizado para estar a serviço do homem. Homem este, que no seu percurso histórico, por alguma circunstância, em algum momento de sua vida, procura os serviços de saúde, estabelecendo relações com outros sujeitos, dentre os quais, os trabalhadores de enfermagem.

Assim é que, ao apresentar os conceitos e proposições para uma abordagem sócio-humanista da enfermagem, parto de uma referência filosófica calcada na afirmação da relação entre subjetividade e sociedade, numa perspectiva da sua totalidade e integridade dialética. São dimensões contraditórias, de uma realidade única e histórica, que se desenvolvem através de sínteses complexas no espaço-tempo.

**REPRESENTAÇÃO GRÁFICA DOS NÍVEIS ESTABELECIDOS ENTRE OS HOMENS, A NATUREZA E O SOCIALMENTE CONSTRUÍDO**



As características históricas do nível social determinam uma rede de fatores que direcionam as formas de organização e estatutos para regular as relações, institucionalizando-as.

É fundamental dirigir o olhar para a realidade, para aí encontrar a explicitação da história do homem e de sua intervenção sobre seu meio material, cultural, religioso, ético e político.

A cada época, os modos de pensar e de agir se constituem em planos gerais integrados próprios, com características sociais peculiares a uma dada mentalidade, a qual fornece qualidade a todos os processos próprios desse plano.

Assim, estabelecem-se padrões na tessitura social que identificam um período histórico, permitindo chegar às particularidades da vida dos sujeitos que a constroem.

No nível social, a ele agregado para discriminar os valores mais gerais, está o nível formal, no qual se estabelecem as regras da vida social e as formas das instituições que se organizam para dar regularidade e concreticidade a essas regras, sejam elas civis ou morais. A instituição hospitalar é uma delas, cujo fundo moral e legal é a assistência à saúde, como regra destinada a manter um padrão determinado de saúde, seja física ou mental, para os sujeitos que a ela se dirigem. Tem porém, objetivo discriminatório, pelo internamento dos doentes, potencialmente agressores à sociedade como um todo, por se afastarem do padrão de higiene definido para a época.

De acordo com isso, são estabelecidas relações próprias a cada instituição que indicam como os indivíduos (sujeitos atores) realizam seu cotidiano relativo a uma face particular de suas vidas.

A assistência à saúde é o trabalho realizado na instituição hospitalar, com características próprias definidas pela tecnologia a ele associada. A concretude que lhe é própria vincula-se ao processo laboral, relativo à satisfação de necessidades específicas, ou seja, de saúde.

Assim, as questões de saúde próprias deste nível se manifestam pelas relações entre os trabalhadores da saúde e sujeito enfermo (hospitalizado ou não), conseqüentes de um trabalho específico, a assistência à saúde, em uma instituição de saúde, parte de um amplo e complexo contexto social. A singularidade dessas relações encontra-se na expressão do



trabalho na saúde, concebido como assistência à saúde, processo coletivo, interdependente, parcelado, dividido técnica e socialmente.

Uma das parcelas deste trabalho coletivo é o trabalho da enfermagem, uma prática social institucionalizada. É um processo complementar e interdependente com outras práticas tais como, medicina, nutrição, psicologia e outras. É também hierarquizado, de modo a atribuir tarefas aos profissionais de enfermagem por complexidade, sendo que as mais complexas ficam com o enfermeiro e as menos complexas, numa dada ordem, são distribuídas entre os outros elementos da equipe de enfermagem.

Esse trabalho, caracterizado como um serviço, tem como um dos seus objetos (não exclusivo, ou seja, é compartilhado com os outros profissionais da saúde) os corpos e consciências dos sujeitos hospitalizados, incluídos aí a sua mente, o seu espírito, enfim, a sua existência, com a sua família, conhecidos, e a sociedade como um todo. Quer dizer, o corpo e suas extensões sociais. Objeto esse que é sempre desconhecido, pois pode ser um sujeito alienado, um sujeito com algumas características de consciência, mas pode ser também um sujeito crítico. A única certeza é que ele não é qualquer sujeito, ele é um sujeito concreto.

O outro objeto, a organização da assistência, caracteriza-se por uma dupla determinação. Primeiramente, relativa ao próprio trabalho da enfermagem, onde é possível diferenciar as parcelas diretamente assistenciais (sobre os corpos e consciências dos indivíduos) e aquelas que representam apoio administrativo ou infra-estrutural para a execução do seu trabalho especificamente. A outra determinação é relativa ao trabalho de outros profissionais, quando a enfermagem atua como suporte para a execução das ações de outras profissões da área da saúde. Assim, a enfermagem organiza a assistência para si, atua nos corpos e consciências individuais, ao mesmo tempo que organiza o local de trabalho onde o sujeito hospitalizado está, além de preparar corpos e consciências individuais para a intervenção de outras categorias profissionais.

A disposição dos tempos, movimentos e objetos, ao contrário do que vem acontecendo, deve levar em conta as necessidades do sujeito que procura os serviços de saúde, de modo a atender às suas demandas naturais, sociais, históricas, culturais e políticas, entendendo que esse sujeito possui sua própria particularidade que o torna diverso, tem

uma consciência que pode libertá-lo da alienação e dominação de qualquer ordem. Tem, assim, condições de afirmar sua saúde e sua vida, considerando suas potencialidades e as do seu meio social.

Tais características não se referem somente ao sujeito enfermo, mas, também, ao sujeito trabalhador. Este, porém, adquire uma condição específica, na medida em que se torna depositário de capacidades técnicas de manipulação de instrumentos de trabalho próprios ao exercício da assistência de enfermagem.

O que determina a força de trabalho de uma profissão, é a finalidade colocada para o desenvolvimento do trabalho desses agentes. O tipo de transformação que se deseja imprimir no objeto de trabalho ou o tipo de transformação que esse objeto deseja em si, ou, ainda, o tipo de transformação que os dois, objeto-sujeito e trabalhador juntos, numa atividade conjunta, desejam ou almejam ver, é que vai determinar a qualidade desse trabalho.

Para o alcance dessa finalidade, faz-se necessária a utilização de determinados instrumentos que, inseridos entre o trabalhador e o seu objeto de trabalho, permitem cumprir o objetivo a que se propõem.

Nas últimas décadas, na tentativa de colocar-se como profissão inserida nos moldes científicos exigidos, são introduzidos na enfermagem métodos de assistência como um novo instrumento para o seu trabalho. Assim, este estudo traz uma proposta de método de assistência de enfermagem, numa perspectiva sócio-humanista, tentando articular os lados objetivo e subjetivo, tendo como centro do atendimento o sujeito enfermo na sua totalidade, ou seja, nas suas dimensões física (natural), histórica, humana, social, cultural, religiosa e política, possibilitando, quem sabe, uma nova ordem hospitalar.

Neste sentido, a condição fundamental para que o trabalho da enfermagem seja técnico, político e ético, é reconhecer a necessidade do sujeito enfermo, no momento do cuidado, como superior e prioritária sobre as necessidades do realizador do trabalho e da instituição\*. As condições sociais e institucionais devem estar a serviço da realização do homem, através da assistência humanizada.

---

\* No entanto, no interior das instituições hospitalares, onde se reúnem vários grupos sociais, não existe apenas uma finalidade posta para o trabalho, mas várias, que podem, dependendo das forças que as determinam, serem umas mais prioritárias que outras, conforme já apontamos detalhadamente no décimo primeiro conceito apresentado - processo de trabalho da enfermagem.

## **5.4. Tentando ampliar o “modo de fazer” o trabalho de enfermagem**

Somente quando compreendermos o trabalho de enfermagem, seus elementos e características, teremos condições de efetivar a filosofia do trabalho como forma democrática e democratizante, para a realização do indivíduo como trabalhador e como usuário do sistema de saúde.

Entender o processo de trabalho da enfermagem comporta primeiramente situar a profissão no contexto histórico - social em que ela se estabelece. Em seguida, faz-se necessário inseri-la numa instituição e percorrer os caminhos que o trabalho por ela desenvolvido determinam na produção dos serviços de saúde. E, finalmente, há que se verificar o suporte teórico que dá sustentação à sua prática.

Pensar, hoje, acerca do processo saúde/doença, é de uma complexidade tal que ultrapassa os conteúdos biológicos, técnicos, culturais, emocionais, teológicos, ideológicos, políticos, econômicos, filosóficos, entre tantos outros. E esse é o grande desafio, ou seja, buscar uma forma de agir e pensar para além da fragmentação sugerida pelas disciplinas. Negar um aspecto em detrimento de outro ou hipervalorizar um terceiro em prejuízo de um quarto, no mínimo, reduz e enfraquece qualquer possibilidade mais consistente para entender e explicar tema tão complexo.

No entanto, é necessário enfrentar esse desafio. Para isto, busco, neste momento, tentando escapar dos reducionismos, e, então, correndo o risco da superficialidade e prematuridade, transitar entre o subjetivo e o objetivo, uma vez que aceito a idéia da dupla determinação do processo saúde-doença. Ou seja, é social, mas também individual, tudo o que se relaciona ao processo de viver dos indivíduos.

A subjetividade do indivíduo foi, de certa forma, sempre afastada das relações de produção. Ou seja, os lados afetivo, sexual, emocional dos sujeitos permaneciam excluídos nas análises institucionais. Isto ocorre tanto em relação ao sujeito hospitalizado quanto em relação ao trabalhador, pois a racionalidade científica desvaloriza a dimensão subjetiva e existencial do homem, bem como dificulta a aceitação da interferência da cultura na sociedade onde os homens estão inseridos.

As teorias ligadas à administração insistem em “inventar um ser humano desprovido de afetos, assexuado; ou, como na Teoria das Relações Humanas, em instrumentalizar o afeto como forma de aumentar a produtividade. A terminologia se inverte; ao invés de conflitos existenciais, o profissional lida com “motivação”, “seleção”, “treinamento”. Aqui, todo esforço consiste em transformar o indivíduo em instrumento de trabalho” (Codo & Sampaio & Hitomi, 1994, p. 52). Ao cruzar o departamento de pessoal, o homem perde a família, o afeto, seus sentimentos, e passa a ser força de trabalho. O que importa é a eficiência, a produtividade.

Ocorre aí uma inversão no significado de trabalho. Pois se o trabalho é a objetivação do homem, se é através do trabalho que o homem produz sua existência, significando hominização e, portanto, liberdade, este mesmo trabalho, com o afastamento, ou melhor, com a exclusão da possibilidade do homem colocar-se pleno e inteiro naquilo que deveria ser o ato da sua criação e plenitude, se transforma em estranhamento e perda de si.

Ao transportar essa reflexão para as instituições de saúde, pode-se imaginar as conseqüências: homens cuidando de outros homens, tentando manter as concepções tayloristas na organização do seu trabalho, onde o enfoque biologicista prevalece, talvez por entenderem que seja este o percurso mais adequado, ou por não terem acesso a outros. Assim, a tentativa de encontrar um espaço de expressão multidimensional no trabalho é uma tarefa árdua e exige demasiado esforço e paciência.

Pobres e “pacientes” pacientes! Como separar razão e emoção do universo da enfermidade? Como dividir dor real, física, do sofrimento que causa qualquer doença? Como excluir a alegria e a satisfação causada por um ato terapêutico eficaz, do ato em si? Como impedir a apreensão e o medo, no momento da intervenção no corpo físico?

Como, então, desenvolver um trabalho de qualidade, se a este trabalho não for interposta a marca humana, a marca da paixão, a marca do prazer, do sofrimento, da dor, mas também da alegria, da celebração, enfim, a marca da subjetividade.

O trabalho em saúde precisa transcender a técnica, ultrapassar os limites colocados historicamente. Há que se rever todos os valores solidificados no transcorrer dos tempos. Se faz necessária a ampliação, bem como a construção de instrumentos que articulem o pensar e o sentir ao fazer.

Na maioria das sociedades, sempre há um modelo de atenção à saúde, como a medicina científica do ocidente que predomina sobre os outros, e seus aspectos sociais e culturais são sustentados pela lei.

Além desse sistema médico-oficial, aí incluídas as diversas profissões da área da saúde, existem também outros sistemas, cada qual com suas próprias explicações acerca das doenças, e a melhor forma de tratá-las.

Kleinman, apud Helman (1994), analisando a complexidade dos sistemas de saúde, afirma que é possível identificar três alternativas de assistência à saúde, sobrepostas entre si: a informal, a popular e a profissional. Cada alternativa possui seus próprios meios de explicar e tratar as doenças, como também de definir quem cura e quem é o paciente, além de especificar como ambos devem agir em seu encontro terapêutico.

Na tentativa de compreender melhor o indivíduo que procura os serviços de saúde, indivíduo este inserido numa condição cultural específica, sendo um ser histórico, que vive num determinado modo de produção, e a ele, na maioria das vezes, se submete, faz-se necessário apresentar, embora resumidamente, as três alternativas de assistência à saúde apontadas acima, pois, quando o indivíduo procura o hospital, muitas vezes já buscou anteriormente a “cura” em outras formas de assistência. Entender e aceitar esse fato, como fazendo parte do processo de vida desses indivíduos, faz com que à medida em que nos aproximamos deles, mais se torna real a nossa assistência, e mais verdadeira é nossa relação com eles.

A proposta de Kleinman, apud Helman (1994), é representativa, e se aproxima de outras formas de classificação para os sistemas de tratamento e cura das doenças. Em função disto, foi escolhida para apresentar a questão ora analisada.

A alternativa informal é a esfera leiga, não profissional e não especializada de uma sociedade. Os problemas de saúde são primeiramente reconhecidos e definidos, para posteriormente ocorrer o seu tratamento. Estão aí incluídas todas as possibilidades terapêuticas que os indivíduos utilizam, sem recorrer a curandeiros\* profissionais, sejam eles ligados à alternativa popular ou profissional.

---

\* A palavra curandeiro refere-se a todo aquele que, formal ou informalmente, oferece orientação e tratamento aos que sofrem de algum desconforto físico e/ou desgaste psicológico ( Helman, 1994).

As pessoas, quando têm qualquer problema de saúde, obedecem usualmente a uma “hierarquia de recursos”( Helman, 1994), que pode ir desde a automedicação até a consulta a outras pessoas.

A alternativa informal, em geral, compreende um conjunto de crenças acerca da conservação da saúde. Abrange, assim, uma série de normas inerentes a cada grupo cultural, sobre o comportamento considerado por ele como o correto para a prevenção de doenças em si e nos outros. Essas normas incluem crenças sobre o modo e a maneira “saudável” de se alimentar, dormir, beber, trabalhar, manter a vida sexual, rezar, ou seja, conduzir a vida em geral.

Já na alternativa popular, amplamente difundida nas sociedades não ocidentais, determinadas pessoas tornam-se especialistas em métodos de cura que não fazem parte do sistema médico oficial, ocupando uma posição intermediária entre a alternativa informal e a profissional.

Os curandeiros populares formam um grupo heterogêneo, com variações individuais em estilos e pontos de vista.

Nos últimos anos, a medicina tradicional vem recebendo críticas em vários países. Paralelamente a esta constatação, está gradativamente aumentando o interesse sobre todas as formas de medicina alternativa e complementar, bem como vem crescendo o número de entidades associadas às mesmas.

Parece estar ocorrendo movimentos e interesses em buscar a integração, senão de todos, mas pelo menos alguns desses métodos com os serviços médicos existentes. Um exemplo concreto é a medicina homeopática, hoje já reconhecida como especialidade médica. Já existem também muitos médicos ortodoxos utilizando um ou até mais de um método de cura alternativa.

Uma das vantagens apontadas por Helman (1994), na utilização deste método alternativo, é que os curandeiros populares articulam e reforçam os valores culturais da comunidade em que vivem. Eles oferecem explicações culturalmente familiares das causas e duração das doenças e sua relação com os mundos social e sobrenatural. Ou seja, associam as dimensões sociais, psicológicas e morais com a doença apresentada e, até mesmo, com outras formas de infortúnio.

Além disso, o tratamento acontece num ambiente familiar, ou seja, na casa do paciente ou do próprio curandeiro, ou, até mesmo, num templo religioso.

O setor profissional inclui as profissões sindicalizadas e legais, como a medicina científica ocidental. Estão aí incluídos não apenas os médicos com suas diversas especialidades, mas também todos os outros profissionais da área da saúde, entre eles os enfermeiros, nutricionistas, assistentes sociais, psicólogos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, farmacêuticos e bioquímicos.

Em grande parte dos países, os profissionais da área da saúde constituem o grupo cuja atividade é assegurada por lei. Esse grupo, em comparação com os demais, de maneira geral, possui “status” social mais elevado, normalmente possui renda maior, além de ter direitos e obrigações mais claramente definidos.

O setor profissional de assistência à saúde e as demais alternativas não existem num vácuo cultural e social. Ao contrário, são “a expressão dos valores e da estrutura social da sociedade em que surgiram – de certa forma uma miniatura da mesma. Portanto, os diversos tipos de sociedade, conforme a ideologia dominante – capitalista, social-democrática, socialista ou comunista – produzem tipos diferentes de sistemas médicos e comportamentos distintos com relação à saúde e à doença” (Helman, 1994, p. 80). Desse modo, seja qual for o tipo de sociedade, o sistema médico reflete não só os valores e ideologias básicas, mas, também, contribui para formá-las e mantê-las.

Neste sentido, para compreender qualquer sistema ligado à saúde, faz-se necessário considerá-lo no contexto dos valores básicos, ideologia, organização política e sistema econômico da sociedade em que foi construído.

Os profissionais da área da saúde formam, assim, um grupo específico, com seus próprios valores, conceitos, teorias e formas de entender o processo saúde - doença, bem como possuem suas regras de comportamento e organização hierárquica. Têm um corpo de conhecimento especializado, e este deve corresponder às necessidades e expectativas de quem os procura.

Na maioria dos países, a estrutura institucional determinante da medicina profissional é ainda o hospital. Nele, o indivíduo hospitalizado é separado de sua família, amigos e comunidade. Submete-se a um ritual padronizado de despersonalização, passa a ser um caso

numerado e se encontra num local repleto de estranhos. O enfoque principal é dado à doença física, perde muitas das suas referências no que se refere à religião, relações sociais, ambiente familiar e, até mesmo, ao significado que dá à doença que lhe aflige. É uniformizado em pijamas, perde a sua identidade social e moral, perde até mesmo o controle sobre o seu próprio corpo e seu espaço, privacidade, comportamento e dietas pessoais, bem como perde também o controle sobre o uso do seu tempo.

Nos hospitais, sua relação com os profissionais da área da saúde é geralmente caracterizada pela formalidade, diálogos rápidos e, de uma certa forma, fazendo uso de jargões profissionais.

Normalmente, o que se refere à vida social, familiar, espiritual e econômica do indivíduo hospitalizado é pouco valorizado e, muitas vezes, invisível para os trabalhadores da saúde. De uma maneira geral, os hospitais dão ênfase principalmente aos problemas agudos e severos, principalmente àqueles que ameaçam a vida, além de nascimentos e mortes. “Estão menos orientados para lidar com os significados subjetivos associados às doenças, que são normalmente tratados nos setores informal e popular ou por pastores religiosos”( Helman,1994, p. 94).

Isto parece acontecer porque, segundo Leopardi (1994, p.15), no caso específico da enfermagem, “(...) o método de trabalho, designado como Processo de Enfermagem por muitos enfermeiros(...) não consegue resolver a questão da ampliação da assistência de enfermagem para além do modelo anatomopatológico, objetivo implícito nos conceitos mais usados, através da assistência às necessidades humanas globais”. Para essa autora, o método, na verdade “(...) mostra-se com uma lógica em duas direções: por um lado se constitui num instrumento prescritivo para definir a qualidade e a ordem das tarefas de cuidado de enfermagem, por outro se estabelece como instrumento institucionalizado de disciplina sobre os agentes. (...) Parece não haver uma relação funcional na ordenação das fases do método, determinando um modo de executar o trabalho que hierarquiza por complexidade e distribui as tarefas por competência”. Assim, a autora parece indicar que não será o método em si o responsável por mudanças na assistência, como algo fora e distante das pessoas aí implicadas.



Tentando entender porque os métodos assistenciais não conseguem romper com o modelo biologicista existente nas instituições de saúde, utilizamos a análise que Luz (1993) procedeu, estudando várias racionalidades médicas, entre elas, a medicina ocidental contemporânea, a homeopática, a tradicional chinesa e a medicina ayurvédica. Essa autora cita que a racionalidade médica ocidental, para chegar até aqui, passou por quatro grandes crises e mutações.

Poderíamos situar a primeira crise no momento hipocrático, onde há uma forte tendência à racionalização, ao estabelecimento de teorias sobre doenças e métodos terapêuticos. A partir daí a medicina ocidental começa a tornar-se ciência, “(...) forma sistêmica de classificar doenças, síndromes, sintomas, e de buscar uma explicação causal para esses fenômenos”(Luz, 1993, p. 15).

O segundo momento de crise e mutação pode ser localizado nos séculos XVI e XVII, onde as disciplinas básicas da medicina se estruturaram com a anatomia, a fisiologia e a patologia. “A ciência como projeto de estruturação do saber médico sobrepõe-se ao conhecimento do adoecer como fruto de experiência da arte de curar (...)”(Luz, 1993, p. 15). Inserida num processo mais amplo da sociedade “(...) a medicina apenas exprime e ilustra com radicalidade um processo de racionalização amplo que atingiu o ocidente (...)”(Luz, 1993, p. 15). Neste sentido, a produção do conhecimento passou a ser sobre as doenças, o diagnóstico teve hegemonia progressiva sobre a terapêutica; ocorre assim uma “(...) busca sistemática de identificação e combate de doenças, e não mais pelo restabelecimento do equilíbrio de sujeitos doentes”(Luz, 1993, p. 16).

Assim, o final do século XVIII e primeiras décadas do XIX são vistos por Luz (1993) como o período do terceiro momento de crise na racionalidade médica ocidental. “Nesses pensar e agir, a vida passa a ser vista através da morte (cadáver examinado) e o instrumento de ação fundamental é o “olhar clínico” sistematizador do trajeto das doenças em direção à morte, trajeto que pode ser atabalhado pela intervenção médica, através do fármaco ou do bisturi” (Luz, 1993, p. 18). Os hospitais, então, tornam-se o principal instrumento de divulgação e de transmissão desse conhecimento.

Com a institucionalização da medicina, os hospitais tornam-se verdadeiros centros de pesquisa e reprodução de conhecimento, desenvolvendo-se então um grande avanço da

tecnologia instrumental médica, introduzindo assim o quarto momento de crise. “A tecnologia médica, materializada nos instrumentais diagnóstico-cirúrgicos “(...) ocasiona “(...) um completo alheamento entre terapeuta e paciente. Por outro lado, esta interposição maciça do instrumental médico leva à alienação do doente face ao seu próprio corpo e à fetichização do equipamento médico (e do fármaco, naturalmente)” (Luz, 1993, p. 21).

Resumidamente, constata-se na medicina ocidental contemporânea a “(...) cisão entre ciência das doenças e arte de curar (epistemé) desenvolvida no pensamento médico ao longo dos três últimos séculos; a cisão na prática médica do combate às doenças (práxis) entre diagnose e terapêutica, desenvolvida sobretudo a partir do fim do século XIX; finalmente, a cisão no agir clínico (tekné) da unidade racional terapêutica médico-paciente, através do progressivo desaparecimento do contato com o corpo do doente, pela interposição de tecnologias “frias”, verificada a partir da segunda metade do século XX” (Luz, 1993, p. 22).

Assim, a medicina ocidental desenvolveu-se de tal maneira que em seu projeto epistemológico passou a produzir conhecimento sobre as doenças.

Os corpos dos indivíduos, o objeto de trabalho comum aos profissionais da saúde, não são “ (...) vistos como integralidade individual viva, nem a vida individual dos sujeitos interessará mais à ciência moderna (...) é preciso continuar atento a que o fundamental, embora não exclusivo, na nova arte de curar não é restabelecer a saúde dos doentes individuais, mas combater as doenças e controlar as mortes, em plano coletivo” (Luz, 1993, p. 16 e 18).

E, tendo a medicina domínio tanto administrativo como técnico-científico nas instituições de saúde, coube às outras categorias profissionais, vendedoras de sua força de trabalho a essas instituições, conviver com o modelo vigente, inclusive referendando-o em diversos momentos.

Por mais que a enfermagem, através das diversas estruturas conceituais desenvolvidas, buscasse ampliar espaços nas instituições para implementar suas propostas, o modelo institucional estabelecido permitiu, até este momento, no máximo, estender ao trabalho desenvolvido, às duas direções apontadas por Leopardi (1991).

Assim, uma proposta de assistência individualizada, “(...) dentro de “princípios de equi-diversidade (ação equânime, segundo a diversidade dos sujeitos)” (Leopardi, 1994, p. 13), que explicita a complexidade de um sistema organizacional, onde devem ser atendidos/negociados interesses dos distintos elementos que compõem a organização, parece ser ainda hoje incompatível com a atual estrutura das instituições. Porém, não impossível, se a esta estrutura forem acrescentadas outras possibilidades para a organização e relações de trabalho dos que aí atuam.

Conseqüentemente, no que se refere ao “controle” de que tipo de conhecimento deve ser aplicado ou imposto ao indivíduo que busca os serviços de saúde, a medicina é inquestionavelmente, como vimos anteriormente, dominante. No entanto, com relação à forma de organização administrativa dos serviços de saúde, a enfermagem tem conquistado, apesar de lentamente e com limitações, um certo espaço que lhe permite transitar entre as diversas categorias profissionais com um certo grau de liberdade. Isto porque, segundo Leopardi (1994), como a base teórica da administração não está fundada em conceitos biológicos, a enfermagem pode organizar esse tipo de trabalho, sem depender do diagnóstico médico.

Apesar de tantas limitações diante das quais não podemos assumir uma postura ingênua, a tentativa de reelaboração conceitual pode apontar novas possibilidades para o processo de cuidar. Este é um processo que pode se dar através da perspectiva da discussão filosófica -conceitual pelo grupo envolvido imediatamente com o trabalho de enfermagem, conforme apresentado anteriormente e se constitui numa possibilidade de desalienação. Por outro lado, abre-se um espaço para a reelaboração/ampliação da base epistemológica desse trabalho hospitalar, a partir de uma nova organização metodológica, na qual introduzimos categorias coerentes com a filosofia assumida. Assim, o cliente é assumido como Sujeito Hospitalizado, o agente da enfermagem é o Sujeito Trabalhador, o modelo de assistência se constitui na Política Institucional, as “interações” entre profissionais se tornam Relações de Trabalho. Além disso, admitimos como necessária a análise da Organização do Trabalho de Enfermagem para sustentar objetivamente a proposta como um todo.

Diante dessas colocações, dois grandes desafios, intimamente relacionados, parecem despontar nesse momento. O primeiro deles parece ser o de, ao tentar construir o “certo” para as cinco categorias evidenciadas neste trabalho, e o modo de realizar este “certo”, a ser

apontado pelo grupo participante, encontrar espaços institucionais que permitam introduzir as modificações desejadas. O outro, e não menos importante, é introduzir conteúdos teóricos que permitam ampliar a discussão que se coloca pelo embate entre as finalidades da instituição (representada pela hegemonia médica), as finalidades que se pretendem com o trabalho da enfermagem e aquelas desejadas pelos indivíduos que buscam os serviços de saúde.

Assim é que a introdução da questão cultural, no mundo subjetivo dos indivíduos (enfermos ou não), possibilita um outro olhar para o interior das instituições de saúde.

Ao propor para a enfermagem um método de trabalho, a partir de uma perspectiva sócio-cultural e humanística, tenta-se ampliar o “modo de fazer” o trabalho de enfermagem, aliando a dimensão objetiva à subjetividade do sujeito.

As regras que sustentam a organização de uma sociedade e as formas como são simbolizadas e transmitidas, fazem parte da cultura, fazem parte daqueles aspectos socialmente construídos por essa sociedade.

Poderíamos afirmar, então, que a cultura, uma parte do que é socialmente construído pelos homens, compreende os sistemas de idéias compartilhadas, as regras, os significados, os conceitos e categorias que modelam e se expressam na forma e modo como os homens vivem.

Para Helman (1994, p.23), cultura “é um conjunto de princípios (explícitos e implícitos) herdados pelos indivíduos enquanto membros de uma sociedade em particular,” os quais apontam a esses indivíduos a sua forma de olhar e ver o mundo, a forma de vivê-los emocionalmente, bem como o modo de comportar-se em relação a outros indivíduos, ao seu meio natural e/ou a forças sobrenaturais, caso se acredite nelas.

Segundo Helman (1994), vários antropólogos observaram que, na prática, todas as sociedades possuem mais de uma cultura dentro dos seus limites. A maioria das sociedades possui, por exemplo, alguma forma de estratificação social em classes, castas ou posições sociais. Cada estrato caracteriza-se por atributos culturais distintivos próprios, incluindo formas de linguagem, comportamentos, modos de vestir, hábitos alimentares, entre outros. Independente da posição social em que se encontrem, cada qual tem a sua perspectiva cultural herdada e construída.

Além dos estratos sociais, a maior parte das sociedades complexas contemporâneas, compõe-se ainda por minorias étnicas e religiosas, estudantes estrangeiros, emigrantes e trabalhadores migrantes, entre outros, cada um com sua cultura própria.

Pode-se observar ainda, segundo esse autor, outra subdivisão da cultura dentro de uma sociedade complexa, nas várias subculturas profissionais existentes, tais como os grupos de enfermeiros, médicos, advogados, agricultores, metalúrgicos, sociólogos. E, embora cada subcultura se desenvolva a partir de uma cultura maior, e, obviamente, compartilhe muitos dos seus valores e conceitos, cada uma possui feições e características únicas.

Neste sentido é que o que cada grupo social herdou e construiu em seu processo de vida, tem fundamental importância em praticamente todos os momentos de suas vidas. Poderíamos incluir aí suas crenças, seus valores, comportamentos, emoções, percepções, seu idioma, religião, estrutura familiar, alimentação, imagem corporal, vestuário, seus conceitos de espaço e tempo, a questão estética, bem como suas atitudes e conhecimentos em relação à doença, dor, morte, saúde, sofrimento, entre outros.

No entanto, faz-se necessário acrescentar que a cultura é, uma dentre várias influências, que cada indivíduo sofre no seu percurso de vida. Sendo uma, entre várias influências, poderíamos acrescentar os aspectos inerentes a cada indivíduo e em cada momento específico de sua vida, tais como, a idade, gênero, personalidade, inteligência, aptidões, experiência, altura e peso corporal, além dos aspectos educacionais, sejam eles formais e informais, bem como os aspectos sócio - econômicos, entre eles a posição social, o "status" econômico e as redes de apoio social.

Além disso, faz-se também necessário acrescentar que a cultura deve ser vista sempre em seu contexto particular. Esse contexto compõe-se de elementos históricos, econômicos, sociais, políticos e geográficos. Poderíamos afirmar, então, que é praticamente impossível isolar crenças culturais e comportamentos específicos de um determinado contexto social e econômico no qual ocorrem, onde, por exemplo, determinadas pessoas podem ter um comportamento que as leve a não comer determinado tipo de carne, vestir-se de determinada maneira, viver com muitas pessoas numa mesma casa ou não procurar os serviços de saúde quando necessitam. Não porque sejam estes aspectos de cunho cultural, mas sim porque não têm condições econômicas de proceder de outra forma.

Neste sentido, é importante salientar que a questão cultural nunca pode ser analisada isoladamente, mas sim como um importante “componente de um complexo de influências que se refere àquilo em que as pessoas acreditam e ao modo como vivem” ( Helman, 1994, p. 25).

As crenças e práticas relacionadas às necessidades de saúde são características fundamentais de uma cultura. Passa a ser muito difícil entender as reações das pessoas frente à doença, morte ou quaisquer outras questões ligadas a isso, se não se compreende ou se não se procura entender o modo como elas percebem e interpretam isso.

O corpo humano, aqui entendido como o corpo do homem, aquele indivíduo natural, humano, histórico, social e, ao mesmo tempo, individual, singular, único, é muito mais do que um simples organismo físico oscilando entre a saúde e a doença, onde a presença de uma pressupõe a ausência da outra. É também o foco de um conjunto de crenças sobre seu significado social e psicológico, sua estrutura e funcionamento.

Helman (1994), utiliza a expressão “imagem do corpo” para descrever todas as formas com que um indivíduo conceitua e experencia o próprio corpo, consciente ou inconscientemente. Na definição de Fischer, apud Helman (1994, p.30), a expressão engloba “suas atitudes coletivas, seus sentimentos e fantasias sobre seu corpo, e também a maneira pela qual a pessoa aprendeu a organizar e integrar suas experiências corporais”.

Neste sentido, a imagem corporal é construída pelos indivíduos e por aqueles que o cercam. Assim, aprendemos a conhecer e reconhecer a imagem de um corpo jovem, adulto ou idoso, de um corpo doente e de um corpo saudável. Aprendemos a considerar algumas partes do corpo como públicas, outras como privadas, e até, a considerar algumas funções do corpo como aceitáveis socialmente e outras como impuras.

Helman (1994), aponta determinadas crenças acerca da imagem do corpo, que, acredito, possam contribuir para a enfermagem no desenvolvimento de seu trabalho. São elas:

1 - crenças sobre o tamanho e forma ideais do corpo, incluindo o vestuário e o embelezamento do seu exterior;

2 - crenças sobre a estrutura interna do corpo; e

### 3 - crenças sobre o funcionamento do corpo.

Em toda sociedade, o corpo humano tem uma realidade social e uma física, ou seja, o tamanho e a forma do corpo de uma pessoa, assim como seus adornos, comunicam informações sobre a posição que ele ocupa numa sociedade.

As mudanças artificiais na forma, tamanho e parte externa do corpo, bem como as vestimentas, os adornos, além da função de proteção, têm também uma função social. Todos os adereços e as mutilações impostas ao corpo são normalmente utilizados para se adequarem aos padrões colocados pela sociedade na qual o indivíduo vive e se submete, na maioria das vezes.

Neste sentido, cada indivíduo possui, de certa forma, dois corpos: um corpo individual (físico e psicológico), conquistado com o nascimento, e, um outro corpo, um corpo social, que complementa o primeiro, que o possibilita viver em uma determinada sociedade. O corpo social “é uma parte importante da imagem do corpo, pois fornece a cada pessoa uma base para perceber e interpretar suas próprias experiências físicas e psicológicas. É também o meio através do qual a fisiologia do indivíduo é influenciada e controlada pelos princípios que regem a sociedade em que vive. A grande sociedade maior - ou o “corpo político” - exerce um controle poderoso sobre todos os aspectos do corpo individual: sua forma, tamanho, vestimenta, dieta alimentar e postura; seu comportamento com relação à doença e à saúde além de suas atividades reprodutoras, profissionais e de lazer” (Helman, 1994, p. 33).

A estrutura interna do corpo, para a maioria das pessoas, é, ainda, uma interrogação e motivo para muitas fantasias. Sem a ajuda e acesso às dissecações anatômicas ou outros meios acadêmicos, as concepções e idéias acerca da constituição do organismo estariam embasadas em conhecimentos difundidos através de livros e revistas, folclore, experiências pessoais, teorizações, entre outros.

A imagem da estrutura interna do corpo exerce influência sobre a percepção e a apresentação das queixas dos indivíduos, além das reações dos mesmos à intervenção no momento do tratamento, portanto, deve ser considerada sem preconceitos, facilitando-se sua expressão, com perguntas simples e abertas.

Para Helman (1994), as crenças relacionadas ao funcionamento do corpo são, provavelmente, mais significativas que as ligadas à estrutura do mesmo, em função do efeito que produzem no comportamento das pessoas.

Essas crenças, geralmente, segundo esse autor, dizem respeito a um ou mais aspectos inter-relacionados do corpo. Ou seja, a aspectos relacionados ao funcionamento interno do organismo, às influências externas ao funcionamento, tais como, a alimentação e o meio-ambiente, e, à natureza e disposição dos subprodutos do funcionamento do organismo, tais como, fezes, urina e sangue.

Dentre os vários conceitos contemporâneos, acerca da estrutura e funcionamento do organismo, muitos deles têm sua origem a partir das áreas da ciência e tecnologia. A familiaridade com sistemas domésticos de drenagem, eletricidade e com máquinas e motores de combustão interna indicam termos com os quais as pessoas conceituam e explicam a estrutura e o funcionamento do corpo. Um exemplo comum disso é o chamado modelo de “tubulação”, no qual o organismo é constituído de uma série de cavidades e câmaras fundas, ligadas entre si e com os orifícios do organismo por diversos canos ou tubos. A crença central aí colocada é que a saúde mantém-se pelo fluxo ininterrupto de diversas substâncias, entre elas, o ar, sangue, alimentos, fezes, urina, sangue, entre as cavidades ou entre uma cavidade e o exterior do corpo, através de um dos orifícios. A doença seria, então, o resultado do “bloqueio” de um desses tubos ou cano interno.

Um outro exemplo a ser citado, refere-se às crenças sobre a natureza e o funcionamento do sangue humano. O sangue, apontado como um elemento vital circulando no interior do organismo, é apontado como a base de teorias leigas acerca de diversas doenças. Essas doenças podem ser atribuídas às mudanças no volume, na consistência, na qualidade, entre outros.

Além desse aspecto, vale a pena lembrar que as concepções leigas sobre o sangue constituem-se também numa “imagem poderosa de diversos elementos sociais, físicos e psicológicos” (Helman, 1994, p.42). Como exemplo, podemos citar alguns significados ligados ao sangue em diferentes culturas : tipo de personalidade (“ sangue quente” ou “sangue frio” ), relações sociais (“um sangue ruim entre nós”), alimentação (“sangue fino”, causado por uma dieta inadequada).



A partir desta perspectiva, tenta-se ampliar o “modo de fazer” o trabalho de enfermagem, através de um método de trabalho que articula as dimensões objetiva/subjetiva dos sujeitos envolvidos, relacionando-se em local específico, pretendendo que o centro do atendimento seja o sujeito hospitalizado em sua totalidade, ou seja, nas suas dimensões física (natural), histórica, humana, social, cultural, emocional, política e ética, possibilitando, quem sabe, uma nova ordem hospitalar.

Como uma proposta, corre-se o risco de vê-la incompleta ou deformada, na medida em que estamos sempre lidando com um mundo concreto, com seus limites e determinantes, no qual os indivíduos têm papéis, os quais, muitas vezes, podem frustrar projetos, mesmo os que sejam considerados necessários e bons.

### **5.5. O “modo de fazer” o trabalho de enfermagem: uma proposta**

Este “modo de fazer” o trabalho de enfermagem traz elementos gerais de uma proposta. Tem como etapas preliminares: Identificando o sujeito hospitalizado; a vida e a saúde do homem natural, humano, histórico, social, cultural, singular; o projeto de trabalho; o processo de avaliação e/ou de replanejamento; e possibilidades e limites institucionais e legais.

No entanto, dependendo da situação e do sujeito que a vivencia, etapas podem ser suprimidas, outros dados podem ser acrescentados, sem prejuízo das atividades a serem desenvolvidas, bem como nem todas as questões necessitam ser respondidas num mesmo momento.

Um outro aspecto a destacar é que essa proposta tenta “fugir” dos modelos que impõem aos profissionais de enfermagem limites estruturais e metodológicos muito rígidos, impedindo-os de utilizarem todo o seu potencial técnico-científico, humano, ético-político e criativo.

É importante ressaltar também que cabe ao enfermeiro, privativamente, a prescrição de enfermagem, de acordo com a lei 07498/86, regulamentada pelo decreto nº 94406/87. Neste sentido, é o enfermeiro o coordenador do planejamento da assistência. Para esta proposta no entanto, é pressuposto básico que sejam envolvidos todos os trabalhadores da

enfermagem, além do sujeito hospitalizado e seus familiares nesse processo de assistência individualizada, numa perspectiva de atendimento globalizado ao sujeito que necessita de hospitalização.

### **1. Identificando o sujeito hospitalizado**

O sujeito é introduzido no interior da instituição e se torna o sujeito hospitalizado, com um papel definido. Ele é instalado, devidamente orientado no que se refere ao seu novo espaço físico: há a cama que a ele cabe, seu banheiro, o horário das refeições, de visitas, enfim, os aspectos mínimos para que ele possa se sentir o mais confortável possível.

Inicia-se aqui a coleta das informações, entendidas como necessárias, para que a enfermagem possa ter uma referência de sua identidade, iniciando com uma leitura pelo próprio sujeito hospitalizado ou pela enfermagem, do que denominamos **Comunicação Inicial** (Parte I do APÊNDICE)\*, para em seguida colher informações acerca do seu nome, sua idade, situação conjugal, número de filhos, profissão, uma pequena descrição das condições em que se encontra (comunicação, independência, aparência geral), quando possível tentar observar e/ou apreender alguns traços da personalidade (se é tímido ou comunicativo, alegre ou depressivo, entre outros), se veio acompanhado com algum familiar e outros aspectos que se deseja registrar (Parte II do APÊNDICE).

### **2 - A vida e a saúde / doença do homem natural, humano, histórico, social, cultural, singular**

Diante dessa tentativa de síntese de todo o conteúdo teórico - filosófico da proposta, o pessoal de enfermagem necessita pensar que, para tratar de forma humana o sujeito do cuidado, há que se considerar aspectos sobre a sua vida bem como sobre a sua enfermidade.

A proposta começa com a busca da compreensão da ligação do sujeito à sua vida social, como ele percebe a sua vida e a sua doença. É o momento de interação com o sujeito hospitalizado.

---

\* O APÊNDICE - Proposta de aplicação de um instrumento metodológico para o "modo de fazer" o trabalho de enfermagem, apresentado a partir da página 211 e resume a tentativa de uma possível aplicação do instrumento metodológico proposto, o qual deverá ser testado no decorrer da minha trajetória profissional, constituindo-se no desenvolvimento previsto.

A percepção do indivíduo, suas representações acerca da doença, bem como do modo de adoecer, são diferenciadas, específicas, dependendo do meio em que vive, das suas condições materiais, da religião que pratica, da descendência paterna ou materna, entre outros.

Compreender e apreender esse processo é condição “sine qua non” para os momentos seguintes, pois, muitas vezes, encara-se como fracasso o fato de não se conseguir ter uma referência do sujeito hospitalizado. Na verdade, na maioria das vezes, é o resultado possível para aquele momento vivido pelo trabalhador e o sujeito hospitalizado. Essa perspectiva gera menos ansiedade a ambos, na medida em que permite uma relação mais relaxada, franca e verdadeira.

Nesta etapa, são abordados os motivos da internação, as doenças pregressas, o trabalho que exerceu ou exerce, se já teve alguma doença ligada ao trabalho, se tem lembrança de já ter tido alguma doença ligada à área emocional, se teve algum fato muito marcante em sua vida que gostaria de relatar, como começou a doença atual, o que, na sua opinião, ocasionou a doença, em que medida a sua doença afeta o seu trabalho, a sua vida familiar e afetiva, que dificuldades sente nesse momento, que sentimentos provocam o fato de estar internado; que limitações a hospitalização lhe impõe, se exerce alguma atividade fora do trabalho, se tem alguma coisa que gostaria de fazer que possa ser desenvolvida no hospital, se acha necessário ter alguém conhecido ou da família lhe acompanhando, se há algum objeto pessoal que gostaria de ter ao seu lado durante a hospitalização, e se tem receio de algum procedimento, ou de alguma situação em especial (medo de injeção, de ficar só, de algum exame ou cirurgia, de ficar inválido ou de morrer, entre outros).

Este momento prevê, também, o levantamento das informações de como o sujeito hospitalizado costuma se alimentar (horários, frequência, tipo de alimentação, entre outros), como costuma dormir (horários, tipo de travesseiro e colchão que usa, se costuma descansar após as refeições, entre outros) como são os seus hábitos de eliminação (frequência, se utiliza algum alimento ou medicação para evacuar, entre outros), como costuma fazer sua higiene (frequência, horário, entre outros), se há no seu corpo algo ou alguma coisa que gostaria de mostrar ou falar para a enfermagem (alguma coisa externa, na pele, ou mesmo interna: dor, massas palpáveis, entre outras). Solicitar, então, autorização para realizar o exame físico, verificando as condições da pele, mucosas, musculatura,

condições das veias, verificar se usa próteses, entre outros. Descrever nesse momento o que encontrou, ao mesmo tempo em que verbaliza e demonstra que o pressuposto básico aqui é o respeito a ele, ao seu corpo, mas que, naquele momento, o fato dele estar internado aponta também a responsabilidade do profissional com a questão técnica.

Perguntar também como gostaria de ser atendido pela enfermagem, se tem alguma dúvida e se deseja perguntar alguma coisa.

Acrescentar ainda nessa etapa dados complementares para o atendimento de enfermagem, tais como, diagnóstico e prescrição médica, funções vitais, resultados de exames complementares, dietas (Parte III do APÊNDICE).

### **3 - O projeto de trabalho**

Neste momento ocorre o afastamento do enfermeiro, ele vai discutir com a equipe a proposta de atuação para, em seguida, apresentá-la ao sujeito hospitalizado. É o momento do planejamento das ações de enfermagem.

O projeto define como a enfermagem estrutura um trabalho para resolver determinadas situações que se apresentam, como ela organiza seu trabalho de modo a atender à finalidade a que se propõe, e quais as possibilidades terapêuticas. É o momento onde subdividem-se as ações de manutenção da vida, as ações de reparação, as ações de orientação e as ações de encaminhamento.

Cada indivíduo, a partir de determinado momento em sua vida, cuida-se a si próprio. Desenvolve ações para si mesmo que lhe permitem manter as suas necessidades de viver, ou seja, de forma interdependente estabelece seus hábitos e costumes, incluindo a melhor forma de se cuidar.

No entanto, em algumas circunstâncias, esse indivíduo sujeita-se temporariamente ao cuidado de outros indivíduos, em função da insuficiência, diminuição ou perda de sua autonomia.

O momento da hospitalização pode ser colocado como uma ocasião em que esta situação pode ocorrer, pois, ao se hospitalizar, o indivíduo, de certa forma, entrega-se à instituição que procurou.

Essa instituição, representada pelas diversas categorias profissionais que aí atuam, presta atendimento a esse indivíduo, com a finalidade de manter a sua vida cotidiana, bem como de interferir em situações que se constituem em obstáculo à sua vida.

A enfermagem, por sua vez, integrada a esse contexto, participa ativamente nesse atendimento, permanecendo às vinte e quatro horas do dia junto a essa pessoa.

Por características histórico-sociais do desenvolvimento das profissões, a enfermagem percorre com muito mais vigor o caminho de manutenção da vida do sujeito hospitalizado, embora também execute ações de reparação. No entanto, estas últimas são, na maioria das vezes, complementares a um outro processo de trabalho, o trabalho médico, onde a enfermagem executa as ações prescritas por esse profissional, com a finalidade de complementação do tratamento e/ou de preparo do corpo para a intervenção do ato médico.

Também por questões histórico-sociais, já analisadas por diversos autores, entre eles, Puntel de Almeida (1986), Pires (1989), Collière (1989), Leopardi (1991), foram sendo mais valorizadas, gradativamente, as ações ligadas à intervenção, ou seja, as ações centradas somente na doença, esquecendo inclusive, muitas vezes, daquele que está vivendo a doença.

As ações cotidianas e habituais ou ações de sustento e manutenção da vida são aquelas que dão sustentação à vida, tanto no que se refere à vida física (alimentação, hidratação, eliminações, entre outros) como à vida afetiva e profissional, onde, cada um destes aspectos, interferem e interagem entre si.

Essas ações são estabelecidas a partir dos hábitos de vida, de costumes, de crenças. À medida que uma pessoa ou um grupo se constitui, nasce todo um ritual, toda uma cultura que programa e determina o que se considera bom ou mau para manter a vida.

Em algumas circunstâncias, há necessidade de recorrer às ações de reparação, ou seja, àquelas ações que constituem obstáculo à vida. Este tipo de intervenção tem o objetivo de limitar a doença, lutar contra e atacar suas causas.

No entanto, as ações de reparação perdem o sentido se não houver manutenção de tudo que contribui para a continuidade e desenvolvimento da vida. “Sem o acompanhamento concomitante dos cuidados correntes (alimentares, de higiene), com o seu

suporte relacional assiste-se à estabilização ou agravamento do processo de degenerescência : a vida retira-se de cada vez que a preocupação com o que morre é maior que a preocupação com o que vive” (Collière, 1989, p. 238).

Além das ações de manutenção da vida e das ações de reparação, inclui-se também no projeto do trabalho da enfermagem, ações de orientação, visando o retorno gradativo da autonomia do sujeito hospitalizado, além de orientá-lo para determinados procedimentos que possam vir a ocorrer, ou mesmo prepará-lo para as situações que exijam o seu aprendizado ou de seus familiares.

E, por ser um trabalho interdependente exercido coletivamente, onde cada profissional, e, especificamente a enfermagem, numa autonomia relativa, desenvolve seu trabalho, sempre que necessário, e, de acordo com as atribuições e especificidades de cada profissão, o enfermeiro solicita a outros profissionais, através das ações de encaminhamento, que atuem junto ao sujeito hospitalizado, quem sabe numa perspectiva interdisciplinar,

Esse é o momento de reflexão teórica, onde será colocado não apenas o que fazer, mas também o porquê e o como fazer.

É o momento do processo reflexão/ação, onde o trabalhador vai pensar como atingir os objetivos postos, que recursos materiais e metodológicos serão utilizados, quais instrumentos serão necessários para o exercício do seu trabalho. É o momento de refletir acerca da finalidade do trabalho e do objetivo a alcançar. Aí se determina onde os profissionais e o sujeito hospitalizado querem chegar, quais as possibilidades, que limites se colocam (Parte IV do APÊNDICE ).

#### **4 - A negociação com o sujeito hospitalizado e sua família**

É o momento em que a enfermagem negocia com o indivíduo hospitalizado e sua família a implementação das ações a ele propostas.

É aí que o indivíduo coloca as suas expectativas no que se refere à assistência, o que ele espera da enfermagem e da instituição que o acolheu. É possível, nesta etapa, fazer a relação com o que já foi apontado por ele anteriormente ( Parte II do instrumento), possibilitando inclusive um diálogo que mostre a ele e/ou sua família, as potencialidades e limites da assistência de enfermagem.

A adequada comunicação é fundamental nas relações interpessoais. A partir do momento que os sujeitos envolvidos nessa negociação acreditarem em um encontro franco, verdadeiro, com o menor número possível de interferências nessa comunicação, vão, gradativamente, manter num nível desejado, a relação sujeito/sujeito baseada no princípio da equidiversidade (Parte V do APÊNDICE).

### **5 – O processo de avaliação e/ou de replanejamento**

Nesta etapa do processo deve-se envolver o sujeito do cuidado, sua família, bem como todo o grupo que participa da assistência de enfermagem.

É feita então a conexão entre todos os momentos do processo, tentando entender o sujeito hospitalizado como um ser natural, humano, histórico, social, cultural, porém único, singular, vivendo um processo diferenciado, portanto específico.

Assim, o enfoque das questões técnicas alia-se aos aspectos culturais, subjetivos, pessoais, de forma complementar, e, quem sabe, numa perspectiva de interdependência. A riqueza e a consistência dos dados a serem apresentados poderão estabelecer novos espaços à enfermagem no interior da instituição.

Além disso, concomitantemente, o sujeito do trabalho vive também um processo que deixa a descoberto os seus valores, crenças, comportamentos, que podem exercer influência neste processo de avaliação e/ou replanejamento. É assim que se dá o processo de viver dos indivíduos, com suas semelhanças, similitudes, identificações e também diferenças, divergências, diversidades, adversidades, num determinado momento histórico, numa estrutura específica que, sem perder de vista os limites legais e sociais impostos e às vezes necessários, partilha, percorre e prossegue na busca incessante de uma vida digna de ser vivida (Parte VI do APÊNDICE).

### **6 - Possibilidades e limites institucionais e legais**

Nesta etapa são apontadas, naquilo que é possível de ser registrado, as intercorrências que impossibilitaram o atendimento a contento (as limitações dos serviços de apoio, a morosidade no encaminhamento dos problemas, as dificuldades na organização e relações de trabalho, as dificuldades apresentadas pelo sujeito hospitalizado e/ou sua família nas relações com a equipe de enfermagem ou vice-versa, a falta de material adequado em quantidade e qualidade, entre outros) (Parte VII do APÊNDICE).

## **6- OS CONSTRUTORES E SEU CONSTRUTO: A TRANSITORIEDADE ANUNCIADA**

Em qualquer processo de construção, de algo material ou não, o ponto de partida é o contexto em que vive o homem que utiliza este conhecimento. Pois é ele o criador do mundo da cultura bem como dos objetos que utiliza, e, por isso, determina maior ou menor transitoriedade àquilo que construiu.

Assim, ao finalizar esta etapa de construção, não se pode perder de vista que tudo o que nos rodeia é quase sempre parcial e provisório, e que cada passo na busca de algo ou de um conhecimento específico é sempre o início de uma outra caminhada.

Quando comecei a pensar na tese, tinha como perspectiva a reflexão coletiva sobre o trabalho realizado pela enfermagem em um local específico e a construção, também coletiva, de um método de assistência. Hoje, ao avaliar o “desenho” construído, reafirmo a importância de se pensar e realizar o trabalho coletivamente.

Acredito que podem ocorrer mudanças substanciais no “modo de fazer” o trabalho de enfermagem, a partir da busca de soluções e “modos” coletivos, de reflexões e questionamentos da prática existente, uma vez que esta proposta emergiu de uma interrogação sobre a prática, para perceber aí os pontos de estrangulamento que impedem o fluxo entre o pensar e o fazer.

O projeto esteve pautado na necessidade de apontar um instrumento flexível e amplo o bastante para que pudesse incluir a diversidade dos pensamentos dos profissionais, bem como individualizar (realmente e não idealmente) o sujeito das ações de enfermagem.



Acredito que a estrutura conceitual apresentada permite outras possibilidades de aplicação, uma vez que a operacionalização proposta é apenas um dos “modos” de apresentar os conceitos aí contidos. Além disso, ousou acrescentar que tanto a estrutura conceitual como a proposta de aplicação, apesar de não terem sido testadas ainda, são viáveis não somente para indivíduos hospitalizados que conseguem comunicar-se, mas também para aqueles que estão impossibilitados de fazê-lo, tais como, crianças de uma determinada faixa etária e indivíduos que estão em unidades de terapia intensiva, onde o contato pode ser estabelecido com suas famílias. Acredito também que esta proposta possa ser implantada, com as devidas adaptações, em locais que utilizam outras formas de atendimento à saúde, tais como, ambulatórios e atendimentos domiciliares.

Esta proposta permite ampliação, a partir dos dados complementares do Quadro-Síntese e outros, principalmente no que se refere à forma de sua organização e às relações de trabalho no interior da instituição. Com o desenvolvimento e aplicação da estrutura ora apresentada é consequência esperada a sua reformulação e adaptação às diversas situações do HU-UFSC, embora não seja o objetivo deste estudo. Para os limites desta tese, considero ter chegado a um termo que significou uma intensa e extensa elaboração conceitual, a partir de uma metodologia indutivo-dedutiva, dentro dos parâmetros do construtivismo, sem, no entanto, engessar a riqueza da construção coletiva a uma estrutura operacional determinada, ainda que não deixando de pré-figurar as diretrizes norteadoras.

Paralelamente ao desenvolvimento da proposta de construção do instrumento metodológico, houve toda uma seqüência de procedimentos que tinha por objetivo levar o grupo de representantes a um processo de reflexão para um melhor embasamento teórico e mudanças de atitudes a partir das estratégias apresentadas. Essas estratégias tinham assim um triplo papel: garantir a qualidade dos dados construídos, promover mudanças de atitudes na busca de outra mentalidade, e, também, levar o grupo a vislumbrar a possibilidade de aplicação da proposta construída, a partir da representação por eles assumida.

Assim, está expressa aqui a objetivação desse processo, limitada à sua configuração formal, uma vez que os objetivos adicionais que implicam em desenvolvimento subjetivo não são apresentados à análise, tanto por limite da própria proposta quanto por considerar prematura uma avaliação deste tipo. Foram oferecidas diversas oportunidades para que esse

desenvolvimento subjetivo ocorresse, e os resultados só podem aparecer diretamente na própria práxis cotidiana, algo que carece de elementos avaliativos especiais.

Por outro lado, não me parece completo o processo, requerendo de imediato a previsão de algumas condições para a implantação da proposta, ou seja: que ou quais locais do HU estariam interessados em aplicá-la, que estratégias utilizar nas etapas anteriores ao processo de implantação, como se daria a organização do trabalho, a partir da participação da equipe de enfermagem e do sujeito hospitalizado e seus familiares no projeto de trabalho, como envolver os profissionais das outras áreas da saúde, entre outros.

É importante, ainda, esclarecer que em nenhum momento houve a preocupação de comprometimento exclusivo com o materialismo dialético, mas, sem dúvida, ele foi uma base considerável de sustentação de todo o projeto. Isto ocorreu por entender que um processo vivo, com pessoas ativas, numa perspectiva de maior aproximação democrática, está exposto a múltiplas e complexas influências que dirigem e limitam, ao mesmo tempo em que diferenciam e transmutam etapas, numa dinamicidade não completamente previsível.

Assim foi transitar neste caminho árduo e apaixonante, que permitiu uma obra grande e ao mesmo tempo minúscula, no permanente e complexo mundo das incertezas. A identidade que aqui está à mostra só poderia ter como premissa sua própria finitude e incompletude.

## **7 - APÊNDICE**

### **Proposta de aplicação de um instrumento metodológico para o “modo de fazer” o trabalho de enfermagem**

#### **Parte I - Comunicação Inicial : os primeiros contatos com o sujeito hospitalizado**

Você está vivendo um momento completamente diferente do seu dia a dia.

Além de ser um momento diferente, este contato pode lhe trazer as mais diversas percepções e sentimentos.

Procurando entender, pelo menos um pouco, como você se sente, elaboramos algumas perguntas que, além de orientar toda a sua permanência aqui no hospital, irá nos permitir tentar lhe ajudar a superar e encarar esse momento que pode parecer difícil.

Aqui no hospital vários profissionais trabalham para que você tenha o melhor atendimento. Você, para nós, é a pessoa mais importante; é porque você nos procurou que o hospital existe. É assim que acreditamos e faremos o possível para que isso se concretize.

Entre médicos, nutricionistas, assistentes sociais, psicólogos e outros que aqui atuam para lhe servir, nós, da enfermagem, permaneceremos junto de você todo o tempo em que ficar aqui. Por isso, acreditamos que, além do nosso trabalho específico, podemos estabelecer uma ponte entre a instituição que lhe acolheu e as necessidades que possa vir a ter.

Para que você possa ser bem atendido vamos lhe perguntar coisas que são da sua intimidade e, por isso, provavelmente constrangedoras. Sabemos que pode não ser fácil, mas procure se lembrar que estamos fazendo isso para lhe proporcionar o mínimo de condições que possam deixá-lo mais à vontade e para que sua estada aqui seja a mais confortável possível.

## **Parte II - IDENTIFICANDO O SUJEITO HOSPITALIZADO**

Nome: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Situação Conjugal: \_\_\_\_\_

Filhos: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_

Moradia: \_\_\_\_\_

Dados e observações complementares (descrição das condições em que se encontra, alguns traços da personalidade, se veio acompanhado, entre outros)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## **Parte III - A VIDA E A SAÚDE / DOENÇA DO HOMEM NATURAL, HUMANO, HISTÓRICO, SOCIAL, CULTURAL, SINGULAR**

Qual o motivo de sua internação: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Na sua opinião, o que ocasionou sua doença: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Que doenças você já teve: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Já teve alguma doença ligada ao trabalho? Qual(is): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

---

Em que medida a sua doença afeta o seu trabalho: \_\_\_\_\_

---

Tem lembrança de ter tido alguma doença ligada à área emocional? Que tipo de doença: \_\_\_\_\_

---

Em que medida a sua doença afeta a sua vida familiar e a sua vida afetiva: \_\_\_\_\_

---

Atualmente, está trabalhando em alguma atividade? Qual:

Que trabalhos já exerceu: \_\_\_\_\_

---

Exerce alguma atividade fora do trabalho? Qual: \_\_\_\_\_

---

Tem alguma atividade que gostaria de desenvolver e que poderia ser feita aqui no hospital?  
Qual: \_\_\_\_\_

---

Teve algum fato importante, marcante, que gostaria de relatar, alguma coisa muito forte que lhe aconteceu: \_\_\_\_\_

---

Quais as dificuldades que você sente nesse momento: \_\_\_\_\_

---

---

Que sentimentos provocam o fato de estar internado: \_\_\_\_\_

---

---

Que limitações a hospitalização lhe impõe: \_\_\_\_\_

---

---

Acha necessário e/ou gostaria de ter alguém da sua família ou conhecido lhe acompanhando?

Quem: \_\_\_\_\_

---

---

Há algum objeto pessoal que gostaria de ter ao seu lado durante sua hospitalização (livros, terço de contas, fotos, entre outros) ? Qual(is): \_\_\_\_\_

---

---

Tem receio de algum procedimento ou situação em especial ( medo de injeção, de ficar só, de algum exame ou cirurgia, de ficar inválido ou da morte, entre outros)?

Qual(is): \_\_\_\_\_

---

---

Como costuma se alimentar (horários, frequência, tipo de alimentação, entre outros): \_\_\_\_\_

---

---

Como costuma dormir ( horários, tipo de travesseiro que usa, se costuma descansar depois do almoço, entre outros ): \_\_\_\_\_

---

---

Como são seus hábitos de eliminação (frequência, se utiliza algum alimento ou medicação para evacuar, entre outros ): \_\_\_\_\_

---

---

Como costuma fazer sua higiene ( frequência, horário, entre outros): \_\_\_\_\_

---

---

No seu corpo, há alguma coisa que gostaria de mostrar ou falar para a enfermagem (alguma coisa externa, na pele, ou mesmo interna: dor, massas palpáveis, entre outros). Nesse momento necessito da sua autorização para realizar o exame físico, preciso verificar as condições da sua pele, mucosas, musculatura, condições das veias, se usa próteses, entre outros aspectos:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Como gostaria de ser atendido pela enfermagem: \_\_\_\_\_

---

---

---

Tem alguma dúvida, gostaria de perguntar alguma coisa: \_\_\_\_\_

---

---

---

Dados complementares para o atendimento de enfermagem (funções vitais, diagnóstico e prescrição médica, dietas, resultados de exames complementares que interferem na assistência de enfermagem, entre outros):

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

#### **Parte IV - O PROJETO DE TRABALHO**

Nesta etapa estão previstas as ações de manutenção da vida, as ações de reparação, as ações de orientação e as ações de encaminhamento. É o momento em que a equipe de enfermagem vai estabelecer a proposta de atendimento ao sujeito hospitalizado. Caso seja possível seria interessante também envolver o sujeito dos cuidados e mesmo sua família nessa fase.

Com o objetivo de melhor “visualizar” a operacionalização dessa etapa, que pode ser apontada como aquela que vai direcionar todo o processo de trabalho de enfermagem, apresento um modelo de impresso onde está também incluído o momento da avaliação e/ou de replanejamento. Este modelo tenta mostrar que apesar da necessidade diária do projeto de trabalho e da avaliação e/ou replanejamento, este pode, num mesmo impresso, ser



utilizado por até 3 (três) dias, pois as ações são registradas e, caso se queira mantê-las, ou acrescentar outras, é possível fazer isso.

PROJETO DE TRABALHO	DATA			
	HORA			
1 - AÇÕES DE MANUTENÇÃO				
2 - AÇÕES DE REPARAÇÃO				
3 - AÇÕES DE ORIENTAÇÃO				
4 - AÇÕES DE ENCAMINHAMENTO				
DATA:	AVALIAÇÃO E/OU REPLANEJAMENTO			

**Parte VI - O PROCESSO DE NEGOCIAÇÃO COM O SUJEITO E SUA FAMÍLIA**

Após o estabelecimento do projeto com os integrantes da equipe de enfermagem vem o momento de negociação com o sujeito hospitalizado e/ou sua família, caso não tenha havido a participação dos mesmos no momento anterior.

Verificar também nessa etapa com qual ou quais pessoas ele pode contar nesse momento, pois essa(s) pessoa(s) pode(m) fazer a ponte, possibilitar o apoio necessário nesse momento: \_\_\_\_\_

**Parte VII - O PROCESSO DE AVALIAÇÃO E/OU DE REPLANEJAMENTO**

Neste momento é feita a conexão entre todos os momentos do processo, envolvendo o sujeito hospitalizado e/ou sua família e os trabalhadores de enfermagem: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

**Parte VIII - POSSIBILIDADES E LIMITES INSTITUCIONAIS E LEGAIS**

Intercorrências que impossibilitaram o atendimento a contento: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

## 8- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALMEIDA, Fernanda Lopes de. **O equilibrista**. São Paulo: Ática, 1994.
- ALMEIDA, Maria Cecília Puntel de. ROCHA, Juan Stuardo Yazlle. **O saber da enfermagem e sua dimensão prática**. São Paulo: Cortez, 1986.
- ALMEIDA, Maria Cecília Puntel de et al. A situação da enfermagem nos anos 80. **Anais 41º Congresso Brasileiro de Enfermagem, 2-7 set. 1989**. Florianópolis: ABEn, ABEn - Seção Santa Catarina, 1989.
- BAZARIAN, Jacob. **O problema da verdade: teoria do conhecimento**. São Paulo : Alfa - ômega, 1985.
- CASTELLANOS, Briggitta et al. Os desafios da enfermagem para os 90 anos. **Anais, 41º Congresso Brasileiro de Enfermagem, 2-7 set. 1989**. Florianópolis: ABEn, ABEn - Seção Santa Catarina, 1989.
- CHANLAT, Jean François (coord.) **O individuo na organização: dimensões esquecidas**. V.1, São Paulo: Atlas, 1993.
- CODO, Wanderley. SAMPAIO, José Jackson Coelho. HITOMI, Alberto Haruyoshi. **Indivíduo, trabalho e sofrimento - uma abordagem interdisciplinar**. Petrópolis: Vozes, 1994.
- COLLIÈRE, Marie-Francoise. **Promover a vida**. Sindicato dos Enfermeiros Portugueses: Lisboa, 1989.
- DEJOURS, Christophe. Uma nova visão do sofrimento humano nas organizações. In: CHANLAT, Jean François (coord.) **O individuo na organização: dimensões esquecidas**. V.1, São Paulo : Atlas, 1993.
- ETGES, Norberto. Estrutura versus subjetividade nas relações sociais: uma oposição de exterioridade? **Educação e realidade**, Porto Alegre, v.19, n.1, p.47-60, jan/jun, 1994.
- \_\_\_\_\_. **Produção do conhecimento e interdisciplinaridade**. Brasília: Rumos, 1993.
- FRANCO, Maria Laura Puglisi Barbosa. Possibilidades e limites do trabalho enquanto princípio educativo. **Cad. Pesquisa São Paulo**, n. 68, p.29-37, fev., 1989.

- FRIGOTTO Gaudêncio. Trabalho e educação: impasses teóricos e práticos. In: GOMES, Carlos Minayo et al. **Trabalho e conhecimento: dilemas na educação do trabalhador**. 2 ed. São Paulo : Cortez, 1989.
- FROMM, Erich. **Conceito marxista de homem**. 7 ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1979.
- GOMES, Carlos Minayo et al. **Trabalho e conhecimento: dilemas na educação do trabalhador**. 2 ed. São Paulo: Cortez, 1989.
- GONÇALVES, Ricardo Bruno Mendes. **Medicina e história: raízes sociais do trabalho médico**. São Paulo: USP, 1979. Dissertação (Mestrado em Medicina) - Universidade de São Paulo, 1979.
- HEGEL, Georg Wilhelm Friedrich. **A fenomenologia do espírito**. Petrópolis : Vozes, 1992.
- HELMAN, Cecil G. **Cultura, saúde e doença**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.
- LEOPARDI, Maria Tereza et al. O desenvolvimento técnico científico da enfermagem - uma aproximação com instrumentos de trabalho. **Anais, 41º Congresso Brasileiro de Enfermagem, 2-7 set. 1989**. Florianópolis: ABEn, ABEn - Seção Santa Catarina, 1989.
- LEOPARDI, Maria Tereza. **Método de assistência de enfermagem: análise da utilização do instrumento no processo de trabalho**. Ribeirão Preto: USP, 1991. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade de São Paulo, 1991.
- \_\_\_\_\_. **Entre a moral e a técnica : ambigüidades dos cuidados de enfermagem**. Florianópolis : UFSC, 1994.
- \_\_\_\_\_. O método como objetivação científica na assistência da enfermagem. **Texto e Contexto Enfermagem**. Florianópolis, v.4, n.1, p.9-18, jan/jun, 1995.
- \_\_\_\_\_. A finalidade do trabalho da enfermagem: a ética como fundamento decisório. **Texto e Contexto Enfermagem**. Florianópolis, v.4, n.2, p.23-29, jul/dez., 1995.
- \_\_\_\_\_. **A interdisciplinaridade na saúde: encontros e desencontros**. Mimeografado, s/d.
- LUZ, Madel Therezinha. **Racionalidades médicas e terapêuticas alternativas**. Rio de Janeiro: VERS/IMS, 1993.
- MACHADO, Ana Maria. **O gato do mato e o cachorro do morro**. São Paulo : Ática, 1992.
- MARX, Karl. **O capital - crítica da economia política**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1968.
- MARX, Karl. Manuscritos econômicos e filosóficos. In: FROMM, Erich. **Conceito marxista de homem**. 7. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1979.
- MARX, Karl. ENGELS, Frederich. **A ideologia alemã**. Lisboa : Avante, 1981.
- MASUR, Jandira. **O frio pode ser quente?** São Paulo: Ática, 1991.
- NOGUEIRA, Roberto Passos. **Perspectivas da qualidade em saúde**. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1994.
- ORTHOFF, Sílvia. **Maria vai com os outros**. São Paulo: Ática, 1985.

- PIAGET, Jean. **Biologia e conhecimento: ensaio sobre as relações entre as regulações orgânicas e os processo cognoscitivos.** Petrópolis: Vozes, 1973.
- PIRES, Denise Pires de. **Hegemonia médica na saúde e a enfermagem.** São Paulo: Cortez, 1989.
- PITTA, Ana. **O doente, seu cuidador e as instituições de saúde: elos de uma cadeia possível?** Mimeografado, s/d.
- ROSA, Sanny S. **Construtivismo e mudança.** São Paulo : Cortez, 1994.
- SANTANA, Paranaguá de. **A gestão do trabalho nos estabelecimentos de saúde: elementos para uma proposta.** *Cadernos RH Saúde*, Brasília, v.1, n.3, p.51-61, nov. 1993.
- SERPA, Marília Lopes. **Eu, enfermeira... eu, paciente.** *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v.8, n.2, p.270-272, julho, 1987.
- SONTAG, Susan. **A doença é uma metáfora.** Rio de Janeiro: Graal, 1984.
- TESTA, Mário. **Pensar em saúde.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.