

ELIANE MATOS

*Novas Formas de Organização do Trabalho
e Aplicação na Enfermagem:
possibilidades e limites*

Florianópolis
Fevereiro, 2002

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO – FILOSOFIA, SAÚDE E SOCIEDADE

***Novas Formas de Organização do Trabalho
e Aplicação na Enfermagem:
possibilidades e limites***

Eliane Matos

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

Orientadora: Prof^a Dra Denise Pires

Florianópolis, fevereiro de 2002

ELIANE MATOS

***Novas Formas de Organização do Trabalho
e Aplicação na Enfermagem:
possibilidades e limites***

Esta dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem – Filosofia, Saúde e Sociedade. E aprovada em Fevereiro de 2002.

Dra. Denise Elvira Pires de Pires

Presidente

Dra. Beatriz Beduschi Capella

Membro

Dra. Flávia R. S. Ramos

Membro

Dra. Valeska Nahas Guimarães

Membro

Dr. Gelson Albuquerque

Membro Suplente

AGRADECIMENTOS

À minha família, pelo apoio, e por compreender minhas ausências. Um agradecimento especial a meu pai, Bento, (*in memoriam*) e minha mãe, Oulina, pelo esforço para que eu pudesse chegar até aqui.

À minha filha, Marina, por existir, por dar à minha vida, um brilho especial.

À minha amiga, Denise Pires, pela convivência e amizade durante os últimos 20 anos. À Denise Pires, minha orientadora, que acompanha o meu processo de formação, desde a graduação. Obrigada por acreditar nas minhas potencialidades, e pelas importantes contribuições neste trabalho.

À professora e amiga, Beatriz Capella, pelo trabalho desenvolvido no HU, na gestão 1996 - 2000, por acreditar que é possível “Viver e Trabalhar Melhor”, que é possível um novo modo de realizar o trabalho da enfermagem, e por saber valorizar os trabalhadores de enfermagem. Obrigada, por fazer parte de nossas vidas. Obrigada, por ser uma amiga tão especial.

Aos trabalhadores de enfermagem - enfermeiras, técnicas (os) de enfermagem e auxiliares de enfermagem, especialmente àqueles que participaram desta pesquisa (Quica, Góí, Fernanda, Cláudio, Tânia, Rafaela, Débora, Angélico, Amanda, Sarah, Mary e Natália). Obrigada por tornarem possível este estudo, dividindo comigo a responsabilidade de repensar a organização do trabalho de enfermagem, e, acima de tudo, por acreditarem que é possível transformar a realidade.

Aos sujeitos hospitalizados (Júlia, Lívia, Cândida, Luísa e Gregório), pela contribuição.

À minha sobrinha, Sílvia, pela convivência, pela ajuda constante, especialmente, nos “problemas” relacionados a minha pouca habilidade com o computador.

Às amigas da Divisão de Enfermagem de Emergência e Ambulatório, do HU, que, de alguma forma, contribuíram para que eu pusesse realizar este mestrado. Um agradecimento especial a Lúcia Della Vecchia, a Fátima Gicelda, e a Rozeli, que souberam entender minhas ausências.

A Tânia Rebello, por dividir comigo, neste último ano, as dificuldades do processo de formação e do exercício da chefia.

A Zeca, pelo constante apoio, por cuidar de minha saúde, quando eu mesma esquecia, e por assumir, tantas vezes, as minhas atividades, quando precisei estar ausente.

A Silvana e Rita, pelo carinho, e pela amizade de anos. Obrigada pelo afeto sincero.

A Rô e a Salete, da secretaria da Divisão de Enfermagem de Emergência e Ambulatório, pela colaboração neste trabalho.

Ao Ricardo e Geraldo, da Divisão de Finanças do HU, pelas contribuições durante o curso de mestrado, no preparo das apresentações dos trabalhos.

Às companheiras do Centro de Educação e Pesquisa em Enfermagem, por tudo que dividimos ao longo destes anos de HU. Um agradecimento especial a Patrícia, Nádia, Terezinha, Fátima Padilha, que, nos últimos anos, estiveram sempre presentes, buscando construir, através da educação, uma enfermagem melhor.

Às colegas de mestrado, que compartilharam algum momento deste processo, e, especialmente, às amigas: Lúcia Amante, Sonara, Beatriz Schumacher, Samara, Rita, Léia, Tânia, Cínara.

A Nádia e Patrícia, amigas especiais, com as quais percorri mais intensamente esta trajetória e dividi também o trabalho no HU. Nádia, que sabe colocar paixão em tudo que faz, que impulsiona e contagia o grupo. Obrigada pela amizade. Patrícia, companheira inseparável, com quem tenho dividido as dificuldades e as alegrias no trabalho, e também um pouco da vida e da maternidade, pois adotaste tua afilhada. Obrigada pelo carinho, pelo respeito e ajuda nos momentos difíceis.

A Luís e Edimar, pelo esforço para compreender o trabalho da enfermagem. Por estarem sempre presentes, apesar da distância, orientando, discutindo, colaborando, e, especialmente, nos ensinando a “viver e trabalhar melhor” na enfermagem. Obrigada, pois, com certeza, aqueles que encontramos profundamente nos formam, constroem, modificam.

Às professoras (os): Flávia Ramos, Beatriz Capella, Valeska Guimarães, Gelson Albuquerque, Francine Gelbecke, por aceitarem participar desta banca. Obrigada pelas contribuições.

A Francine, pela solidariedade. Por lembrar sempre de mim quando se deparava com algum texto que pudesse me interessar. Obrigada por saber compartilhar os “achados”, o conhecimento.

Aos professores da Pós-Graduação, pelo respeito e oportunidade de ampliação de conhecimentos. À professora Maria Itáira, um agradecimento especial, por estar sempre disponível para contribuir neste processo.

Às funcionárias da Pós-Graduação – Cláudia, Fabiana e Luzia pela disponibilidade e atenção dispensada durante o curso.

Ao Hospital Universitário e a todos aqueles que, nestes 20 anos, têm se preocupado em estimular a capacitação dos trabalhadores, apesar das limitações existentes.

A todos que, direta ou indiretamente, contribuíram para a concretização deste estudo.

RESUMO

Este estudo teve como objetivo identificar referências para uma organização do trabalho de enfermagem, com características emancipatórias para o trabalhador de enfermagem, e que resulte em uma assistência de qualidade aos usuários dos serviços de saúde. Foi realizado no Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina, localizado no sul do Brasil. Trata-se de um estudo exploratório descritivo e analítico de natureza qualitativa. O quadro teórico suporte conta com uma revisão de literatura acerca das teorias administrativas e suas contribuições para a organização do trabalho, e a teorização sobre organização do trabalho em saúde e enfermagem, formulada por autores que tratam sobre o tema, contextualizando-o na realidade histórico-social, e utilizando o materialismo histórico-dialético como referência. Os dados foram coletados em duas etapas. A primeira etapa da pesquisa consistiu em uma coleta de opiniões, realizada através de entrevistas semi-estruturadas com trabalhadores de enfermagem e usuários do serviço, abordando aspectos referentes à organização do trabalho e avaliação da assistência de enfermagem. A segunda etapa de coleta de dados foi realizada em grupo focal com os trabalhadores, com base nas opiniões emitidas pelos mesmos e pelos sujeitos hospitalizados. A discussão foi realizada considerando a problematização da realidade e sugestões de mudança. Os dados levantados, nestes dois momentos foram organizados nas seguintes categorias centrais: relações de trabalho, condições de trabalho, gerenciamento e divisão do trabalho, participação do trabalhador no processo decisório da instituição e da enfermagem, participação do sujeito hospitalizado no processo assistencial e valorização pessoal e profissional. Os resultados deste estudo apontaram que para uma nova organização do trabalho de enfermagem, é preciso considerar: um modelo assistencial que inclua a participação de todos os trabalhadores de enfermagem e do sujeito hospitalizado/familiar, em todos os momentos do processo assistencial; o investimento institucional em projetos que considerem a subjetividade do conjunto dos trabalhadores da instituição; a criação de espaços decisórios interdisciplinares; o investimento em programas de capacitação visando à construção de relações interpessoais mais adequadas; a necessidade de formulação de uma política de planejamento de aquisição e utilização de materiais, medicamentos, que garanta o adequado atendimento do sujeito hospitalizado; condições de trabalho compatíveis com o trabalho e que não interfiram negativamente na saúde do trabalhador; a implementação de referência e contra-referência com outras unidades assistenciais do Sistema Único de Saúde; o envolvimento das unidades de ensino da Universidade Federal de Santa Catarina, na formulação de propostas para um melhor desempenho institucional; a participação da enfermagem nas instâncias deliberativas centrais da instituição de saúde.

ABSTRACT

This study had as objective to identify references for a nursing work organization with emancipatory characteristics for the nursing worker, resulting in an assistance of quality to the health services users .It was held at the "Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina", in the south of Brazil. It is about a descriptive exploratory and analytic study of qualitative nature. The theoretical support relies on a revision on literature concerning the administrative theories and their contributions to the work organization, and the theorization about work organization in health and nursing, formulated by authors who deal with this issue, inserting it in a historical -social reality, and using the historical-dialectic materialism as reference. The data were picked up in two stages. The first research stage consisted in an opinions collection accomplished through interviews with workers in nursing field and service users. These interviews showed some aspects concerning the working organization and nursing assistance evaluation. The data collection second stage was accomplished in focal group with workers, based on their opinions and also on the hospitalized individuals' opinions. The discussion was carried out considering all the problems and change suggestions. The data picked up during these two moments, were organized in the following main categories; working relationships, working conditions, work management and division, worker's participation in the institution and nursing decisive process, participation of the hospitalized individuals during the assistance process and personnel and professional valorization .The results of this study pointed out that for a nursing work new organization it is necessary to consider some aspects. On the nursing vision, the following aspects are emphasized: an assistance model which includes the participation of all nursing workers and of the patients and their families, in every moment of the assistance act; the strengthening of nursing current position in the institution organization chart and adequate assistance to the workers' health. Considering others fields of hospital environment, the following aspects are pointed out: institutions investments aiming the valorization of nursing workers; availability of discussion and deliberation rooms; training programs to make the interpersonal relationships more adequate. On the institution general vision, the following aspects are pointed out: a planning policy on the acquisition and use of equipment and medicines, in order to guarantee an appropriate assistance to the hospitalized individual; improvement of the hospital conditions according to the difficulties and perspectives of changing this reality in an average period of time; integration among others welfare centers such as Health Center, Local Health Secretaries' Offices in order to better the assistance to the system user; partnerships with the departments of Universidade Federal de Santa Catarina having in mind to overcome the technological difficulties .

**NEW WORK ORGANIZATIONS FORMS AND THEIR APPLICATION ON NURSING:
POSSIBILITIES AND SHORTCOMINGS**

RESÚMEN

Este estudio tuvo como objetivo identificar referencias para la organización del trabajo de Enfermería, con características emancipatorias para el trabajador de Enfermería, y dé como resultado una asistencia de calidad a los usuarios de los servicios de salud. Fue realizado en el Hospital Universitario de la Universidad Federal de Santa Catarina, ubicado en el sur del Brasil. Se trata de un estudio exploratorio-descriptivo y analítico de naturaleza cualitativa. El marco teórico como soporte cuenta con la revisión de literatura sobre las Teorías Administrativas y sus contribuciones para la organización del trabajo, y la teorización respecto a la organización del trabajo en salud y Enfermería, formulado por autores que estudian sobre el tema, contextualizándolo en la realidad histórico-social, y utilizando el materialismo histórico-dialéctico como referencia. Los datos fueron recolectados en dos etapas. La Primera etapa de investigación está conformada por la recolección de opiniones, realizada a través de entrevistas semi-estructuradas con trabajadores de Enfermería y usuarios del servicio, abordando aspectos en lo que se refiere a la organización del trabajo y evaluación de la asistencia de Enfermería. La Segunda etapa de recolección de datos fue realizada en grupo centrado con trabajadores, en base a las opiniones emitidas por los mismos y por los sujetos hospitalizados. La discusión fue realizada considerando la problematización de la realidad y sugerencias de cambios. Los datos levantados, en estos dos momentos, fueron organizados en las siguientes categorías centrales: relaciones de trabajo, condiciones de trabajo, gerenciamiento y división de trabajo, participación del trabajador en el proceso decisivo de la institución y de Enfermería, participación del sujeto hospitalizado en el proceso asistencial, la valorización personal y profesional. Los resultados del estudio demostraron que para una nueva organización de trabajo de Enfermería, es necesario considerar: un modelo asistencial que incluya la participación de todos los trabajadores de Enfermería, del sujeto hospitalizado y las familias de los mismos, en todos los momentos del proceso asistencial; el financiamiento institucional en proyectos que consideren la subjetividad del conjunto de trabajadores de la institución; la creación de espacios decisivos interdisciplinarios; el financiamiento en programas de capacitación con miras a la construcción de relaciones interpersonales más adecuadas; la necesidad de formulación de una política de planificación en la adquisición y utilización de materiales, medicamentos, que garanticen la adecuada atención del sujeto hospitalizado; condiciones de trabajo que sean compatibles con el trabajo y que no interfieran negativamente en la salud del trabajador; la implementación de referencia y contrarreferencia con otras unidades asistenciales del Sistema Único de Salud; el involucramiento de las unidades de enseñanza de la Universidad Federal de Santa Catarina, en la formulación de propuestas para un mejor desempeño institucional; la participación de Enfermería en las instancias decisivas centrales en las instituciones de salud.

**NUEVAS FORMAS DE ORGANIZACIÓN DE TRABAJO Y APLICACIÓN EN ENFERMERÍA:
POSIBILIDADES Y LÍMITES**

SUMÁRIO

SIGLAS.....	12
1 INTRODUÇÃO	13
2 OBJETIVOS	16
2.1 Objetivo Geral.....	16
2.2 Objetivos Específicos.....	16
3 REVISÃO DA LITERATURA	17
3.1 As Teorias Administrativas e a Organização do Trabalho.....	17
3.2. Influências das Teorias Administrativas no Setor Saúde e na Enfermagem.....	27
4 REFERENCIAL TEÓRICO	30
4.1 O Trabalho em Saúde e Enfermagem.....	30
4.1.1 O Debate sobre a Organização do Trabalho.....	30
4.1.2 Conceituando a Organização do Trabalho.....	36
4.2 Os Sujeitos Trabalhadores e os Sujeitos Hospitalizados.....	37
4.3 A Dimensão Ética e Política da Participação.....	38
4.5 Refletindo sobre a Enfermagem.....	40
5 METODOLOGIA	42
5.1 O Cenário do Estudo.....	42
5.1.1 O Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina.....	42
5.1.2 A Organização do Trabalho da Enfermagem no Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina.....	44
5.2 Os Procedimentos de Pesquisa.....	48
5.2.1 Processo de Escolha dos Sujeitos Trabalhadores.....	49
5.2.2 Processo de Escolha dos Sujeitos Hospitalizados.....	51
5.2.3 As Entrevistas: Primeira Aproximação com o Tema Organização do Trabalho.....	51
5.2.4 O Grupo Focal/Oficinas.....	53
5.2.4.1 A Preparação das Oficinas: Referenciais e Dinâmicas Utilizadas.....	53
5.2.4.2 A constituição do Grupo Focal, suas expectativas.....	56
5.2.5 Análise dos Dados.....	62

6 - REFERÊNCIAS PARA UMA NOVA FORMA DE ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO DA ENFERMAGEM.....	64
6.1. As Relações de Trabalho.....	64
6.2. As Condições de Trabalho como Elementos que facilitam ou dificultam o Processo de Trabalho.....	81
6.3. Gerenciamento e Divisão do Trabalho.....	92
6.4. Participação dos Trabalhadores e Trabalhadoras no Processo Decisório da Instituição e da Enfermagem/Participação do Sujeito Hospitalizado e/ou Familiar no Planejamento da Assistência	112
6.5. Valorização Pessoal e Profissional: a Subjetividade de Trabalhadores e Trabalhadoras	117
6.6 Resgatando Indicativos para uma Nova Forma de Organização do Trabalho de Enfermagem.....	120
7 - CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	124
8 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	129
ANEXOS.....	135

SIGLAS

AE - AUXILIAR DE ENFERMAGEM

CAV - CENTRO DE APRENDIZAGEM VIVENCIAL

CCR I – CLÍNICA DE INTERNAÇÃO CIRÚRGICA I

CCR II- CLÍNICA DE INTERNAÇÃO CIRÚRGICA II

CEEN - COMISSÃO DE ÉTICA DE ENFERMAGEM

CEPEN - CENTRO DE EDUCAÇÃO E PESQUISA EM ENFERMAGEM

CES - COMISSÃO DE EDUCAÇÃO EM SERVIÇO

CGEOP - CLÍNICA GINECOLÓGICA E EMERGÊNCIA OBSTÉTRICA E GINECOLÓGICA

CMF - CLÍNICA MÉDICA FEMININA

CMM I - CLÍNICA MÉDICA MASCULINA I

CMM II - CLÍNICA MÉDICA MASCULINA II

CPMA - COMISSÃO PERMANENTE DE MATERIAIS DE ASSISTÊNCIA

CTD - CENTRO DE TRATAMENTO DIALÍTICO

DAP – DEPARTAMENTO AUXILIAR DE PESSOAL

DE - DIRETORIA DE ENFERMAGEM

DEEA – DIVISÃO DE ENFERMAGEM DE EMERGÊNCIA E AMBULATÓRIO

DG - DIREÇÃO GERAL

E - ENFERMEIRA

FAPEU - FUNDAÇÃO DE AMPARO À PESQUISA E EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA

HU - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

MAE - METODOLOGIA DE ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

NAP - NÚCLEO DE APOIO PERMANENTE AO PROGRAMA VIVENDO E TRABALHANDO MELHOR

NFOT – NOVAS FORMAS DE ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO

NM - NÍVEL MÉDIO

NS - NÍVEL SUPERIOR

RH - RECURSOS HUMANOS

SAV - SISTEMA DE APRENDIZAGEM VIVENCIAL

SH - SUJEITO HOSPITALIZADO

TE - TÉCNICO DE ENFERMAGEM

UFSC - UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

VTM - PROGRAMA VIVENDO E TRABALHANDO MELHOR

1 INTRODUÇÃO

A construção deste estudo tem como ponto de partida os questionamentos quanto à organização do trabalho que me acompanham desde os anos iniciais de minha formação acadêmica, continuando na ocasião da especialização em saúde pública, na atuação nos órgãos de representação profissional e durante estes quase 20 anos de participação no cotidiano da enfermagem no Hospital Universitário (HU) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

Cheguei ao HU em 1983, e de lá para cá exerci minhas atividades na área assistencial no período de 1983 a 1985, enquanto chefia de seção de 1985 a 1987, a chefia de serviço de 1987 a 1996, e, desde 1996, gerenciando o trabalho da enfermagem no ambulatório e emergência.

Neste espaço de tempo, observando e vivendo o cotidiano assistencial e a administração do serviço de enfermagem, muitas são as minhas inquietações, relacionadas à organização do trabalho da enfermagem, especificamente no que diz respeito à influência desta organização na dinâmica das relações na equipe de enfermagem.

As relações de trabalho na enfermagem caracterizam-se, muitas vezes, pelo conflito e desarmonia entre os trabalhadores, em especial, entre enfermeiros e demais trabalhadores da equipe de enfermagem, e é a partir desta realidade que cresceram os meus questionamentos sobre a existência destes conflitos, suas causas e as possibilidades de construção de uma outra realidade.

A partir de meados dos anos 80, surge uma bibliografia crítica sobre o trabalho de enfermagem, sobre relações de trabalho, fazendo uma relação entre as críticas à organização capitalista do trabalho em outros setores da sociedade com a forma hegemônica de organização do trabalho da enfermagem institucionalizada (ALMEIDA; ROCHA, 1989, ALMEIDA; MISHIMA; PEDUZZI, 1999; CAPELLA, 1998; COLLET et al, 1994; FERRAZ, 1991; LEOPARDI, 1999; MELO, 1986; PIRES, 1989, 1998, 1999, 2000; 41º CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 1989) e outros.

Acredito que a forma como o trabalho da enfermagem é organizado, é um dos elementos determinantes da problemática do cotidiano assistencial de enfermagem. Assim, penso ser necessário propor um modelo de organização do trabalho que contemple as necessidades específicas da profissão e daquele que recebe o cuidado.

Ao longo do século passado, especialmente com o fortalecimento das instituições hospitalares, tem se observado na enfermagem a predominância da gestão e organização da assistência baseada no modelo da administração científica do trabalho. Este modelo fundamenta-se na cisão entre trabalho intelectual e manual; na valorização da autoridade, da disciplina e da direção com subordinação da maioria às decisões da gerência; estruturas rigidamente hierarquizadas, onde o apego a regras, normas e regulamentos rege o trabalho. Esta tendência, apesar de demonstrar sinais de esgotamento, ainda é majoritária nos serviços de enfermagem hospitalar. No Hospital Universitário, apesar das iniciativas que acontecem no sentido de mudar esta realidade, ainda existe muito deste modelo de organização.

Em 1996, ao iniciar uma nova gestão da Diretoria de Enfermagem, percebia-se claramente as dificuldades impostas por este modelo, e a disposição da nova direção de enfrentar os problemas e implementar as mudanças necessárias. Surgiram, assim, várias experiências que vêm se desenvolvendo desde então, nas áreas de planejamento da assistência, desenvolvimento de recursos humanos, na mobilização da categoria em torno de um projeto denominado Vivendo e Trabalhando Melhor (VTM), treinamento de papel gerencial e outros. Essas experiências foram desenvolvidas na perspectiva de construir um trabalho mais participativo e prazeroso para os trabalhadores de enfermagem, no qual os profissionais se responsabilizassem pelas suas escolhas no exercício do trabalho, seja na sua organização, seja nas relações estabelecidas.

A partir desta realidade vivenciada, pela Diretoria de Enfermagem no Hospital Universitário, na gestão 1996 - 2000, pretendo responder com a dissertação: **que indicativos são considerados, pelos trabalhadores de enfermagem e usuários de um hospital de ensino, como possibilidades para uma organização do trabalho de enfermagem com características emancipatórias para o trabalhador e que possibilite uma assistência de qualidade.**

Para a construção destes indicativos, realizei entrevistas com os trabalhadores de enfermagem e com os sujeitos hospitalizados e/ou familiares, abordando questões relativas à assistência de enfermagem e à organização do trabalho.

A partir daí, identifiquei as principais categorias com as respectivas interpretações feitas pelos dois grupos de entrevistados, as quais serviram de subsídios para um processo de reflexão coletiva, validação e aprofundamento das conclusões, o qual desenvolveu-se em oficinas. Tratou-se de um trabalho em grupo focal, desenvolvido com os participantes do primeiro grupo de entrevistados (os trabalhadores de enfermagem), os quais refletiram

criticamente sobre a organização atual do trabalho de enfermagem na instituição, discutiram as possibilidades de mudanças, bem como os limites para que isso aconteça.

O resultado deste processo de pesquisa desenvolvido em três etapas (entrevistas, análise preliminar e grupo focal), foi a construção que apresento neste estudo. No segundo capítulo, apresento os objetivos do estudo. No terceiro, apresento a revisão da literatura, que inclui um histórico das teorias da administração e as influências destas teorias na organização do trabalho enfermagem.

No quarto capítulo, apresento o referencial teórico que deu suporte para a análise de dados.

O quinto capítulo traz o caminho metodológico percorrido desde a elaboração da proposta de estudo até a análise dos dados encontrados.

No sexto capítulo, apresento os resultados da investigação, ou seja, as referências para uma nova forma de organização do trabalho de enfermagem, bem como realizo a reflexão sobre as possibilidades e limites de aplicação destas propostas na realidade. Finalizo este capítulo, articulando as propostas construídas pelos trabalhadores às aproximações e diferenças com as teorias da administração, que dizem respeito às Novas Formas de Organização do Trabalho (NFOT), no sentido de uma visão emancipatória do ser humano nas suas diversas dimensões, focalizando-o enquanto trabalhador e enquanto portador de necessidades.

No sétimo capítulo, concluo com as considerações finais apontando limites deste estudo e indicando sua validade, sua contribuição para o conhecimento de enfermagem e para a construção de uma outra realidade de vida e trabalho para os profissionais de enfermagem.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Formular indicativos para uma proposta de organização do trabalho de enfermagem com características emancipatórias para o trabalhador e que propicie uma assistência de qualidade aos usuários, a partir da opinião de trabalhadores de enfermagem e usuários de um hospital de ensino.

2.2 Objetivos Específicos

- a) Explicitar os indicativos para uma organização do trabalho de enfermagem de qualidade e que contribua para a emancipação dos trabalhadores de enfermagem;

- b) Refletir, criticamente, sobre possibilidades e limites para a construção de uma nova forma de organização do trabalho.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 As Teorias Administrativas e a Organização do Trabalho

A introdução da máquina, a partir da revolução industrial, revolucionou o modo de produzir e no final do século XIX e início do século XX, surgiram os primeiros trabalhos tratando da administração com o objetivo de racionalização do trabalho.

Heloani (1995) frisa que, ao final do século XIX, com a Segunda Revolução Industrial e a adoção de um novo padrão tecnológico, que incluía concentração técnica e financeira, foi necessário, ao capitalismo, organizar novas formas de gestão do trabalho.

A concentração de mercados permitiu a produção em série e os altos lucros. No nível da fábrica, a extensão do mercado exigiu a introdução de novos instrumentos de trabalho e a redefinição do trabalho para atender à velocidade e ao novo ritmo de produção. Esse foi o contexto no qual se desenvolveu a administração científica (HELOANI, 1995, p. 11).

A Teoria Científica da Administração foi iniciada por Frederick W. Taylor (1856 - 1915). O trabalho de Taylor fundamentava-se em aplicar métodos da ciência positiva, racional e metódica aos problemas administrativos, a fim de alcançar a máxima produtividade. Desenvolveu experiências com o objetivo de aumentar a produtividade e propôs métodos e sistemas de racionalização do trabalho baseados na interferência e disciplina do conhecimento operário, sob o comando da gerência; na seleção rigorosa dos mais aptos para realizar as tarefas; na fragmentação e hierarquização do trabalho (BRAVERMAN, 1987; MOTTA, 1995; HELOANI, 1995).

O movimento de administração científica focalizou seus estudos, inicialmente no trabalho desenvolvido por cada operário, isoladamente. Até Taylor, o operário definia suas tarefas a partir de seu conhecimento anterior. Esta forma de trabalhar gerava disparidade na produção tornando difícil a supervisão e o controle. Na fábrica, a introdução do taylorismo tirou do trabalhador o direito de adotar sua dinâmica de trabalho, impondo um método planejado, de acordo com os princípios de: substituição do critério individual por métodos baseados no conhecimento científico; seleção “científica” de trabalhadores, com disposição de materiais e ferramentas de modo a atingir a máxima produtividade; controle para certificar-se de que o trabalho estava sendo efetuado de acordo com normas e planos previstos; e atribuições e responsabilidades distribuídas distintamente para garantir uma execução disciplinada (CHIAVENATO, 1987c).

Para Tragtenberg (1974, p.72) Taylor, funda-se nos estudos de tempo e movimentos, no controle dos capatazes sobre os trabalhadores, associado a incentivos econômicos, na forma de tarifa diferencial de salário com vistas a obter maior produtividade do trabalho. Taylor acreditava que as pessoas eram movidas e motivadas, quase que exclusivamente, por interesses materiais e salariais de onde surge o termo “homo economicus”. Diz ainda o autor que Taylor enfatizou “a tarefa e o princípio da hierarquia na estrutura formal, com base na autoridade administrativa”.

Faria (1985, p.47) diz que a gerência científica de Taylor “cria o monopólio do conhecimento, através do que controla cada uma das fases do processo de trabalho e os modos como o trabalho é executado”. Para Taylor, cabe à gerência reunir os conhecimentos sobre o trabalho, antes propriedade do trabalhador, para então dividi-lo em partes mais simples.

Henry Ford (1863 - 1947) desenvolveu a linha de montagem, na fabricação de automóveis. Ford utiliza os mesmos princípios desenvolvidos pelo taylorismo, para a produção em massa de produtos padronizados. Aliando uma concepção que busca a adesão dos trabalhadores aos interesses da empresa, constituiu-se em um modo de produzir que foi disseminado e conhecido mundialmente. Segundo Pires (1998, p. 34-35)

o termo ‘fordismo’ tem sido utilizado tanto para caracterizar um processo de trabalho especial, desenvolvido na planta industrial, quanto para designar uma forma de organização social e de intervenção estatal ou um regime de acumulação.

Silva (1991, p. 29) destaca a contribuição de Ford, definindo o fordismo como:

um sistema de produção de grandes volumes padronizados destinados a mercados de massa. A competição é baseada na obtenção de economias de escala e no aumento da velocidade do processo de produção, que é controlada pelo ritmo da linha de montagem e o movimento das máquinas.

Para Pires (1998, p. 35), “o fordismo designa uma forma de produzir semi-automatizada, onde o trabalho humano é extremamente fragmentado e simplificado e o ritmo é totalmente definido pelas máquinas”.

O modelo taylorista/fordista espalhou-se pelo mundo, e, mesmo hoje, apesar das críticas tecidas a este modelo, o mesmo é amplamente difundido. Larangeira (2000, p. 89) diz que o termo fordismo

tornou-se a maneira usual de se definirem as características daquilo que muitos consideram constituir-se em um modelo/tipo de produção, baseado em inovações técnicas e organizacionais que se articulam, tendo em vista a produção e o consumo em massa. (...), o fordismo caracterizar-se-ia como prática de gestão na qual se observa a radical separação entre concepção e execução.

O modelo taylorista/fordista foi fortemente difundido no setor industrial, e, influenciou também outros setores, como, por exemplo, o de serviços.

Dentre os vários problemas conhecidos na organização do trabalho, nos moldes taylorista/fordista, salientamos: a fragmentação do trabalho com desconhecimento do processo de produção como um todo pelos trabalhadores; separação entre concepção e execução levando à desmotivação; desequilíbrios nas cargas de trabalho; controle gerencial do processo de produção e hierarquia rígida. Pires (1988, p.33) salienta o papel do taylorismo enquanto forma de controle do trabalhador através do gerente.

A gerência racionaliza a produção, definindo o modo e os tempos de produção; estabelecendo, rigidamente, os rendimentos dos trabalhadores e colocando-os sob uma estrutura hierárquica que vigia e fiscaliza a produção.

A Teoria Clássica: Henry Fayol (1841 - 1925) é considerado o maior nome da Teoria Clássica da administração.

Segundo Faria (1985, p.53), a proposta de Fayol

segue o mesmo esquema da de Taylor. Fayol deseja introduzir na empresa capitalista, através dos princípios formais de gestão, a racionalidade burocrática. (...) Fayol encara o processo de organização como a definição e a criação da estrutura geral da empresa em consonância com fins pragmáticos, ou seja, como a necessidade de dar forma a toda a estrutura e de determinar o lugar e as funções de cada um dos elementos que a compõem.

Fayol propôs a racionalização da estrutura administrativa que gerencia o processo de trabalho. Abordou os problemas administrativos sob o ângulo da direção e do controle. Identificou e estabeleceu as cinco funções essenciais que caracterizam o processo administrativo: organizar, planejar, coordenar, comandar e controlar (GONÇALVES, 1987).

O pensamento central dessa escola pode ser resumido na afirmação de que alguém será um bom administrador, à medida que planejar cuidadosamente seus passos, que organizar e coordenar racionalmente as atividades de seus subordinados e que souber comandar e controlar tais atividades (MOTTA 1995 p. 3-4).

A Teoria Clássica, preocupada em determinar regras e normas do bem administrar, traz uma abordagem incompleta da organização. Enfoca apenas a organização formal, não reconhecendo que a mesma é formada por pessoas e suas relações. Segundo Faria (1985, p.79) “Fayol está preocupado com a direção da empresa, onde só vê funções e operações. A empresa é vista como um conjunto de funções: técnicas, comerciais, financeiras, de segurança, contábeis e administrativas”.

A Teoria da Burocracia está ligada ao nome de Max Weber (1864-1920). Stoner e Freemer (1995, p. 27) afirmam que Weber relacionava que “qualquer organização orientada por objetivos e consistindo em milhares de indivíduos, exigiria a regulamentação controlada de suas atividades”, sendo que desenvolveu uma teoria enfatizando “a necessidade de uma hierarquia estritamente definida e governada por regulamentos e linhas de autoridade claramente definidas”. Para Weber, a organização ideal se definia como aquela cujas

atividades e objetivos eram pensados racionalmente, a divisão do trabalho era declarada e explícita, a competência técnica enfatizada. A organização ideal buscava previsão e produtividade.

Tragtenberg (1974 p.139) diz que

burocracia para Weber é igual à organização. É um sistema racional em que a divisão de trabalho se dá racionalmente com vistas a fins. A burocracia para Weber implica predomínio de formalismo, de existência de normas escritas, estrutura hierárquica, divisão horizontal e vertical do trabalho, e impessoalidade no recrutamento dos quadros.

Para Weber, a burocracia constitui-se em um tipo de poder. O poder é definido como “a possibilidade de alguém ou de um grupo impor seu arbítrio sobre o comportamento de outros” (MOTTA, 1984, p. 26-27). Seu interesse estava, no entanto, na questão da dominação, que se caracteriza como um tipo de autoridade estabelecida. Distinguiu três tipos de dominação: a dominação tradicional, legitimada pela crença na justiça e na forma como os antepassados agiam e definiam as coisas. A dominação carismática, cuja legitimidade vem do carisma, da crença em alguém com preparo para dirigir o grupo, e na qual predominam características místicas, arbitrarias e personalísticas. Por último, a dominação legal ou racional-legal, cuja legitimidade vem da crença na justiça da lei, e na qual predominam as normas impessoais, racionalidade na escolha de meios e fins. Weber desenvolve a tese do “tipo ideal”, que visa a atingir a previsibilidade do comportamento dentro das organizações, e foi um modelo perseguido por muito tempo na administração, com vistas a conseguir a máxima eficiência da organização (COHN, 1982; MOTTA, 1984).

Os aspectos essenciais do modelo burocrático podem ser encontrados em Taylor e Fayol. A empresa capitalista burocrática traz a divisão entre os que planejam e os que executam; a especialização; a hierarquia e a autoridade definidas; o sistema de regras e regulamentos, que descrevem todos os direitos e deveres dos ocupantes dos cargos; procedimentos e rotinas capazes de responder às mais variadas situações; a impessoalidade nas relações interpessoais, promoção e seleção baseadas na competência técnica (MOTTA, 1984).

A quase totalidade das organizações atuais, ainda que em graus variáveis, apresenta características do modelo burocrático que manifestam, no entanto, uma série de disfunções. Entre estas disfunções destacamos: despersonalização do relacionamento, o indivíduo deixa de ser uma pessoa e passa a ser tratado como cargo; as normas e rotinas acabam tornando-se muito internalizadas, passam a existir e serem seguidas por elas mesmas, importando mais que o trabalho; excesso de papéis e formalismos, despreocupando-se com a variabilidade

humana; resistência a mudanças. As organizações burocráticas deixam pouco ou nenhum espaço para a autonomia, liberdade, criatividade e tomada conjunta de decisões (CHIAVENATO, 1987b; MOTTA, 1984).

A Abordagem das Relações Humanas, cujo nome mais conhecido foi George Elton Mayo, surge no contexto da grave crise dos anos de 1930, em que havia entre os administradores uma grande preocupação com a produtividade e com os lucros, ao mesmo tempo em que era necessário considerar as necessidades dos trabalhadores reivindicadas pelas centrais sindicais norte-americanas (MOTTA, 1984; TRAGTENBERG, 1974). Mayo, cientista social, natural da Austrália, desenvolveu experimentos em uma indústria têxtil nas proximidades de Chicago. Constatou em suas pesquisas, destinadas ao estudo das condições de trabalho, que os fatores psicossociais têm grande influência sobre a produtividade. Teceu suas críticas à Teoria da Administração Científica, à Teoria Clássica e à idéia do homem como “homo economicus”, mudando o foco para o “homo social” (GONÇALVES, 1987).

Mayo desloca o foco da administração centrado na visão que aos administradores caberia ordenar, decidir e controlar, e aos subordinados apenas obedecer, tendo como elemento de motivação o incentivo monetário. Propõe como novo foco, os grupos informais e suas inter-relações e incentivos psicossociais, entendendo o ser humano como ser cujo comportamento não pode ser reduzido a esquemas simples e mecanicistas. O ser humano é visto como condicionado pelo sistema social e pelas demandas de ordem biológica. Considera que apesar das diferenças individuais, todo ser humano possui necessidades de segurança, afeto, aprovação, prestígio e auto-realização. Para Mayo, produtividade e satisfação no trabalho estão interligadas (MOTTA, 1995).

Segundo Chiavenato (1987a), o estudo da motivação foi a mola mestra dos estudiosos desta escola. A expectativa era fazer com que, através da motivação, os trabalhadores perseguissem o objetivo das organizações - a produtividade. Contribuiu positivamente ao defender a participação dos trabalhadores nas decisões que envolvem o seu trabalho. Restringia, no entanto, a participação, apenas, àquelas situações que não ameaçam os objetivos da organização. Avança ao reconhecer a organização informal, o trabalho enquanto atividade grupal, a influência do grupo nas relações de trabalho entre outras questões. Dentre os seus limites, estão colocados: a visão dos trabalhadores como meios a serem manipulados e ajustados para atender aos interesses da organização; a não percepção dos conflitos de interesse na sociedade; o não reconhecimento da existência do conflito nas organizações,

entre indivíduo e grupo; considerar que a dicotomia organização/indivíduo só poderá existir em situação de anomia¹.

Tragtenberg (1974, p. 197-198) entende que “em Mayo encontramos a lógica da eficiência taylorista redefinida como lógica de cooperação”. O autor reforça que “define-se a Escola das Relações Humanas como uma ideologia manipulatória da empresa capitalista num determinado momento histórico do seu desenvolvimento”. Institucionalizou ao nível empresarial a submissão dos pretendentes aos empregos a entrevistas e testes de personalidade. Provocou a psicologização dos problemas dos trabalhadores, transformando-os em casos pessoais ou de pequenos grupos, e escamoteando referências à totalidade social.

A Teoria Estruturalista apresenta uma visão bastante crítica da organização. Inaugura um sistema aberto das organizações.

O Estruturalismo é um método analítico comparativo que atribui importância especial ao relacionamento das partes na constituição do todo, sem excluir os conjuntos formados por elementos que se relacionam por simples justaposição. No plano das organizações, a corrente Estruturalista faz uma síntese da Escola Clássica e da Escola das Relações Humanas, embora criticando nesta última uma possível atitude paternalista e prescritiva, cujo objetivo seria legitimar a participação dos empregados, quando a verdadeira pretensão seria, na verdade, fazer com que os subordinados acatem decisões previamente tomadas, em troca de uma ilusão de participação (GONÇALVES, 1987).

Analisa as organizações por uma abordagem múltipla que leva em conta os fundamentos das Teorias Clássica, Burocracia e da Abordagem das Relações Humanas. Estuda o relacionamento entre a organização formal e informal, pois considera que existe um relacionamento entre elas. Neste sentido, defende recompensas sociais e econômicas. Considera-se que essa teoria traz uma ampliação da abordagem organizacional e uma análise mais extensa da organização. Estimula o estudo de organizações não industriais e organizações não lucrativas, entre elas os hospitais, as escolas, as igrejas. Avança em relação às demais teorias ao reconhecer a existência do conflito nas organizações, assumindo que o conflito entre grupos é inerente às relações de produção (CHIAVENATO, 1987b).

A Abordagem Comportamentalista trouxe contribuições fundamentais ao pensamento administrativo. Destacam-se, especialmente, “o rompimento com os enfoques prescritivos ingênuos das escolas da administração científica e das relações humanas” (MOTTA, 1995, p. 35).

¹ Anomia no sentido Durkheimiano indica “a ausência ou a deficiência de organização social e, portanto, de regras que assegurem a uniformidade dos acontecimentos sociais” (ABBAGNANO, 1982, p. 58).

Kurt Lewin, com seus estudos sobre a dinâmica de grupo, contribuiu para o desenvolvimento do movimento behaviorista ou da ciência do comportamento. No entanto, foi Herbert Simon quem, em 1947, marcou o início da Abordagem Comportamental no campo da teoria administrativa com sua obra “O Comportamento Administrativo”.

Garay (1999, p. 103-104), diz que esta escola

preocupou-se com a análise do processo decisório e dos limites da racionalidade, com as motivações humanas, estilos de liderança, sistemas de administração, enfim, com o chamado comportamento organizacional. Discute os conflitos existentes entre os objetivos organizacionais e individuais, e a organização passa a ser vista como um sistema social cooperativo e racional, na qual cada participante teria um papel definido a desempenhar e deveres e tarefas a executar.

A Abordagem do Desenvolvimento Organizacional surgiu no fim da década de 60, nos Estados Unidos, em um contexto de mudanças políticas, econômicas e tecnológicas. Esse cenário de mudanças caracteriza-se por: crise política internacional; rápidas mudanças tecnológicas, especialmente no campo da micro-eletrônica; formação de oligopólios na área das indústrias pesadas químicas e eletroeletrônicas; expansão do capitalismo industrial, comercial e financeiro, bem como pelo surgimento de movimentos de protesto, desencadeados geralmente por jovens, contra as tradições, expressas na família e em outras instituições (FARIA, 1985).

O reflexo deste quadro ficou evidente nas organizações e foi propício ao surgimento de novas propostas administrativas, e a proposta de Desenvolvimento Organizacional “vem atender parte dos anseios das organizações e dos agentes”. Abrem-se espaços “para grupos de treinamento, que permitem liberdades formais de expressão, e de atitudes, cria um clima democrático nas organizações, administra os conflitos” (FARIA, 1985, p.132).

Segundo Faria (1985, p.132), o Desenvolvimento Organizacional pode ser descrito como “o sentimento de esperança em um tipo de heterogestão, que dê conta de aumentar a eficiência da organização, ao mesmo tempo em que seja capaz de lidar com os sentimentos, de domar os desejos, canalizando-os para os fins da empresa”. Motta (1984) salienta que no enfoque do Desenvolvimento Organizacional destacam-se os trabalhos de Blake e Mouton, Bennis, Lawrence & Lorsh.

A Teoria dos Sistemas surge de estudos do biólogo alemão Ludwig Von Bertalanfly, publicados entre 1950 e 1968. Busca produzir teorias e formulações conceituais capazes de criar condições de aplicação na realidade empírica. Para Bertalanfly (apud KURGANT, 1991, p.11) “sistema é um conjunto de unidades reciprocamente relacionadas” que se caracteriza pela proposição de objetivos, globalismo ou totalidade do sistema, entropia e homeostasia.

Chaves (1980, p. 5) diz que “uma idéia implícita na noção de sistema é a de relação entre as partes, de modo que o todo reúne características próprias, não existentes em cada parte isoladamente”.

A abordagem sistêmica é amplamente discutida na administração. Suas premissas básicas são: os sistemas existem dentro de sistemas e suas funções dependem de sua estrutura. Coloca como idéia central o homem funcional, caracterizado pelo relacionamento interpessoal com outras pessoas num sistema aberto (MOTTA, 1995). Stoner e Freeman (1995, p. 33) enfatizam que “ao invés de lidar separadamente com os vários segmentos de uma organização, a abordagem sistêmica vê a organização como um sistema unificado e propositado, composto de partes inter-relacionadas”.

Neste contexto a tendência é valorizar mais os papéis que as pessoas desempenham do que elas próprias, “entendendo-se como papel um conjunto de atividades associadas a um ponto específico do espaço organizacional, a que se pode chamar cargo” (MOTTA, 1995, p.85).

A Abordagem Contingencial “enfatizou a influência do ambiente e da tecnologia sobre a gestão das empresas, sem desprezar as tarefas, as pessoas e a estrutura organizacional” (GARAY, 1999, p.104).

Embora seu aparecimento coincida com a Abordagem Sócio-Técnica, os autores tendem a considerar que sua origem venha de estudos realizados na década de 50 e 60, e que buscavam explicar “as variações no funcionamento e nas estruturas das organizações, de acordo com seus ambientes operacionais” (GUIMARÃES, 2000b, p.6). Dentre estes estudos, a autora destaca os estudos de Woodward, sobre tecnologia e estrutura; Burns e Stalker, sobre modelo organizacional e ambiente; Lawrence e Lorch, sobre organização e ambiente.

Guimarães (2000, p. 7-8) salienta ainda que a Abordagem Contingencial “parte do pressuposto de que não há nada de absoluto nas organizações ou na teoria administrativa, tudo é relativo às contingências impostas pelo ambiente e pela tecnologia”. No que se refere à organização do trabalho privilegia a análise tecnológica, entre as diversas contingências, associando-a, muitas vezes, com a participação dos trabalhadores.

Kurcgant (1991, p.12) diz que “a tecnologia assume posição de destaque, pelo fato de permear toda a atividade de produção e de prestação de serviços”.

Loveridge (apud GUIMARÃES 2000b, p. 8) associa as condições de participação “ao potencial de participação decorrentes das condições estruturais que facilitam ou impedem a interação entre trabalhador e gerência, e a propensão dos atores para participar”, se assim o desejarem.

A abordagem Sócio-Técnica assim como a Abordagem Contingencial, está entre as abordagens teóricas que analisam as relações entre tecnologia e democracia industrial. Seu surgimento está ligado ao Instituto de Relações Humanas de Londres. A aplicação de suas propostas foi desenvolvida basicamente pelo Tavistock Institute da Inglaterra, e a partir de formulações do norueguês Thorsrud (CATTANI, 1997; GUIMARÃES, 2000b).

Guimarães (2000b, p.1-2) destaca entre as principais características da Abordagem Sócio-Técnica as seguintes: a ênfase na inter-relação entre o funcionamento dos subsistemas social (os indivíduos e suas relações, relações sociais no trabalho e cultura) e técnico (tecnologia, máquinas e equipamentos, procedimentos e tarefas); a defesa do princípio da otimização conjunta, entendendo que a organização funcionará adequadamente se os subsistemas social e técnico estiverem projetados para adaptar-se às demandas mútuas e ambientais; a escolha organizacional, presumindo que “existem vários caminhos para projetar as organizações, para atingirem determinados objetivos e mais de um meio para atingir-se um fim específico”, tendo em mente que mesmo utilizando a mesma tecnologia existem alternativas de se projetar a organização e permitir escolhas quanto à organização do trabalho; desenvolvimento de trabalho em grupos através de grupos semi-autônomos, que possuem certo controle sobre suas atividades; e a preocupação com a evolução e aprendizado contínuo dos membros da organização.

No que se refere à organização do trabalho e participação, muitas são as análises a respeito da contribuição desta abordagem. Guimarães (2000b) destaca algumas posições: que conflito entre capital e trabalho e a questão da dominação são mascarados em função da idéia de integração e cooperação; que a participação restringe-se às questões imediatas do trabalho; que a organização do trabalho através de formas inovadoras de gestão, pode conduzir à satisfação das necessidades psicológicas do trabalhador, abrir possibilidades de participação dos trabalhadores através da representação, ainda que a participação esteja apenas nas situações imediatas do trabalho, sem influenciar as decisões estratégicas da empresa.

No que se refere à organização do trabalho, a partir dos anos 80, algumas alternativas administrativas foram sendo difundidas, sendo que entre elas encontramos a *Gestão da Excelência ou Qualidade Total*, baseada especialmente no modelo japonês - toyotismo. Este modelo parte do pressuposto de que a produtividade é determinada pelo ser humano e não pelas máquinas, propondo tornar o trabalho mais produtivo pela eliminação de desperdícios, pelo máximo aproveitamento da máquina e por uma nova abordagem no que diz respeito à utilização das potencialidades do trabalhador.

Chanlat (2000, p. 121) frisa que o método de gestão por excelência “caracteriza-se por maior autonomia no trabalho, forte responsabilização, recompensas materiais e simbólicas individualizadas, relações hierárquicas mais igualitárias”. Acredita que a gestão por excelência introduz de novo “a mobilização total do indivíduo a serviço da organização”, ou seja, “exige um comprometimento total e uma adesão passional”. Por isso, ainda que represente ganhos positivos para o trabalhador, como, por exemplo, a valorização e o reconhecimento podem constituir-se em constante fonte de tensão.

Outras experiências apontadas como indicativos de superação da organização taylorista-fordista do trabalho são as da Volvo na Suécia e a de uma região da Itália conhecida como Terceira Itália.

O modelo sueco origina-se da abordagem sócio-técnica. “Constitui-se numa série de inovações quanto à organização do trabalho, implementadas com o objetivo de desafiar os princípios fordistas e tayloristas, bem como o de consistirem-se em alternativas ao chamado modelo japonês” (LARANGEIRA, 1999, p. 285).

Tem sido chamado de modelo italiano um conjunto de experiências produtivas, desenvolvidas a partir da década de 70 na referida região da Itália, as quais têm como características: produção em pequenas empresas industriais em uma área com tradição artesanal e com

pouca ou nenhuma experiência anterior em produção em massa; processo e relações de trabalho flexíveis; alta capacidade de inovação e inserção autônoma dessas redes de pequenas empresas no mercado internacional; homogeneidade cultural e consenso político nas comunidades que sediam esses sistemas produtivos (XAVIER, 1999, p. 149-150).

Estes modelos de organização do trabalho implementados a partir dos anos 70, e que procuram romper com os modelos taylorista/fordistas de organização do trabalho, na medida que podem favorecer a participação dos trabalhadores nos processos de tomada de decisão têm sido chamados de “Novas Formas de Organização do Trabalho (NFOT). As NFOT enfatizam a cooperação, a valorização de grupos de trabalho, a diminuição de níveis hierárquicos, o autogerenciamento por setores, áreas e departamentos, a delegação de tarefas, a responsabilidade compartilhada e a transparência nas decisões. Estas experiências, consideradas positivas, no sentido de superação do modelo taylorista/fordista, apresentam diferenças na prática, destacando-se a ocorrência de diferenças na gestão do trabalho e nas relações com os sindicatos, dentre outras. Outra crítica apontada pelos estudiosos, é que

apesar de sua difusão, a aplicação desses modelos tem se restringido a algumas experiências delimitadas, sem que seja possível apontar uma tendência à generalização.

A respeito das experiências participativas de gestão Cattani (1999, p. 188) salienta que a análise das experiências concretas “tem mostrado que o mais freqüente é a adoção seletiva de alguns princípios de acordo com uma cuidadosa avaliação das condições da empresa (...) o que nem sempre está de acordo com os princípios participativos”.

Nas teorizações das diversas correntes da administração, observa-se que a discussão sobre a organização do trabalho está centrada no aumento da produtividade, na eficiência da organização, permanecendo o trabalhador em segundo plano, ainda que na maioria das vezes de forma não explícita. Os modelos participativos trazem uma contribuição diferenciada no sentido de aliar produtividade e participação, mas é preciso que esta participação seja real e efetiva.

3.2 Influências das Teorias Administrativas no Setor Saúde e na Enfermagem

A organização do trabalho no setor de serviços e, especificamente, no ambiente hospitalar, sofreu fortes influências do modelo taylorista/fordista, da Administração Clássica e do modelo burocrático.

Na enfermagem observamos que, através dos tempos, essa forma de organização tem-se mantido. Um dos aspectos relevantes é a ênfase dada ao “como fazer”, a divisão do trabalho em tarefas e a excessiva preocupação com manuais de procedimentos, rotinas, normas, escalas diárias de distribuição de tarefas, a assistência é fragmentada em atividades. Essas características mostram identidade com o modelo taylorista/fordista.

Collet et al (1994) apontam entre as heranças relacionadas à Teoria da Administração Científica na enfermagem, a existência de manuais de normas e rotinas, procedimentos detalhados, as escalas de serviço e o modo de dividir as tarefas. Salienta que as escalas são planejadas pelas enfermeiras com antecipação, normalmente sem conhecer a realidade dos pacientes, uma vez que é feita habitualmente no dia anterior ou em muitos casos no início de cada semana. Para a autora, a preocupação está centrada em manter a produtividade, sem prejuízo do paciente. A equipe tem a preocupação de cumprir as tarefas e o desempenho é avaliado pelo quantitativo de procedimentos realizados. A assistência direta fica aos cuidados do pessoal técnico e auxiliar, e a enfermeira assume a supervisão e o controle do processo de trabalho, reforçando a divisão entre trabalho intelectual e manual.

Galvão; Trevisan; Sawada, (1998) ao fazerem algumas considerações sobre a necessidade de liderança para os (as) enfermeiros (as) no milênio que se inicia, frisam que ainda hoje a enfermeira desenvolve uma gerência com muitas características da Administração Científica, ou melhor, das abordagens clássicas da administração. Desenvolve uma gerência orientada para as necessidades do serviço, para o cumprimento de normas rotinas e tarefas, reproduzindo aquilo que a instituição espera, bem como os outros profissionais. Nesta perspectiva, a gerência, além de não atender, muitas vezes, à necessidade do paciente, gera nos trabalhadores de enfermagem uma série de descontentamentos e desmotivação.

Da escola clássica, ficam as estruturas altamente hierarquizadas que fazem parte das instituições de saúde e são reproduzidas pela profissão; a subordinação de um indivíduo a outro e de um serviço a outro; o organograma verticalizado, a não consideração das pessoas e suas relações interpessoais; as propostas de trabalho e a avaliação basicamente quantitativa; a preocupação com a quantidade de trabalho realizado e não com a qualidade deste.

Collet et al (1994) acrescentam ainda alguns aspectos provenientes da abordagem clássica na enfermagem. Estes estão relacionados à hierarquia e à subordinação, como por exemplo: poder de decisão centrado no enfermeiro que tem uma visão geral da unidade, a ênfase na disciplina, o trabalhador não tem estímulo para um maior envolvimento com o processo de trabalho.

Quanto à Teoria Burocrática, Kurcgant (1991) diz que a excessiva burocratização, característica das instituições de saúde, é reproduzida pela enfermagem. Isto ocorre em um cenário no qual o pessoal de enfermagem assume características profissionais de técnicos especializados, com comportamento e posições definidas institucionalmente. O traço que mais se destaca, no entanto, é a valorização das normas e regras.

Em relação à Teoria das Relações Humanas, observa-se o surgimento da liderança como estratégia de condução do grupo; comunicação adequada enfermeiro/equipe, como fator positivo para a continuidade e otimização da assistência; e, motivação como aspecto isolado nos serviços de enfermagem (KURCGANT, 1991).

Mais recentemente, a enfermagem tem sofrido a influência de outras teorias da administração. Segundo Kurcgant (1991), estas influências ainda não são suficientemente significativas e não representam mudanças maiores na organização dos serviços de enfermagem, assim como na instituição hospitalar como um todo.

Quanto ao setor saúde, Cecílio (1997, p.37) salienta algumas dificuldades na discussão de mudanças no modelo de gestão de hospitais públicos no Brasil. Estas dificuldades são

consequência de alguns fatores, como: o alto grau de especialização dos trabalhadores da área, assim como a autonomia destes trabalhadores, especialmente os médicos. Os organogramas verticalizados destas instituições não ajudam a enfrentar as mudanças necessárias, ao contrário “as linhas de mandos hierarquizadas para os três corpos funcionais principais (médico, de enfermagem e administrativo) dificultam a comunicação e alimentam os conflitos”.

Em trabalho posterior, Cecílio (1999, p. 317) diz que a adoção de modelos mais democráticos e participativos implica em “mexer em esquemas de poder”, e que isto envolve uma gama de trabalhadores no meio hospitalar. Os médicos que possuem muito poder; a enfermagem, onde “essas linhas de poder são mais marcantes quando se olha a linha vertical de comando que vai da enfermeira à auxiliar de enfermagem, mas são menos nítidas quando se olha a relação entre as enfermeiras e destas com os médicos e com a direção do hospital”. E ainda o setor administrativo, que segue outros padrões e esquemas relacionais internamente, e, em relação aos demais grupos da instituição. Para este autor, é inquestionável a necessidade de mudanças no setor, mas qualquer mudança na estrutura de gerenciamento destas organizações implica em negociações com os diversos segmentos para que se concretize.

Campos (1997, p. 234-235), ao falar da organização do trabalho em saúde, afirma que a divisão parcelar e a fixação do profissional a uma determinada etapa do projeto terapêutico produzem alienação. Continuando, o autor diz que “não há vocação que resista à repetição mecânica de atos parcelares. Trabalhar em serviços de saúde, assim estruturados, costuma transformar-se em suplício insuportável”.

Neste sentido, o mesmo autor avalia que para mudar a realidade do trabalho em saúde “é necessário reaproximar os trabalhadores do resultado de seu trabalho”. É recomendável voltar a valorizar o orgulho profissional. As instituições precisam buscar mecanismos que favoreçam o envolvimento dos trabalhadores na gestão e realização do trabalho, para então efetuar as mudanças necessárias. “Tornar a reinvenção uma possibilidade cotidiana e garantir a participação da maioria nesses processos, são maneiras de implicar trabalhadores com as instituições e com os pacientes” (CAMPOS, 1997, p. 235).

4 REFERENCIAL TEÓRICO

Os conceitos e pressupostos que orientaram o desenvolvimento deste estudo, foram as contribuições da abordagem “Sócio-Humanista” de Capella (1998) e de outros autores, como Pires (1989, 1998,1999, 2000); Bordenave (1994); Marx (1985); Leite; Ferreira (1996, 1997, 1998, 2000, 2001); Demo (1988,1996); Freire (1999); Gallo (1999) e Ferraz (1991).

4.1 O Trabalho em Saúde e Enfermagem

4.1.1 O Debate sobre a Organização do Trabalho

O trabalho em saúde teve características diferenciadas ao longo da história, tanto no que diz respeito à concepção de saúde/doença, quanto ao que se refere às instituições existentes e a forma de organização da assistência prestada.

A estruturação do modo de produção capitalista, na segunda metade do século XVIII, faz uma ruptura com a sociedade feudal, que tinha uma base ideológica sustentada pelas idéias religiosas e pelo peso da Igreja Católica. O modo de produção capitalista cria uma nova forma de organização do trabalho, que é o trabalho coletivo, realizado dentro de um mesmo espaço de produção. Neste processo macro social, o hospital transforma-se e deixa de ser um espaço que prioriza o cuidado da alma, passando a ser um espaço terapêutico que cuida do corpo do doente, além de ser um espaço de formação dos profissionais da área da saúde.

A segunda metade do século XIX, na Inglaterra, marca o surgimento da enfermagem profissional com a estruturação do modelo de formação e de atuação assistencial em enfermagem, criado por Florence Nightingale. O modelo proposto e implementado por Florence é influenciado pelas características da organização do trabalho emergente na sociedade oitocentista, e marca profundamente a enfermagem em todo o mundo. Este modelo institui a divisão entre trabalho manual e intelectual e a hierarquização do trabalho. As “ladies nurses”, originárias dos grupos mais privilegiados da sociedade, exerciam o controle sobre o trabalho das “nurses”, originárias de grupos sociais menos privilegiados.

No hospital, duas práticas que tinham características, de certa forma, independentes - medicina e enfermagem, se encontram enquanto práticas institucionalizadas, desenvolvendo partes do trabalho assistencial em saúde. O saber da medicina vai se focalizando mais na

questão do doente, do tratamento e da cura, e a enfermagem encontra seu espaço no cuidado direto ao doente e na administração do espaço assistencial (PIRES, 1998).

O trabalho da enfermagem é parte do trabalho em saúde e de uma sociedade em especial, sendo influenciado pelas mudanças que ocorrem no âmbito mais global dessa sociedade, seja no que diz respeito ao paradigma hegemônico de produção de conhecimento, seja pelas formas de organização do trabalho (PIRES, 2000).

No início deste século, o desenvolvimento das teorizações, sobre a gerência científica, por Taylor e Fayol, impulsionou a produção industrial e expandiu-se para outros setores econômicos como o setor de serviços. A enfermagem também foi fortemente influenciada por este modelo, até hoje tão presente na organização do trabalho da categoria. O enfermeiro desempenha a função de gerente centralizador do saber, que domina a concepção do processo de trabalho da enfermagem e delega atividades parcelares aos demais trabalhadores de enfermagem.

Nas últimas décadas, intensificam-se as críticas a este modelo. Das contribuições realizadas por algumas estudiosas da enfermagem, nestas últimas décadas, pôde-se observar que uma grande parte destas coloca a organização do trabalho como uma das principais responsáveis pelas relações conflituosas que se estabelecem na categoria (BELLATO; PASTI; TAKEDA, 1997; ALMEIDA; ROCHA, 1989; COLLET et al, 1994; PIRES, 1998).

Medeiros e Tavares (1996), Collet et al (1994), Bellato; Pasti; Takeda, (1997) e Freitas; Alves; Peixoto, (1996), questionam a organização do trabalho da enfermagem a partir da organização da assistência por tarefas – **cuidados funcionais** - predominante em nossa realidade, na qual os enfermeiros centralizam a concepção e o planejamento da assistência a ser prestada e determinam tarefas específicas a ser executadas pelos técnicos, auxiliares e atendentes. Deste modo, durante o turno de trabalho, o trabalhador designado desenvolve uma mesma atividade com todos os doentes que dela necessitam. Por exemplo, um auxiliar de enfermagem cuida da administração das medicações de todos os doentes. Outro auxiliar cuida da higiene, conforto e verificação de sinais vitais.

Pires (1998) aponta que essa forma de fragmentação do trabalho traz conseqüências para o trabalhador e para quem recebe o cuidado, pois ao executar apenas parcelas do cuidado, sem conhecer o todo da assistência, o trabalhador aliena-se do processo de trabalho e descompromete-se com o resultado global da assistência.

Freitas; Alves; Peixoto (1996), ao investigarem uma instituição na qual a organização da assistência se dá pelo cuidado funcional, concluem que não existe participação dos auxiliares e atendentes, no planejamento global da assistência. Ao avaliar dados como, por

exemplo, o desconhecimento sobre o diagnóstico do paciente e outros, ficou demonstrada a alienação² destes do processo de trabalho como um todo.

Pires (1998) aponta que uma alternativa para a superação do trabalho fragmentado ou funcional é o **cuidado integral**. Este último é entendido como aquele em que um trabalhador presta toda a assistência a um ou mais pacientes durante um turno de trabalho. A alternativa de cuidado integral é colocada por esta autora como potencialmente criativa e motivadora, pois permite ao trabalhador compreender e ter maior controle sobre o trabalho que executa.

As reflexões acerca da organização do trabalho, pelo modelo de cuidados integrais, ainda avançam lentamente na proposição de um modelo que diminua a distância entre concepção e execução do trabalho. Em sua maioria, os estudos discutem os cuidados integrais apenas na execução, sem apresentar contribuições no sentido de valorizar o potencial criativo do trabalhador. A concepção do cuidado permanece como exclusiva dos enfermeiros.

Collet et al (1994), sugerem que para superar as dificuldades da fragmentação do trabalho, a equipe de enfermagem discuta a sua prática, mas não aponta caminhos concretos para essa superação.

Embora se observe a preocupação em avançar na organização da assistência pelos chamados “cuidados integrais”, a prática cotidiana modifica-se lentamente por diversos fatores, tais como: a composição diversificada da equipe de enfermagem, a inexistência de uma cultura participativa, os limites da lei do exercício profissional, o número insuficiente de trabalhadores, dentre outros.

Excetuando-se os estudos sobre a organização da assistência, muito pouco se tem proposto de inovador no gerenciamento do trabalho da enfermagem, no que diz respeito à administração dos serviços. Lunardi F^o e Lunardi (1996), talvez tragam uma explicação para tal, ao analisar que a escola tem reforçado o papel assistencial do enfermeiro, deixando em segundo plano a administração, o que justificaria uma menor produção científica.

Sem negar a importância do enfermeiro assumir o seu papel na assistência, temos que considerar que no conjunto do trabalho do enfermeiro podem ser visualizadas duas estruturas básicas de ações: as assistenciais e as administrativas, que, em última análise, acontecem em função das assistenciais.

² Alienação "estado no qual um indivíduo, grupo, instituição ou sociedade se tornam alheios ao resultado dos produtos de sua própria atividade, ou a ela mesma; e a natureza na qual vivem, e/ou a outros seres humanos, e também a si mesmos e as suas possibilidades humanas constituídas historicamente" (BOTTOMORE, 1988, p. 5). O trabalho quando não é fator de realização humana transforma-se em alienação, em negação de si mesmo. “A pessoa alienada, de certa forma, não se reconhece em suas atividades, essas atividades constituem uma ação automática, não-reflexiva, não criativa” (GALLO, 1999, p.47).

No contexto das discussões sobre as mudanças que vêm ocorrendo e estão por ocorrer no mundo do trabalho, na atualidade, o que se observa na enfermagem ainda são ações extremamente fragmentadas, ausência de participação da categoria nas decisões que envolvem o seu trabalho, práticas administrativas autoritárias e centralizadoras baseadas em hierarquias rígidas, excesso de normatização, rotinas e outros, não condizentes com o desenvolvimento de um potencial humano crítico, criativo e inovador.

No que se refere às experiências de práticas de gestão participativa e emancipatória nos serviços de enfermagem, pouco se encontra na literatura de enfermagem. Ferraz (1991) salienta, porém, a importância de um trabalho articulado, no qual a participação de todos os trabalhadores se dê de forma efetiva, em todos os momentos do processo de trabalho, de forma que se abandonem as práticas diretivas tayloristas, como alternativa para a superação das atuais relações de trabalho na categoria.

Um trabalho que avança no sentido de modificar a realidade atual, é a proposta da professora Beatriz Capella, que, em sua tese de doutoramento, propõe “Uma Abordagem Sócio-Humanista para ‘um Modo de Fazer’ o Trabalho de Enfermagem”, para aplicação em um hospital de ensino. Prevê a participação de todos os membros da equipe de enfermagem e de pacientes e familiares, em todos os momentos do processo assistencial - da concepção à execução e avaliação do cuidado.

Capella (1998) desenvolveu, no Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina, a proposta denominada um modo sócio-humanista de fazer o trabalho da enfermagem. Essa proposta tem por perspectiva “visualizar o ser humano como 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”.

Elaborada em um processo de construção coletiva, que envolveu profissionais de enfermagem de diversas áreas do Hospital Universitário, os quais discutiram questões relativas ao desenvolvimento do trabalho da enfermagem nesta instituição, a sua proposta abrange dois aspectos fundamentais, quais sejam: a valorização do sujeito e a valorização do trabalho.

No que se refere à valorização do sujeito, destaca “a perspectiva de um ser humano inteiro, global naquilo que ele tem da sua sociabilidade e subjetividade” (CAPELLA, 1998, p.88). Inclui aqui tanto o sujeito trabalhador como o sujeito hospitalizado. Na valorização do trabalho, estão incluídos aspectos como a competência profissional na perspectiva de uma assistência integral.

Na construção de sua proposta, Capella (1998) considera pressupostos que envolvem a sociedade, a instituição de saúde, os trabalhadores de saúde e de enfermagem, e seus processos de trabalho, o sujeito hospitalizado e sua família.

Entende que o trabalho constitui uma dimensão essencial no desenvolvimento da história dos seres humanos, pois que

o ser humano, no desenvolvimento de seu percurso histórico, aliando sua materialidade (força física) à sua capacidade de pensar e reagir, em suas relações com outros seres humanos, 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 (CAPELLA, 1998, p.98 - 99).

Para Marx (1985, p.202), o **trabalho** é um processo do qual “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”. Neste processo transforma e é transformado. Na sociedade atual, sob a hegemonia do modo de produção capitalista, o trabalho é realizado de diversas maneiras e em diferentes esferas produtivas como o setor primário da economia, o setor industrial e o setor de serviços. É organizado de diversas maneiras, mas fortemente influenciado pela organização do trabalho coletivo com apropriação privada dos meios de produção.

Segundo Pires (2000, p.85), o trabalho em saúde é essencial para a vida humana e é parte do setor de serviços.

É um trabalho da esfera da produção não-material, que se completa no ato da sua realização. Não tem como resultado um produto material, independente do processo de produção e comercializável no mercado. O produto é indissociável do processo que o produz; é a própria realização da atividade.

A enfermagem integra o trabalho assistencial em saúde, e desenvolve uma gama de atividades relativas ao cuidado e à administração do espaço hospitalar. Em conjunto com outros trabalhadores da área da saúde, desenvolve na instituição hospitalar um trabalho coletivo, no qual cada grupo profissional se responsabiliza por uma parcela do atendimento (CAPELLA, 1998).

A delimitação dessa parcela, bem como a organização da mesma, foi se dando no percurso histórico, com o desenvolvimento da ciência e em decorrência da convivência dessas profissões. O resultado é que a organização do trabalho em saúde tem características do trabalho artesanal e do trabalho parcelado. As diversas profissões convivem e dividem o trabalho assistencial em saúde sob a influência da lógica do trabalho profissional e da divisão parcelar do trabalho (PIRES, 1998).

Autores como Ferraz (1991) e Campos (2000) têm salientado que para uma assistência de qualidade é importante a reconstrução de ações integradas, numa perspectiva interdisciplinar, democratização do pensar e do fazer, com planejamento e execução construídos coletivamente, incluindo a participação do sujeito hospitalizado. Neste sentido Capella (1998, p.92) frisa que:

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

A **instituição hospitalar** é definida por Capella (1998, p.102) como “espaço social formal, isto é, materialmente definido, onde se estabelecem relações de diferentes ordens, porém determinadas principalmente pelas relações sociais de produção de um trabalho dirigido a um outro ser humano - o sujeito hospitalizado”³. Segundo a autora, a instituição não é uma entidade autônoma, reflete a sociedade, depende dos sujeitos que nela trabalham, e, neste caso, dos sujeitos que a utilizam.

Conceitua **sociedade** como

esfera existencial do ser humano e da qual faz parte, em conjunto com outros seres humanos, construindo sua história, a partir de uma determinada estrutura que estabelece premissas, limites e condições materiais que muitas vezes independem da sua vontade individual. As condições materiais determinam a formação desta sociedade e suas instituições. É a partir das condições materiais e do meio em que vive que o ser humano constrói a sua história, verifica os seus limites ou os ultrapassa, estabelece seus desejos e vontades (CAPELLA, 1998, p. 98).

Na discussão quanto ao processo de trabalho em saúde e enfermagem, Pires (1999) diz que o mesmo tem por finalidade - a ação terapêutica de saúde. Capella (1998, p.104) entende que o processo de trabalho em saúde em uma instituição hospitalar tem como finalidade “atender ao ser humano, que, em algum momento de sua vida, submete-se à hospitalização.” Destaca que as finalidades do trabalho hospitalar incluem ações de cunho curativo, de reabilitação e também preventivas. Salienta a autora, que o que define o trabalho em saúde é a necessidade colocada pelo sujeito que busca estes serviços. No entanto, a necessidade não se coloca unilateralmente, podendo ser determinada por uma ou mais necessidades, “as quais podem vir a corresponder a um ou mais de um sujeito, ou, mesmo, a mais de um grupo de sujeitos” (CAPELLA, 1998, p.106-107).

³ A autora utiliza o termo sujeito hospitalizado, o qual adotarei também neste estudo ao falar dos entrevistados, pois o trabalho esteve restrito às áreas de internação. Em alguns momentos, utilizarei o termo “usuários” para designar aquele que procura a instituição hospitalar, uma vez que a instituição presta atendimento externo através dos serviços de emergência e ambulatório, entre outros.

No caso do trabalho em saúde, e, especificamente de enfermagem, as necessidades são as dos trabalhadores, dos usuários do serviço (as quais devem ter precedência sobre as demais) e as da instituição.

Quanto ao objeto de trabalho, Capella (1998, p.113-114) destaca que “existe quase um consenso de que a enfermagem tem pelo menos dois objetos de trabalho, ou seja, os corpos dos indivíduos com suas consciências e a organização da assistência”. De maneira geral, o enfermeiro ocupa-se da organização e planejamento da assistência, e os técnicos, auxiliares e atendentes de enfermagem, da execução deste trabalho.

Segundo Pires (1999, p. 32), o instrumental de trabalho “são os instrumentos e as condutas que representam o nível técnico do conhecimento que é o saber de saúde”, e de enfermagem.

A força de trabalho em saúde é representada pelos integrantes das diversas profissões que atuam no contexto hospitalar, ou seja, medicina, enfermagem, nutrição, serviço social e outros. Na enfermagem, é representada pelos enfermeiros, técnicos, auxiliares e atendentes de enfermagem, e, ainda, na instituição hospitalar o escriturário que realiza atividades administrativas de apoio à enfermagem estando a ela subordinada (CAPELLA, 1998).

No que diz respeito à valorização do trabalhador, Capella (1998, p.94-95) destaca que “esta se dá, dentre tantos aspectos, através de adequadas condições de trabalho, jornadas menos extensas, salário compatível com a função, material de trabalho em quantidade e qualidade suficientes, condições ambientais adequadas entre outras”.

4.1.2. Conceituando a Organização do Trabalho

Segundo Pires (1998) com base em Marx (1985), nas diversas sociedades, em cada momento histórico, existe um modo de produção determinante que indica a forma predominante de produção de bens e serviços necessários à convivência social e à sobrevivência do grupo. Esse modo de produzir predominante é uma criação humana e depende do grau de desenvolvimento das forças produtivas, da tecnologia disponível e da capacidade de organização dos trabalhadores para realizar conquistas que os beneficie. Todo trabalho humano envolve uma transformação planejada de algo, com a finalidade de atender às necessidades humanas.

Guimarães (2000b) diz que para tentar compreender a complexidade envolvida na organização do trabalho no modo capitalista de produção, é preciso considerar as

contribuições de diversas disciplinas e não apenas a postura apresentada pelas ciências administrativas e pelas engenharias, que se limitam a pensar a organização do trabalho na lógica de organização racional do trabalho de origem taylorista/fordista; nem tampouco apenas com base na teorização feita pelas ciências sociais que deixa de lado os aspectos operacionais, presentes na realidade do trabalho.

Tomando por base estas reflexões e em especial as formulações de Pires (2000), entendo que a **organização do trabalho da enfermagem** é um processo que envolve os trabalhadores de enfermagem nas suas relações internas e nas relações com os usuários, portanto uma relação entre sujeitos sociais. Envolve, também, as relações com os demais profissionais de saúde e diversos grupos de trabalhadores que atuam na instituição hospitalar; os constrangimentos e facilidades colocados pela estrutura institucional, as relações hierárquicas; o conhecimento e a tecnologia disponível em saúde e na enfermagem; as condições de trabalho; a divisão do trabalho; o modelo de gestão adotado pela instituição e pela enfermagem e as relações estabelecidas com as demais instituições que fazem parte do sistema de saúde.

4.2 Os Sujeitos Trabalhadores e os Sujeitos Hospitalizados

Ser Humano⁴- 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. Neste processo se faz humano e passa a construir a sua história, se fazendo histórico (CAPELLA, 1998, p. 96).

Neste estudo, o ser humano se coloca enquanto **sujeito trabalhador de enfermagem** conceituado por Capella (1998, p. 104) como

aquele 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.

⁴ No texto original, a autora utiliza a designação **Homem** baseada no Conceito Marxista de Homem. Penso que este pode ser entendido como **Ser Humano**. Por acreditar que a questão de gênero, hoje, não pode mais ser omitida especialmente quando se discute questões relativas à enfermagem, profissão majoritariamente feminina, usarei a designação **ser humano** em substituição a **homem**, mantendo o conceito da autora. Paulo Freire coloca a necessidade de mudar essa linguagem, considerada por ele como machista e discriminatória, se pensamos em mudar as relações de opressão existentes. O autor reforça que “a recusa à ideologia machista implica necessariamente a recriação da linguagem”, e que isso “faz parte do sonho possível em favor da mudança do mundo” (FREIRE, 1999, p. 68).

Neste processo, o sujeito trabalhador de enfermagem desenvolve um trabalho coletivo, cooperativo, estabelecendo relações internas à enfermagem e com outros sujeitos, ou seja, com os demais sujeitos trabalhadores da saúde e com o sujeito hospitalizado e sua família.

As atividades desenvolvidas pelo trabalhador de enfermagem se dão, especialmente, em função das necessidades de um outro sujeito - **o sujeito hospitalizado**, que, segundo Capella, (1998, p. 103)

é aquele 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 **ser humano** natural, humano, histórico, social, que se relaciona com outros **seres humanos**, mas que é único, particular.

Seu processo de vida envolve diversas dimensões complementares (biológica, psicológica, social, cultural, ética, política). Ao necessitar de uma instituição hospitalar expõe suas fragilidades e se expõe aos profissionais, que para facilitar este processo precisam aliar à competência técnica a perspectiva humanística. Estes se caracterizam enquanto sujeitos de possibilidades e limites, no processo de sua vida e no exercício do trabalho. Na relação com os demais sujeitos constrói uma história própria, se colocando como mais sujeito, quanto mais capacidade de participação possui (CAPELLA, 1998).

4.3 A Dimensão Ética e Política da Participação

Para refletir sobre as possibilidades de intervenção dos sujeitos trabalhadores e hospitalizados no processo assistencial e na estrutura hospitalar, acredito ser necessário discutir a questão da participação.

Bordenave (1994) coloca a participação enquanto necessidade fundamental do ser humano, constituindo-se no caminho natural do indivíduo para exprimir sua tendência inata de realizar coisas e interagir com outros seres humanos.

Entendo que **participação** se caracteriza pela capacidade de interação com o outro, pela intervenção no processo decisório de sua vida, em todas as dimensões. Percebo-a enquanto processo contínuo, inesgotável, no que concordo com Demo (1988, p.13.) quando diz que:

trata-se de um processo histórico infundável, que faz da participação um processo de conquista de si mesma. Não existe participação suficiente ou acabada. Não existe como dádiva ou como espaço preexistente. Existe somente na medida de sua própria conquista.

Falar em participação no espaço de organização do trabalho, enquanto condição fundamental para que se estabeleçam outras relações de trabalho na categoria, supõe a necessária discussão entre “pensar” e “fazer”, pois embora se fale amplamente de participação nas decisões na equipe de enfermagem, percebe-se que o que existe atualmente é uma disputa, muitas vezes velada, uma luta por espaços de poder entre os agentes de enfermagem.

Ferraz (1991) afirma que na enfermagem somente a relativização do poder abrirá caminhos para uma prática participativa entre os trabalhadores (as) da categoria, e que para a enfermeira/enfermeiro a grande preocupação em relação ao trabalho em equipe tem sido o de oferecer ajuda ao pessoal de enfermagem, permanecendo numa posição isolada quando se trata da concepção da assistência, controlando e direcionando as ações do pessoal subordinado, numa posição rígida, sem o necessário diálogo.

Capella (1998) considera necessária a explicitação e a definição de uma política institucional, construída de forma participativa, entre os diversos segmentos envolvidos na instituição, criando as condições necessárias para o atendimento. Na instituição de saúde, devem participar da construção da política institucional, trabalhadores, administradores e usuários, sendo que estes últimos participam de forma diferenciada dependendo de sua capacidade de intervenção.

Descobrir caminhos para práticas participativas, na organização do trabalho da enfermagem, mostra-se, então, uma tarefa árdua, porém necessária para que se altere a atual situação dos serviços de enfermagem.

A construção de outras possibilidades de organização do trabalho, numa dinâmica de participação dos sujeitos envolvidos nesta prática, necessita, no entanto, contemplar as questões éticas que envolvem o trabalho da enfermagem.

E para pensar a ética no trabalho, alguns aspectos devem ser salientados. A ética coloca-se como aquela parte da filosofia “que se dedica a pensar as ações humanas e seus fundamentos” (GALLO, 1999, p.108). Segundo este autor, os fundamentos das ações humanas dizem respeito a valores morais construídos socialmente, ou seja, criações humanas, válidas para tempos e lugares historicamente determinados.

Este estudo contempla então estes aspectos, estando situado em um tempo/espaço determinado, sob condições de trabalho também determinadas. Compreende a ética como a atividade de construir nossas vidas, construir nossos valores, colocando a nós mesmos enquanto valor fundamental, não na perspectiva do eu individual, mas na perspectiva do eu e do outro na construção da sociedade (GALLO, 1999).

Repensar com os trabalhadores de enfermagem a organização do trabalho coloca-se na perspectiva de um processo educativo emancipatório⁵ que considere os componentes de autonomia, liberdade, cidadania e consciência crítica. Um processo educativo/reflexivo que se desenvolve em um espaço no qual as necessidades e limites dos trabalhadores são delimitados pelas necessidades e limites do outro - o sujeito hospitalizado, pois que a emancipação do trabalhador de enfermagem somente poderá se dar numa perspectiva ética se associada à necessidade daquele a quem o serviço é prestado.

4.4 Refletindo sobre a Enfermagem

Para Capella (1998, p.122) **Enfermagem** “é uma prática social cooperativa, institucionalizada”, exercida por uma categoria com profissionais com diferentes níveis de formação, que tem por atividade, em conjunto com outros trabalhadores da saúde, atender ao ser humano, que, em determinado momento de sua existência, procura os serviços de saúde.

Na realização deste trabalho, a enfermagem utiliza um conjunto de conhecimentos e habilidades específicas que foram sendo construídos, organizados e reproduzidos em decorrência da produção do conhecimento em geral e dos conhecimentos e teorias sintetizadas pela enfermagem enquanto disciplina do campo da ciência da saúde (PIRES, 2000).

A realização do trabalho na enfermagem pressupõe sempre uma dimensão educativa, seja na atenção ao usuário, seja no processo de autocapacitação dos trabalhadores.

Capella (1998, p.93) coloca a necessidade de

um processo de educação continuada, que através de reflexão coletiva, procure vislumbrar a construção de outras possibilidades para o trabalho da enfermagem, pela unificação teoria/prática, levando a uma reorientação de valores.

Nesta perspectiva, repensar a organização do trabalho da enfermagem neste estudo, através de um processo educativo/reflexivo, coloca-se como uma estratégia importante para a tomada de consciência, com vistas à construção de conhecimentos pela enfermagem na área da gestão administrativa dos serviços.

Esses novos conhecimentos poderão contribuir para uma atuação diferenciada da enfermagem na perspectiva de um trabalho criativo e satisfatório para o trabalhador, e que proporcione um cuidar de boa qualidade aos usuários dos serviços de saúde.

⁵ Nietzsche (1999, p. 113) entende que “emancipação se constitui em direito de conquista de um espaço de liberdade e de autonomia para o sujeito vivenciar a sua cidadania”.

Pensando num processo que tem por objetivo a auto-construção das pessoas, constituindo-se num caminho para a emancipação e para a autonomia responsável, busquei apoio em alguns autores, uma vez que pensar em qualidade de trabalho e qualidade da assistência nos remete a pensar na questão da participação e capacidade criativa dos sujeitos envolvidos no processo.

Demo (1996) coloca como meta essencial do processo educativo a capacidade de manejar e construir conhecimentos, no sentido de refazer crítica e criativamente o conhecimento disponível, superando a realidade. No que diz respeito à organização do trabalho, a idéia de um processo educativo reflexivo busca integrar o conhecimento existente às exigências colocadas por um mundo em constante evolução, em que não cabe mais ficar apenas reproduzindo as iniciativas do passado, mas, a partir delas e de novos conhecimentos, possibilitar àqueles que vivem diariamente esta organização repensá-la e recriá-la num processo coletivo.

Freire (1999b) coloca a educação como conseqüência da necessidade do ser humano de adaptar-se ao novo, na busca de sua realização como pessoa e da consciência que tem de si como ser inacabado, em constante busca. Pensar novas formas de organização do trabalho utilizando-se para esta construção um processo educativo reflexivo pressupõe, portanto, trabalhadores comprometidos com a sua realidade, dispostos a exercer seu potencial criativo de participação, na esperança de construção de uma outra realidade de vida e trabalho.

Com base nas formulações deste mesmo autor, penso que o momento reflexivo, realizado em oficinas, propiciou aos trabalhadores de enfermagem um espaço de liberdade para o processo de reflexão e criação coletiva, pois como diz Freire (1999c), a liberdade é uma conquista, uma constante busca que só existe nos atos de quem a faz, na entrega a uma práxis libertadora. Práxis, entendida como reflexão e ação dos seres humanos sobre o mundo para transformá-lo.

5 METODOLOGIA

Este é um estudo exploratório analítico do tipo qualitativo, orientado pelos pressupostos da pesquisa-ação. Na pesquisa-ação, o pesquisador está diretamente envolvido com a questão que está sendo investigada, ou seja, é parte do fenômeno social destacado como problema de pesquisa. Há ampla interação entre pesquisador e sujeitos da pesquisa, bem como espera-se que a pesquisa ultrapasse os limites acadêmicos e desempenhe um papel ativo de intervenção na realidade (THIOLLENT, 1998, p. 15-16). Segundo Thiollent (1998, p. 14) a pesquisa-ação

é um tipo de pesquisa social com base empírica que é concebida e realizada em estreita associação com uma ação ou com a resolução de um problema coletivo e no qual os pesquisadores e os participantes representativos da situação ou do problema estão envolvidos de modo cooperativo ou participativo.

Foi realizada no Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina, instituição na qual exerço minhas atividades profissionais desde 1980, juntamente com outros trabalhadores, enfermeiros (as), técnicos (as) e auxiliares de enfermagem, auxiliares de saúde e escriturários.

Visa a elaborar indicativos para uma organização do trabalho da enfermagem com características emancipatórias para o sujeito trabalhador de enfermagem e que propiciem uma assistência de enfermagem de qualidade para os usuários do serviço.

5.1 - O Cenário do Estudo

5.1.1 O Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina

O HU/UFSC é um hospital geral, vinculado ao Serviço Público Federal, que presta assistência à saúde da população do Estado de Santa Catarina, exclusivamente através do Sistema Único de Saúde (SUS). Aberto em 1980, o Hospital Universitário caracteriza-se como órgão suplementar da Universidade desenvolvendo atividades de ensino, pesquisa, assistência e extensão. Desempenha papel ligado à formação de recursos humanos na área da saúde. Possui cerca de 250 leitos nas áreas de Clínica Médica, Cirúrgica, Tratamento Dialítico, Terapia Intensiva, Pediatria, Ginecologia, Obstetrícia e Neonatologia. Possui ainda um Serviço de Emergência Adulto e Infantil, Ambulatório especializado, Centro Cirúrgico, Centro Obstétrico, Centro de Incentivo ao Aleitamento Materno e Centro de Esterilização.

O Hospital Universitário desempenha importante papel no cenário do atendimento às necessidades de saúde da população catarinense. Segundo dados estatísticos, a instituição realizou no ano de 2000, 132.211 atendimentos na área ambulatorial e 119.127 atendimentos na área de emergência. Realizou 9240 internações, 2541 cirurgias com internação, 5903 cirurgias ambulatoriais, 1218 partos normais e 548 partos cesáreos⁶.

Na tabela abaixo, podemos observar a evolução da prestação de serviços da instituição ao longo de seus 20 anos de existência.

TABELA 1 – Evolução do número de leitos, consultas ambulatoriais e emergência e internações no HU/UFSC.

ANO	CONSULTAS		NÚMERO DE LEITOS	INTERNAÇÕES
	AMBULATORIO	EMERGÊNCIA		
1980 ⁷	13.019	486	86	742
1981	24.112	2044	86	1284
1883	60643	18.658	116	1788
1987	80.168	34.864	118	2317
1988	95.254	44.891	148	2712
1990	92.873	78.139	148	2978
1991	72.864	72.864	155	2920
1993	112.787	86.781	176	3913
1995	125.035	94.113	237	4557
1996	124.834	102.947	246	7689
2000	132.211	119.127	250	9240

Fonte: Setor de Estatística do Serviço de Pronto-socorro do Paciente do Hospital Universitário.

Possui em seus quadros cerca de 1378 trabalhadores⁸, sendo que destes, em torno de 550 estão lotados na Diretoria de Enfermagem (DE). Os trabalhadores lotados nesta diretoria são: enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, auxiliares de saúde e escriturários.

⁶ Fonte: Setor de Estatística do Serviço de Pronto-socorro do Paciente do Hospital Universitário.

⁷ Os dados do ano de 1980 vão do mês de maio a dezembro, data de abertura do HU. Neste ano, a enfermagem contava com um total de aproximadamente 100 trabalhadores de enfermagem. (Horr et al, 1995)

⁸ Nestes trabalhadores estão incluídos aqueles que executam as atividades assistenciais (ou atividades fins) e os que realizam as atividades meio. Deste total, 1088 são contratados via concurso público federal, e 290 através da FAPEU. Não constam aqui os 148 trabalhadores terceirizados, que atuam na instituição e que estão localizados nas áreas de zeladoria e limpeza, vigilância e outros. Também não estão colocadas neste total as situações de duplicação de vínculo, existente na categoria médica; os profissionais professores que atuam exclusivamente no

Em função da inexistência de concurso público federal, nos últimos anos, estes trabalhadores estão submetidos a diferentes tipos de contrato. Na enfermagem encontramos um percentual aproximado de 80% do total destes, contratados por concurso público federal⁹, constituindo o quadro de trabalhadores efetivos da instituição. Os 20% restantes são contratados¹⁰ através da Fundação de Amparo à Pesquisa e Extensão Universitária (FAPEU) após realização de seleção interna (prova teórico-prática) conduzida pelo CEPEn.

No organograma geral da instituição, a Enfermagem está localizada junto com as diretorias de Administração, Medicina e Apoio Assistencial, subordinadas diretamente ao Diretor Geral da instituição.

Após a reforma organizacional realizada em junho de 2000, a Enfermagem organiza-se através de Divisões, Serviços e Núcleos. Conta ainda com as seguintes assessorias: Centro de Educação e Pesquisa em Enfermagem (CEPEen), Comissão Permanente de Material de Assistência (CPMA) e Comissão de Ética de Enfermagem (CEEn.)

5.1.2. A Organização do Trabalho da Enfermagem no Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina

A enfermagem esteve presente desde a abertura do HU, em 1980, e participou ativamente da sua estruturação. A base filosófica que permeou a estruturação da instituição, nesta época, esteve apoiada na administração científica do trabalho, sendo que a enfermagem mais que as demais categorias envolvidas, construiu sua base de atuação na perspectiva da administração taylorista do trabalho.

Estabeleceu uma estrutura rígida com diversos níveis hierárquicos de atuação: as chefias de setor, seção, serviço e divisão, subordinadas à então Sub-Diretoria de Enfermagem, hoje Diretoria de Enfermagem (DE).

O trabalho da enfermagem foi organizado enfatizando o papel do enfermeiro enquanto quem concebe a assistência, coordena e supervisiona o processo de trabalho dos demais trabalhadores de enfermagem. Para isso, foi elaborado o Método de Assistência de Enfermagem (MAE), instrumento para a organização do trabalho. Através do MAE o

HU desempenhando atividades de ensino e assistência, simultaneamente, e os 146 estudantes bolsistas, que atuam especificamente em áreas administrativas, suprimindo a deficiência de pessoal, uma vez que não existe contratação para área administrativa.

Fonte: Divisão Auxiliar de Pessoal (DAP/HU) - agosto 2001

⁹ Estes trabalhadores são contratados através do Regime Jurídico Único e possuem estabilidade na instituição.

¹⁰ Estes trabalhadores são contratados através do regime celetista (CLT).

enfermeiro planeja os cuidados de enfermagem que serão executados pelo pessoal de enfermagem.

Complementando o MAE foram elaboradas normas, rotinas, manuais de atribuições por categoria, manuais de procedimentos e outros.

Estes instrumentos utilizados na organização do trabalho e do ambiente permitem que enfermeiros e enfermeiras controlem as ações desenvolvidas pelos demais trabalhadores de enfermagem. Impõe uma rotina diária rigorosa, deixando pouco espaço para questionamentos e mudanças. Durante certo tempo este modelo foi pouco questionado. Este modelo é legitimado e reforçado pela Lei do Exercício Profissional nº 7.498 de 25/06/1986, na qual estão estabelecidas as atividades de cada categoria.

As lutas gerais por democratização da sociedade, por direitos sociais e de organização trabalhista que se intensificam na década de 80, também tem reflexos no serviço público e na enfermagem. Verifica-se a constituição de entidades representativas dos trabalhadores e a democratização de muitas delas, a emergência de lutas por melhores condições de trabalho e o questionamento das formas tradicionais de gerenciamento do trabalho e da forma de escolha dos ocupantes dos cargos de chefia. Na enfermagem do HU, esse processo resulta, em 1984, na conquista da escolha das chefias através de processo eleitoral.

Outros processos internos passam a ser questionados e a sofrer mudanças. São implementados instrumentos para registro das atividades de enfermagem (NEIS; SALUM, 1995) e o MAE é alterado no sentido de simplificar sua aplicação.

Em 1987, surgem as primeiras experiências na perspectiva de implantar o modelo de “cuidado integral” que, gradativamente, se estende para todas as unidades, ainda que com dificuldades e algumas distorções (NEIS; HONÓRIO; HERR, 1997).

Em 1988 acontece a criação da Comissão de Educação em Serviço (CES), atualmente Centro de Educação e Pesquisa em Enfermagem (CEPEen), enquanto espaço de desenvolvimento contínuo do pessoal de enfermagem. Surgem ainda outros movimentos e mudanças como: as lutas por redução de jornada de trabalho; novas práticas para tomada de decisões, como assembléia geral, colegiado de enfermeiros; implantação de processo seletivo para remanejamento interno e outros.

Este movimento de democratização do serviço de enfermagem, no entanto, não modifica positivamente as relações internas da equipe de enfermagem, nem a qualidade da assistência, uma vez que as relações de poder, no exercício da prática cotidiana, permanecem inalteradas. E, mesmo com a implantação, em todas as unidades, de um modelo que se

aproxima do modelo de “cuidado integral”; a divisão entre concepção e execução do trabalho é mantida (VIEIRA, 1998; FEIBER, 1998).

Percebem-se dificuldades na manutenção da qualidade da assistência e uma crescente deterioração nas relações de trabalho, agravadas pela crise geral no serviço público, pela ausência de reajuste salarial, que empurra os profissionais de enfermagem para múltiplos vínculos empregatícios com vistas à garantia de sua sobrevivência. Estas e outras questões dificultam a manutenção da qualidade da assistência e refletem negativamente nas relações de trabalho.

Em 1996, inicia-se uma nova gestão com a preocupação de investir na melhoria da qualidade da assistência. A proposta da Professora Beatriz Capella, eleita neste momento para o cargo de Diretora de Enfermagem, coloca a possibilidade de investir num modo diferente de fazer o trabalho de enfermagem, que prevê a participação de todos os elementos da equipe de enfermagem, pacientes e familiares, em todos os momentos do processo de trabalho - no planejamento, na execução e na avaliação da assistência.

Logo de início, percebeu-se as dificuldades de mobilizar o pessoal em torno dos problemas da assistência, em função de vários fatores, entre os quais, os conflitos existentes na equipe e a conjuntura do serviço público naquele momento. Diante das dificuldades, a alternativa foi buscar a valorização do trabalhador de enfermagem, na perspectiva de proporcionar o exercício de um trabalho mais prazeroso, de cuidado com o trabalhador de enfermagem e que tivesse conseqüências positivas para a qualidade da assistência prestada.

Desta forma, buscou-se alternativas para trabalhar a situação existente. Uma destas alternativas foi a criação e implementação do Programa Vivendo e Trabalhando Melhor (VTM), desenvolvido por consultores contratados, desde 1996, o qual tem por objetivo otimizar as relações internas da categoria através da reflexão e atualização das identidades pessoal, profissional e institucional. Busca agregar novos valores profissionais visando à realização pessoal, valorização do ser humano, além do desenvolvimento da capacidade de auto-avaliação, como forma de resistência às tendências extremamente hierarquizadoras do trabalho hospitalar (LEITE; FERREIRA, 1997).

O programa VTM, nestes anos, aconteceu em várias etapas que foram desde a mobilização das diversas categorias para o diagnóstico da situação, atualização e treinamento de papéis, integração de equipe; capacitação interna e complementação, consolidação e supervisão do programa.

Na fase de diagnóstico, pôde-se confirmar a fragilidade das relações internas da equipe de enfermagem, já levantadas anteriormente por Capella (1998), gerando situações constantes

de disputa e desvalorização do trabalho de um grupo de trabalhadores em relação ao outro (LEITE; FERREIRA, 1997).

Técnicos e auxiliares de enfermagem, mais especificamente, manifestaram a insatisfação crescente quanto ao desenvolvimento do seu trabalho no que se refere à desconsideração de seu saber técnico, à subordinação aos enfermeiros e à não participação nas decisões que envolvem questões relacionadas ao trabalho por eles executado e no planejamento da assistência (LEITE; FERREIRA, 1997).

Entre enfermeiros, observa-se uma crise de identidade marcada pelo afastamento do cuidado do paciente, em função do planejamento da assistência e da organização do ambiente de trabalho (LEITE; FERREIRA, 1996).

Entre o corpo gerencial, a crise de afastamento do paciente é mais aguda e agrega-se às dificuldades no gerenciamento, expressas pela forte crise de autoridade, deficiências no processo de comunicação, e despreparo para lidar com as questões ligadas às relações interpessoais na equipe (LEITE; FERREIRA, 1998).

As dificuldades, reveladas na fase de diagnóstico, foram objeto de trabalho do VTM, em várias etapas desenvolvidas com os trabalhadores de enfermagem.

Ainda, nestes anos, uma equipe de enfermeiras, técnicas, auxiliares e professoras de enfermagem vêm sendo preparados para atuar como facilitadoras de processos vivenciais, constituindo-se um grupo de apoio e continuidade do programa, através do Núcleo de Apoio Permanente (NAP). Leite e Ferreira (apud GELBCKE, 1999, p.4) enfatizam que

a constituição e capacitação do NAP vai configurar-se como um processo de 'formação humana', que deverá envolver uma profunda reflexão das dimensões pessoais de cada um, não só ao nível intelectual, mas emocional e orgânico, bem como de suas diretrizes de ação e relação no mundo.

Além deste programa, foram implementadas outras ações para auxiliar o trabalhador, seja no atendimento às suas necessidades individuais, seja propiciando o desenvolvimento do trabalho coletivo. O programa Cuidando de quem Cuida é uma destas iniciativas e tem por objetivo incrementar a qualidade de vida do trabalhador de enfermagem especificamente a sua vivência no trabalho. Esse programa proporcionou o acesso a práticas alternativas como Reiki, massoterapia, cromoterapia e florais aos trabalhadores de enfermagem, podendo o atendimento ser realizado durante ou fora do seu horário de trabalho, em períodos previamente agendados.

Outro aspecto ampliado são as atividades do CEPEn que, desde 1996, tem desenvolvido diversas experiências, dentre elas, a implementação de novas formas de inclusão

de pessoal recém-admitido na instituição, buscando construir um ambiente favorável para que estes possam desenvolver suas potencialidades.

Estes aspectos estão colocados como parte de uma proposta de gestão mais participativa do serviço de enfermagem, na qual as ações desenvolvidas buscam o envolvimento efetivo do trabalhador, enquanto sujeito de sua história.

As relações internas da equipe de enfermagem, no entanto, não podem ser vistas isoladas de seu contexto histórico e institucional, sendo bastante complexo o seu processo de mudança, que implica também em mudanças no exercício do poder, nas relações hierárquicas, e, no estabelecimento de formas mais participativas de gestão, constituindo-se num processo lento e que exige a intervenção permanente dos diversos agentes envolvidos no processo, no sentido de repensar a organização do trabalho de enfermagem nas suas diferentes instâncias.

Também não pode ser ignorado que a enfermagem insere-se no contexto institucional, atuando com outros profissionais, e que, a intervenção interna tem seus limites, uma vez que o restante da estrutura não está envolvido neste processo.

Acredito, porém, que através do desenvolvimento de práticas de gestão participativa, da construção de novos referenciais teóricos metodológicos e de referências específicas para as relações de grupo, seja possível construir novas relações de trabalho que tragam reflexos positivos para a assistência e para a qualidade de vida dos profissionais de enfermagem.

Alguns caminhos têm sido traçados na instituição em questão, tentando apontar para formas mais participativas de gestão, que podem trazer contribuições para a enfermagem. Existem, no entanto, limitações em motivar processos participativos na categoria que vão desde a inexistência de uma cultura participativa, o baixo nível de organização interna, os limites da estrutura hospitalar e a ausência de experiências neste sentido.

5.2 Os Procedimentos de Pesquisa

Esse estudo foi realizado utilizando três fontes de coleta de dados: a entrevista; o grupo focal e os documentos internos da instituição, incluindo todo o material sobre o programa VTM, elaborado pelo Centro de Aprendizagem Vivencial e NAP.

As entrevistas foram realizadas com sujeitos trabalhadores e sujeitos hospitalizados. O grupo focal constitui-se em uma reflexão coletiva sobre o trabalho assistencial e a indicação de novas formas de organização do trabalho, realizada com os trabalhadores entrevistados.

Esta forma de coleta de dados caracteriza-se como triangulação na coleta de dados e “tem por objetivo básico abranger a máxima amplitude na descrição, explicação e compreensão do foco em estudo” (TRIVIÑOS, 1987, p. 138).

A análise dos dados foi feita considerando-se que a realidade específica dos trabalhadores de enfermagem do HU/UFSC é parte da sociedade na qual está inserida, tem uma historicidade institucional, bem como é parte no cenário político-social do país, inserido na realidade internacional. Segundo Triviños (1987, p. 138) “é impossível conceber a existência isolada de um fenômeno social, sem significados históricos, sem significados culturais e sem vinculações estreitas e essenciais com uma macrorrealidade social”.

As entrevistas e o grupo focal aconteceram no período em que desenvolvi a disciplina de Prática Assistencial do Curso de Mestrado da UFSC.

Após estabelecer os critérios de participação dos sujeitos envolvidos na proposta, a mesma foi encaminhada à Comissão de Ética em Enfermagem (CEEn) e CEPEn para avaliação. Tendo sido aprovada pela Comissão de Ética de Enfermagem, solicitei que as oficinas entrassem como programa de capacitação dos trabalhadores, coordenado pelo CEPEn, permitindo, desta forma, a participação dos mesmos em seu horário de trabalho. Tendo sido aprovada a solicitação, foi realizada a divulgação da mesma em reunião das chefias de enfermagem e através da programação da Semana de Enfermagem na instituição, em maio de 2000.

Após esse momento passei a buscar os trabalhadores interessados em participar da proposta, quando então iniciei a aplicação das entrevistas com os que aceitaram participar. Na medida em que trabalhadores de determinada clínica aceitavam participar, também já iniciava, neste local, a busca dos sujeitos hospitalizados.

Os trabalhadores de enfermagem foram convidados a participar dos dois momentos deste estudo: primeiro colocando suas opiniões em entrevistas feitas por mim (Anexo 1) e, segundo, durante o processo de reflexão coletiva no grupo focal.

O convite a essas pessoas aconteceu informalmente, sendo que por ocasião do convite eu esclarecia a proposta e agendava um momento para a entrevista.

5.2.1 Processo de Escolha dos Sujeitos Trabalhadores

Para a definição dos sujeitos envolvidos neste estudo, considerei como marco de ruptura qualitativa no processo de trabalho de enfermagem no HU, a experiência vivenciada

na gestão da Diretoria de Enfermagem (DE) 1996/2000. Essa definição deveu-se às características de democratização dos Serviços de Enfermagem, ocorrida nesta gestão, especialmente pela implementação do Programa Vivendo e Trabalhando Melhor (VTM).

Participaram do VTM, trabalhadores de enfermagem de todos os Serviços da DE independentemente de categoria ou vínculo empregatício. A participação, no entanto, deu-se de forma diferenciada. Alguns trabalhadores tiveram um envolvimento maior, participando de forma contínua nas diversas etapas do VTM, enquanto que outros participaram de ações isoladas ou até mesmo não se integraram ao programa.

Via de regra, a pequena participação ocorreu por decisão do próprio trabalhador. Em alguns casos, pode ter ocorrido por dificuldades dos Serviços em possibilitar a sua participação.

Optei por buscar os sujeitos deste estudo em dois grupos distintos:

a) pessoas que participaram ativamente do VTM, e tiveram, no meu entender, um outro referencial para trabalhar as relações de grupo, pois fizeram efetivamente uma reflexão sobre o trabalho desenvolvido pela enfermagem;

b) pessoas que não participaram do VTM, ou participaram apenas de uma atividade¹¹ não tendo um contato maior com essa proposta, pois entendo que essas também têm suas contribuições ao tema. A escolha desses sujeitos, então, foi feita com base nos registros do Centro de Educação e Pesquisa em Enfermagem (lista de frequência no VTM), no qual esta informação está disponível.

Inicialmente havia estabelecido que esses trabalhadores deveriam estar atuando em uma das clínicas de internação de adultos: Clínica Médica Feminina (CMF), Clínica Médica Masculina I e II (CMMI e CMMII), Clínica Cirúrgica I e II (CCRI e CCRII), Internação Ginecológica/Triagem Obstétrica (CGEOG). No decorrer do processo, no entanto, incluí também dois outros locais, em função do critério de participação no VTM: o Centro de Tratamento Dialítico, e a Comissão Permanente de Material de Assistência (CPMA). Entendo que essa inclusão não afetou os demais critérios estabelecidos, pois havia entre os sujeitos hospitalizados que aceitaram participar da proposta uma que estava internada na CMF e fazia semanalmente hemodiálise neste centro. Quanto à CPMA, essa comissão tem papel fundamental na assistência uma vez que atua em conjunto com as clínicas na definição, testagem e aquisição de materiais utilizados na assistência.

¹¹ No decorrer do processo, senti necessidade de aumentar para até duas o número de participações no VTM, para facilitar o recrutamento dos sujeitos, pois grande parte dos que não haviam participado eram recém-contratados e tinham pouca vivência do HU.

5.2.2 Processo de Escolha dos Sujeitos Hospitalizados (SH)

Quanto aos usuários, estabeleci que a participação desses se daria pela importância de contar com a opinião de usuários sobre aspectos necessários para uma assistência de enfermagem de qualidade, contribuindo assim para a reflexão dos trabalhadores sobre a organização do trabalho. Essas contribuições foram levantadas através de entrevistas (Anexo 2).

Escolhi esses sujeitos respeitando os seguintes aspectos: adulto maior de 21 (vinte e um) anos que aceitaram participar da proposta estando em condições de comunicar-se; internado no HU no período de realização deste estudo há mais de 48 (quarenta e oito) horas em uma das unidades de internação de adultos, onde atuam os funcionários do grupo definido para realização deste trabalho.

5.2.3 As Entrevistas: Primeira Aproximação com o Tema Organização do Trabalho

A entrevista realizada com esses sujeitos constituiu-se em entrevista semi-estruturada, ou seja, utilizou-se de um roteiro básico, um guia que as orientou. Um sistema flexível, no qual as perguntas podem fluir de acordo com a situação, e as respostas não seguem um esquema rigoroso e predeterminado.

Além de constituir-se em um momento de busca de subsídios para a reflexão coletiva, que foi desenvolvida a seguir no grupo focal, esse momento foi vivenciado de forma a trazer um **relato das experiências vividas** por esses sujeitos, no que diz respeito à sua condição de trabalhador ou usuário do serviço, bem como propiciou a **problematização desta realidade** e a indicação dos **projetos de mudança desejados** (LEITE; FERREIRA, 2001).

Segundo Minayo (1998, p. 57), “a entrevista visa apreender o ponto de vista dos atores sociais envolvidos numa determinada situação que se quer conhecer”. Gil (1989), Ludke e André (1986) colocam-na como uma forma de interação social, que se dá através do diálogo entre duas ou mais pessoas, onde uma delas coleta dados de uma determinada situação e a outra se apresenta como fonte de informação.

Ludke e André (1986, p. 33-34) salientam ainda que “na entrevista a relação estabelecida é de interação, pressupondo que quanto maior a interação entre quem pergunta e quem responde, tanto mais facilmente pode fluir a informação mais autêntica”.

Alguns cuidados devem ser observados na realização de entrevistas. Estes cuidados se colocam no respeito à cultura e valores do entrevistado, capacidade de ouvir do entrevistador, desenvolvimento de um clima de confiança que permita ao entrevistado a expressão livre dos fatos e garantia do anonimato, com esclarecimentos e acordos claros sobre o uso dos dados.

Na ocasião da entrevista com os trabalhadores foi apresentado o termo de consentimento informado (Anexo 3) e solicitada autorização para utilização de gravador durante todo o processo. Inicialmente havia pensado em utilizar o mesmo termo de consentimento informado para sujeitos trabalhadores e hospitalizados, mas no momento de aplicação percebi que a linguagem deste não estava adequada para o segundo grupo. Elaborei então outro termo que consta em anexo (Anexo 4).

Após a transcrição das entrevistas, essas foram devolvidas aos informantes para avaliação e validação. Os informantes foram comunicados que seus nomes seriam substituídos por nomes fictícios, e os sujeitos trabalhadores tiveram oportunidade de escolher estes nomes por ocasião das oficinas.

No total, foram entrevistados 12 (doze) trabalhadores de enfermagem (seis enfermeiras, cinco técnicos (as) de enfermagem e uma auxiliar de enfermagem) e 5 (cinco) sujeitos hospitalizados. Entre os trabalhadores de enfermagem nove tiveram participação mais efetiva no VTM e 3 (três) participaram de um ou dois momentos daquele programa.

Para determinar o número de participantes, utilizei o critério de saturação dos dados, utilizado nos estudos de natureza qualitativa, ou seja, a partir do momento em que as informações começaram a se repetir, considerei encerrada a amostra.

Passada a fase inicial de realização das entrevistas e validação das mesmas, as indicações dos trabalhadores sobre **organização do trabalho** foram agrupadas por categorias relacionadas a essa temática geral, assim definidas: **relações de trabalho, condições de trabalho, gerenciamento e divisão do trabalho, participação no processo decisório da instituição e da enfermagem, participação do sujeito hospitalizado/familiar no planejamento da assistência de enfermagem e valorização pessoal e profissional**. Sistematizei as indicações sobre a organização do trabalho, buscando as aproximações e diferenças, considerando os indicativos de uma organização do trabalho motivadora, criativa e que resultasse em uma assistência de qualidade, para serem então submetidos à reflexão e avaliação do grupo de trabalhadores, no grupo focal, juntamente com as indicações dos sujeitos hospitalizados e/ou familiares quanto à assistência recebida.

5.2.4 O Grupo Focal/Oficinas

O grupo focal ou oficinas foi desenvolvido de acordo com as características apontadas por Trentini e Gonçalves (2000) para os grupos focais, quais sejam: estar voltada para um foco específico de estudo, no qual o tema é discutido sob as mais diversificadas dimensões possíveis dentro de um processo de interação que propicie a construção coletiva das experiências e a participação dos envolvidos.

5.2.4.1 A Preparação das Oficinas: Referenciais e Dinâmicas Utilizadas

As Oficinas foram orientadas, segundo referências desenvolvidas pelo Sistema de Aprendizagem Vivencial de Edimar Leite e Luís Carlos Ferreira, facilitadores do programa VTM e também utilizei princípios da educação crítica, segundo a teorização de Paulo Freire.

O Sistema de Aprendizagem Vivencial (SAV) é definido como

uma práxis que objetiva facilitar a vivência e realização dos potenciais humanos, em ressonância com os princípios ecológicos da vida, a partir da integração das várias dimensões da pessoa e o restabelecimento da dinâmica de interação do indivíduo com seus semelhantes e com o mundo (LEITE; FERREIRA, 2000, p.9).

No contexto do SAV

a aprendizagem vivencial é definida como a capacidade humana de organizar as experiências vividas, dando-lhes significado, melhorando a qualidade de vida pessoal e transformando a experiência individual em um conhecimento que transcende a si mesmo e adquire dimensões de categorias sociais e culturais. (...) Esta visão implica em conceber a pessoa humana como um ser permanentemente imperfeito e inacabado, que busca atingir a plenitude (LEITE, 1993, p.11).

O Sistema de Aprendizagem Vivencial organiza suas ações e propostas de intervenção em diferentes campos da práxis. A organização sistêmica do SAV prevê e contempla um referencial filosófico e teórico-metodológico, ou seja, o *projeto ser ecológico* (princípios éticos e filosóficos); *um modelo teórico* (fundamentação conceitual) e *um método de aprendizagem* através das vivências integradoras (orientações e instrumentos técnicos) dentre os quais estão as vivências institucionais (LEITE; FERREIRA, 2000).

Nesta proposta utilizei, mais especificamente, ações da proposta de “Vivências Institucionais”, dirigida a otimização das relações interpessoais e a melhoria da qualidade de vida e trabalho nos espaços institucionais (LEITE; FERREIRA, 2000). A abordagem das vivências institucionais reforça uma perspectiva compreensiva da realidade, facilitando um

exercício de reflexão, de comunicação e de organização, com o objetivo de propiciar a construção de questionamentos sobre as práticas vivenciadas no cotidiano, de forma a permitir a construção de projetos pelo grupo envolvido.

Nesta perspectiva, o SAV desenvolve seus trabalhos a partir do diagnóstico e mobilização, com vistas à intervenção institucional e propõe, na intervenção, quatro processos vivenciais: Vitalização, Desenvolvimento Interpessoal, Desenvolvimento de Equipe e Dinamização da Aprendizagem (LEITE; FERREIRA, 2000).

A Vitalização tem como objetivo a sensibilização e a integração corporal, pelo restabelecimento do fluxo de energia vital. Pressupõe um processo sistemático e contínuo, de forma a propiciar uma contraposição às dinâmicas estressantes do cotidiano institucional.

O Desenvolvimento Interpessoal tem por objetivo desenvolver a competência interpessoal, ampliar a percepção e o contato entre as pessoas, facilitar as dinâmicas grupais e os mecanismos de comunicação de modo a otimizar o trabalho coletivo.

O Desenvolvimento de Equipe tem por objetivo a integração de grupos operativos, fortalecer a unidade interna dos grupos, ampliar a capacidade de resolução de problemas, de forma a permitir a eficiência operativa e o ajustamento relacional nas equipes de trabalho.

A Dinamização da Aprendizagem tem por objetivo facilitar a aprendizagem com vistas a contribuir nos processos de construção do conhecimento. Coloca-se como instrumento de integração de processos cognitivos, emocionais e operativos a serem aplicados em capacitações profissionais podendo constituir-se de vitalizações, técnicas de apresentação de grupos, aquecimento temático e outros. Pressupõe a utilização de recursos adequados à intervenção planejada, ou seja, sua utilização deve acontecer em um processo que integre técnica e temática abordada.

Associado às referências do Sistema de Aprendizagem Vivencial utilizei princípios da educação libertadora de Paulo Freire. A metodologia do processo pedagógico de Freire agrupa conceitos de educação fundamentados em princípios de participação. Estes não poderiam ser desconsiderados ao implementar um processo que visa à participação dos sujeitos envolvidos, de modo a propiciar, a partir da realidade, a construção de uma organização do trabalho mais criativa e motivadora para os trabalhadores e que resulte em qualidade de assistência àqueles que recebem o cuidado de enfermagem.

O SAV compartilha com Paulo Freire a crença na educação que reúne a totalidade da experiência humana. Ambos têm como ponto de partida para trabalhar a aprendizagem, a experiência concreta do sujeito na realidade em que está inserido. Partem da percepção de que a mudança ocorre num processo de reflexão-ação sobre a realidade, e que esse aprendizado se

dá de modo contínuo, uma vez que o ser humano se coloca como ser inacabado, em constante busca de ser mais (FREIRE, 1999a).

A reflexão se deu a partir da posição coletada nas entrevistas realizadas com trabalhadores, usuários e/ou familiares. O material que serviu de base para a discussão foi apresentado aos participantes, ao início de cada oficina, através de uma matriz elaborada por mim, contendo as informações coletadas nas entrevistas.

Utilizei também, no momento de oficinas, atividades de Desenvolvimento Interpessoal e Dinamização de Aprendizagem, para facilitar as discussões dos temas gerados nas entrevistas.

O Sistema de Aprendizagem Vivencial para desenvolver o processo vivencial de Desenvolvimento Interpessoal e de Equipe, integra algumas referências, entre as quais a “Teoria das Necessidades Interpessoais”, desenvolvida por William Schutz, que preconiza que as dinâmicas interacionais têm suas bases psicológicas nas necessidades interpessoais de “inclusão”, “controle” e “afeição”. Embora considere estas três dimensões, a proposição de desenvolvimento grupal de Schutz, de acordo com a análise das relações interpessoais, inclui ainda um quarto aspecto: a separação, quando os grupos chegam ao seu final. O SAV na aplicação deste referencial nos espaços institucionais redefine a necessidade de “afeição” enquanto desejo de respeito ou fase de ajustamento (LEITE; FERREIRA, 2000).

As oficinas realizadas neste estudo, num total de três, aconteceram na sala de aula do ambulatório do HU/UFSC, nos dias nos dias 18, 25 e 28/06/2001, das 14:00 às 17:00 horas. Foram organizadas de forma a compreender e integrar parte do processo evolutivo das relações grupais desenvolvidas pelo SAV, uma vez que a dinâmica proposta para as oficinas, e o tempo para realização das mesmas, não exigiam sua utilização na íntegra.

Seguiram uma organização buscando contemplar as necessidades de:

Inclusão - cuja caracterização é a busca de associação entre as pessoas; a problemática consiste na decisão de isolar-se ou interagir com o outro; as forças envolvidas são o desejo de ser aceito versus a ansiedade de exclusão e a aprendizagem é a satisfação da necessidade de ser reconhecido e aceito, ser valorizado em sua singularidade.

Controle - cuja caracterização é a tomada de decisão; a problemática é decidir por si mesmo ou seguir a decisão do outro; as forças envolvidas são o desejo de manifestar o poder pessoal versus a ansiedade de ser incapaz e a aprendizagem é a manifestação do poder pessoal, o reconhecimento da liderança do outro.

Ajustamento – cuja caracterização é o sentimento de aproximação entre as pessoas; a problemática é aproximar-se ou distanciar-se do outro; as forças envolvidas são o desejo de

relações interpessoais satisfatórias versus a ansiedade da rejeição e a aprendizagem é a aceitação da individualidade e o reconhecimento da alteridade.

Separação ou Avaliação - a caracterização é a procura de distanciamento do outro; a problemática é permanecer junto ou separar-se do outro; as forças envolvidas são o desejo de individuação versus a ansiedade de perder, e a aprendizagem é a individuação e a organização da experiência vivida.

5.2.4.2 A Constituição do Grupo Focal e suas Expectativas

As oficinas foram agendadas com os trabalhadores que responderam à entrevista, respeitando, na medida do possível, as datas mais adequadas para todos. Ainda assim, a participação dos trabalhadores no grupo focal aconteceu de acordo com as possibilidades individuais. 100% dos entrevistados participaram de uma ou mais oficinas, sendo que 42% desses trabalhadores participaram de todas as oficinas.

1ª oficina

Estiveram presentes quatro enfermeiras (E), uma técnica de enfermagem (TE) e uma auxiliar de enfermagem (AE). Segundo a metodologia de trabalho em grupo do SAV, inicialmente foram realizadas as apresentações do tema, dos participantes e dos procedimentos que seriam utilizados. A seguir, foi aberto espaço para esclarecimentos, bem como foram feitos os acordos para o funcionamento dos trabalhos. Foram colocados ainda os meus objetivos com esse trabalho e o conceito de organização do trabalho sobre o qual foram trabalhadas as entrevistas.

A apresentação do grupo foi realizada através de uma técnica especial, pela qual cada participante escreveu em um vagão de papel¹² a sua identificação pessoal e profissional e as expectativas acerca do processo proposto. Esse vagão foi preso a uma locomotiva previamente fixada na parede e a seguir os participantes procederam à apresentação verbal. Esse momento busca criar o clima de realização de uma viagem através do tema. O espaço é aberto especialmente para conhecer as expectativas dos sujeitos envolvidos.

Neste processo, algumas falas dos participantes ilustravam a percepção dos mesmos sobre a sua participação nesta pesquisa. Expectativa de renovação e aprendizagem, de

¹² Os vagões foram confeccionados em cores diversas possibilitando a sua utilização posterior, associada a cartões também coloridos como técnica para a divisão dos subgrupos de trabalho.

contribuir para a construção de uma assistência adequada aos sujeitos hospitalizados e de refletir sobre formas de construir um trabalho prazeroso:

“(...) continuar o meu processo de aprendizagem - trocar, renovar as esperanças em relação ao trabalho da enfermagem, aprimorar a qualidade das ações desenvolvidas pela enfermagem” (Tânia, AE).

“(...) acredito na construção de um modelo de fazer enfermagem imbuído de beleza e graça, de autonomia e responsabilidade compartilhada na perspectiva de melhor atender ao sujeito de cuidados. Tenho pressa. Achei que já tinha perdido o trem, mas vejo que estou nesta viagem. Sinto-me feliz, quero sonhar e participar do processo de construção de uma enfermagem melhor” (Gói, TE).

“Refletir e buscar alternativas de trabalhar na enfermagem” (Rafaela, E).

Ao término das apresentações, passamos à leitura do livro “O frio pode ser quente?” (MASUR, 1999), utilizado com vistas a preparar o grupo para as questões a serem trabalhadas. Este livro infantil apresenta imagens que mostram que, dependendo do modo de ver e interpretar a linguagem escrita, as coisas têm muitos jeitos de ser.

Seguindo a programação apresentei a matriz “**Relações de trabalho**”, na qual constavam os aspectos positivos e planos de manutenção/ampliação e os aspectos negativos e possibilidades de mudança, conforme modelo abaixo. Os dados para a construção desta matriz foram coletados nas entrevistas e agora devolvidos ao grupo para discussão coletiva. Neste mesmo momento, algumas falas dos sujeitos hospitalizados, relacionadas ao tema, foram expostas através de cartazes e lidas com o grupo ao início das discussões.

FIGURA 1 – Matriz elaborada para discussão dos dados das entrevistas, referentes às opiniões acerca das Relações de trabalho.

Relações de trabalho	
Aspectos positivos	Planos de manutenção/ampliação
Dificuldades/limites	Possibilidades de mudança

Divididos em subgrupos, os participantes discutiram a situação atual utilizando como referência as diversas posições colocadas nas entrevistas. Complementaram as colocações, estabeleceram as mudanças desejadas e iniciaram a construção de projetos, tendo como referência as possibilidades e limites. Essa discussão foi então reproduzida em grande grupo.

Nas oficinas posteriores, a devolutiva e a discussão dos aspectos propostos seguiram sempre essa mesma dinâmica (apresentação da matriz com as falas dos sujeitos trabalhadores e dos sujeitos hospitalizados, discussão em subgrupo e processamento final no grande grupo).

Ao final de cada oficina, esses dados já foram por mim agrupados e aqueles que diziam respeito também aos temas que seriam abordados posteriormente, eram introduzidos na matriz respectiva para facilitar e adiantar as discussões.

Nessa primeira oficina os aspectos levantados para discussão e constantes na matriz **“Relações de Trabalho”**, foram: as relações hierárquicas, as relações internas na equipe de enfermagem, as relações com as áreas de apoio, as relações na equipe multidisciplinar e as relações com o sujeito hospitalizado e/ou familiar.

Encerrado o processamento dos trabalhos em grupo, o encontro foi fechado com a solicitação de escolha dos codinomes e avaliação do encontro.

Durante a avaliação, algumas pessoas mostraram sua preocupação com a importância do tema e a quantidade de questões a serem discutidas em pouco tempo. Fizeram propostas em relação à administração do tempo e possibilidades de agilizar as discussões, dividindo os aspectos a serem discutidos entre os subgrupos para que cada um pudesse aprofundar algumas questões para análise conjunta posterior. Sendo coerente com a proposta de um trabalho participativo essas sugestões foram acatadas nos encontros posteriores.

No intervalo entre a 1ª e a 2ª oficinas, fui procurada por algumas das pessoas que faltaram ao primeiro encontro, quando então justificaram a ausência e solicitaram se poderiam acompanhar os momentos seguintes. Confirmada essa possibilidade, transcrevi e sintetizei o material discutido no primeiro encontro, entregando aos mesmos e dando a possibilidade de acrescentarem aspectos que não haviam sido contemplados.

2ª oficina

O segundo encontro iniciou com a presença de cinco enfermeiras, quatro técnicos (as) de enfermagem e uma auxiliar de enfermagem. Procedi à apresentação das pessoas ausentes no primeiro encontro e apresentei os temas a serem discutidos, ou seja, aspectos referentes às **“Condições de Trabalho e Gerenciamento do Trabalho”**. Em relação ao Gerenciamento do

Trabalho, foram debatidos aspectos relativos à Divisão do Trabalho para Prestação de Cuidados Integrais e por Tarefa.

Para introduzir o tema “**condições de trabalho**”, foi proposta como atividade, uma dramatização muda de situações vividas no dia a dia. Após, um grupo deveria reconhecer o que o outro estava expressando. O grupo foi então dividido em dois para a dramatização. Esse recurso teve por objetivo introduzir o tema de forma lúdica, uma vez que na fase de entrevistas pude perceber a grande insatisfação das pessoas em relação às condições de trabalho, porém, em relação a essa problemática, os mesmos apresentavam poucas sugestões e possibilidades de mudanças, uma vez que várias delas estavam fora de seu alcance.

Após o processamento dessa atividade foi apresentada a matriz referente “**As Condições de Trabalho** como elementos que facilitam ou dificultam o processo de trabalho”, conforme modelo abaixo. Os aspectos abordados diziam respeito a recursos humanos, recursos materiais, equipamentos, ambiente, salário, jornada de trabalho e outros.

FIGURA 2 – Matriz elaborada para discussão dos dados das entrevistas, referentes às opiniões acerca das Condições de trabalho.

Condições de trabalho	
Dificuldades	Possibilidades de intervenção

Essa matriz foi digitada nas cores preta, azul e verde, indicando os aspectos a serem discutidos pelos subgrupos. O grupo foi dividido em dois subgrupos, sendo que um discutiu aqueles aspectos destacados em verde (problemas relacionados à atuação dos Serviços de Laboratório, Farmácia, Manutenção e Material Permanente) e outro os aspectos em azul (relacionados ao Serviço Médico, RX, Limpeza e Material de Consumo). Ambos discutiram os aspectos digitados na cor preta (Aspectos gerais, Recursos Humanos, Salários, Ambiente).

No segundo momento, deste dia, foi iniciada a discussão sobre o **Gerenciamento do Trabalho**, especificamente a divisão do trabalho para prestação de cuidado integral e funcional.

FIGURA 3 – Matriz elaborada para discussão dos dados das entrevistas, referentes às opiniões acerca do Gerenciamento do trabalho 1.

Gerenciamento do trabalho	
Potencialidades	Planos de manutenção/ampliação
Divisão do trabalho para prestar cuidados integrais	
Divisão do trabalho para prestar cuidados por tarefas	
Limitações	Possibilidades de mudança
Divisão do trabalho para prestar cuidados integrais	
Divisão do trabalho para prestar cuidados por tarefa	

3ª oficina

Esse encontro aconteceu com a presença de cinco enfermeiras, cinco técnicos (as) de enfermagem (TE) e uma auxiliar de enfermagem (AE). Da mesma forma que nos encontros anteriores, iniciei esse momento com a exposição dos temas que seriam abordados, através da matriz: “**Gerenciamento do Trabalho**”, modelo abaixo. Nessa temática incluí o debate a respeito da Metodologia da Assistência de Enfermagem (MAE) e alguns aspectos da Multi e Interdisciplinaridade para prestação da assistência, a Participação da enfermagem no processo decisório da instituição, a participação do conjunto dos trabalhadores de enfermagem no processo decisório da assistência de enfermagem e a participação do sujeito trabalhador e/ou familiar no processo assistencial.

FIGURA 4 – Matriz elaborada para discussão dos dados das entrevistas, referentes às opiniões acerca do Gerenciamento do trabalho 2.

Gerenciamento do trabalho	
Potencialidades	Planos de manutenção e ampliação
Multi e Interdisciplinaridade para prestação da assistência Metodologia da Assistência de Enfermagem (MAE) Participação no Processo Decisório: <ul style="list-style-type: none"> - Geral na instituição - Da enfermagem Participação do SH/familiar	
Limitações	Possibilidades de mudança
Multi e Interdisciplinaridade para prestação da assistência Metodologia da Assistência de Enfermagem (MAE) Participação no Processo Decisório: <ul style="list-style-type: none"> - Geral na instituição - Da enfermagem Participação do SH/familiar	

No segundo momento, desta oficina, foram apresentados, através de transparências, os aspectos referentes à Valorização Pessoal e Profissional coletados nas entrevistas e a discussão dos mesmos aconteceu em grande grupo.

Terminado esse momento, foi solicitada ao grupo uma avaliação do processo vivido (Anexo 5), considerando os objetivos que foram expostos para os participantes. Essa avaliação foi realizada por escrito, e, posteriormente, foi aberto espaço para manifestações verbais dos que assim o desejassem.

Finalizada a avaliação, o grupo procedeu à leitura do livro “A borboleta e a minhoca” (PAIVA, 1989), que foi deixado como mensagem final para os participantes. O livro infantil fala sobre sonhos, vontades, possibilidades e também sobre a importância de experimentar aquilo que desejamos.

Após as oficinas foi possível construir, com os resultados das discussões realizadas nos três momentos, um cenário de indicativos para uma nova organização do trabalho de enfermagem que estruturei de modo analítico no sexto capítulo.

5.2.5 Análise dos Dados

Realizei a análise dos dados coletados nos dois momentos centrais dessa pesquisa (entrevistas e oficinas), considerando a historicidade da instituição no cenário político-social do país, inserido na realidade internacional. Os dados obtidos no estudo documental serviram para a caracterização da instituição e da força de trabalho em saúde e enfermagem, possibilitando a realização de determinadas análises das informações obtidas nos dois momentos centrais da coleta de dados.

O suporte para a perspectiva de contextualização na realidade local histórico-social vem do materialismo histórico e dialético, cujo instrumental fundamenta o meu olhar sobre a realidade e subsidia uma análise que articula o micro e o macro social. Esse referencial também permite a percepção do movimento de interesses contraditórios, bem como a visão de totalidade e o papel das partes na sua construção.

Os dados coletados nas entrevistas, foram tratados com base em alguns princípios da “análise de conteúdo”, que, segundo Bardin (1977 p. 42), é

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

Inicialmente foi realizada a pré-análise dos dados das entrevistas e oficinas, através da leitura dos dados e um primeiro agrupamento por temas. A seguir o material foi submetido a um olhar mais aprofundado, orientado pelo referencial teórico, formando então as categorias representativas do estudo, considerando o tema proposto. As categorias e subcategorias foram definidas a partir do referencial teórico e das falas dos sujeitos, obtidas nas entrevistas e referendadas nas oficinas.

Para articular os resultados das discussões e construir os indicativos de uma nova forma de organização do trabalho de enfermagem, defini as seguintes categorias de análise: relações de trabalho; condições de trabalho; gerenciamento e divisão do trabalho; participação do trabalhador no processo decisório da instituição e da enfermagem, participação do sujeito hospitalizado ou familiar no processo assistencial, valorização pessoal e profissional - a subjetividade de trabalhadores e trabalhadoras.

Para a elaboração dos indicativos, considerei as falas relativas às categorias de análise que criticam a prática atual, bem como os pontos positivos desta prática e as sugestões de mudanças.

Por fim, tendo as categorias definidas, foi realizado o que Bardin (1977) coloca como interpretação inferencial, ou seja, os resultados foram analisados e interpretados, utilizando a fala dos trabalhadores e usuários.

Finalizando, realizei uma reflexão crítica sobre possibilidades e limites de aplicação da proposta. O resultado alcançado é uma construção teórica, de minha responsabilidade como pesquisadora, mas certamente uma produção coletiva, construída no processo da pesquisa e de propriedade do grupo que a produziu.

6 REFERÊNCIAS PARA UMA NOVA FORMA DE ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO DA ENFERMAGEM

A análise das referências para uma nova organização do trabalho de enfermagem foi realizada com base na teoria sobre o trabalho na sociedade, especialmente o trabalho em saúde e enfermagem, a organização do trabalho predominante, ou seja, o modelo taylorista/fordista de organização do trabalho. Outras referências foram as teorizações sobre as novas formas de gestão e organização do trabalho.

6. 1. As Relações de Trabalho

Para Cattani (1999, p. 205), o conceito de relações de trabalho “transcende a própria situação de trabalho, uma vez que envolve o conjunto de arranjos institucionais e informais que modelam e transformam as relações sociais de produção nos locais de trabalho”.

As relações de trabalho têm relação com a história do ser humano, são relações que se dão a partir da vida em sociedade e das relações de produção. Nas instituições, as relações de trabalho envolvem diversos trabalhadores, o modelo de gestão do trabalho adotado, a relação com outras instituições da sociedade, sendo que no setor saúde envolve também a relação com os usuários deste serviço. Na instituição hospitalar as relações são fortemente hierarquizadas e influenciadas pelas corporações profissionais. No Hospital Universitário, as relações que se estabelecem entre os profissionais de nível superior são prioritariamente relações acadêmicas, preservando uma relativa autonomia profissional das diversas categorias. Ao mesmo tempo ocorre um controle sobre o pessoal de nível médio ligado a cada segmento profissional e a estrutura administrativa reforça o poder hegemônico do médico (CAPELLA, 1998)

No que se refere às **relações de trabalho**, os aspectos levantados pelos participantes deste estudo, estão relacionados: à participação da enfermagem na estrutura institucional, ou seja, as relações hierárquicas; às relações internas na equipe de enfermagem; às relações com as áreas de apoio; às relações na equipe multidisciplinar e às relações com o sujeito hospitalizado e/ou familiar.

Na instituição estudada, a enfermagem está localizada no organograma, enquanto diretoria, subordinada diretamente à Direção Geral (DG). Os trabalhadores consideram este fato positivo, pois contribui para a intervenção organizada da enfermagem no processo de

definição das políticas globais da instituição. Entendem que a manutenção da atual posição hierárquica é uma forma de garantir os avanços conquistados, e que isso contribui para o desenvolvimento da profissão e também dos trabalhadores de enfermagem.

“Como a enfermagem está inserida no HU, como diretoria, é uma valorização”

(Rafaela - E).

“Percebo que a enfermagem esteve sempre à frente no HU. (...) As outras áreas estão engatinhando. (...) A enfermagem é mais organizada” (Quica - E).

“(...) o serviço de Nutrição e Dietética deveria ter uma direção e não tem. Como isso faz falta pra eles! E como é bom a gente ter esta organização e este papel forte na instituição” (Gói - TE).

Os profissionais de nível médio questionam, no entanto, a sua representação e o reconhecimento do conjunto da enfermagem na instituição, pois não se sentem reconhecidos, em seu saber técnico.

“(...) O único erro da enfermagem no HU está na representação apenas do enfermeiro. Nisto a gente peca muito. Fala em enfermagem, e aí é institucional, mas é o enfermeiro e não é a enfermagem” (Gói - TE).

“Eu gostaria que se valorizasse mais os talentos que se tem aqui dentro. O técnico poderia fazer mais atividades em relação à orientação e também quanto à parte técnica. (...) Nós temos muitos talentos, todo mundo pode contribuir (...). A construção das coisas se dá na medida em que eu participo, encorajo, critico” (Angélico - TE).

Destacam positivamente o reconhecimento por parte da Direção Geral da instituição, do trabalho desenvolvido pela enfermagem, e os investimentos realizados durante os últimos quatro anos na área de capacitação do pessoal. Percebem, no entanto, algumas fragilidades. Entendem que sendo a enfermagem, a categoria mais numerosa, esse investimento poderia ser maior em vários aspectos, que não só o de capacitação, mas no que diz respeito às condições de trabalho e outros.

“Existe uma política que pensa em mim enquanto pessoa e profissional” (Quica – E).

“A diálise peritoneal. Qualquer engenheiro poderia resolver, por um método simples, o esvaziamento daquele líquido. É tudo manual. Para ver a que ponto chega a desqualificação do processo de trabalho da enfermagem” (Gói – TE).

Neste sentido apontam a necessidade de avançar coletivamente na discussão das necessidades, subsidiando a DE para que esta empreenda ações que preservem este reconhecimento e avancem no sentido de apontar novas possibilidades de crescimento para os trabalhadores.

“Nas relações hierárquicas, a gente pensou que para manter isso que temos, a enfermagem precisa dar apoio a DE” (subgrupo I).

Os participantes do estudo reconhecem a atual posição da enfermagem no organograma institucional, como uma posição diferenciada em relação aos demais trabalhadores da instituição (Nutrição, Serviço Social, Farmácia e outros) bem como em relação à situação da enfermagem em outras instituições de saúde, e defendem a manutenção desta condição conquistada. Entendem, também, que são necessárias relações mais horizontais entre os trabalhadores da saúde e propõem: “trabalho em equipe” (tanto no âmbito da equipe de enfermagem, como da equipe multidisciplinar), “trabalho interdisciplinar”, instâncias conjuntas de decisão entre as diversas áreas - “colegiado ou fórum conjunto de decisões” envolvendo todas as categorias.

“Se todo mundo discutisse para arranjar soluções conjuntas (...) conhecer os problemas dos outros (...) fórum conjunto (...)” (Tânia - AE).

Essa posição ocupada pela enfermagem do HU é o resultado da postura dos trabalhadores e trabalhadoras da instituição, que se identificam com uma visão de profissão que tem uma responsabilidade social e que se organizou e lutou por seus direitos e pelo reconhecimento, conquistando, assim, o seu espaço na estrutura dos serviços de saúde.

No Hospital Universitário, a categoria lutou e conquistou um espaço próprio de decisão durante o processo de implantação do hospital, na década de 80. Segundo Leopardi (1991, p. 56) “a estrutura pensada para o HU tinha como objetivo desvincular funcionalmente

as duas atividades docentes assistenciais primordiais, a enfermagem e a medicina, dando-lhes autonomia para cada qual liderar o desenvolvimento de seu programa”.

Se considerarmos que o trabalho em saúde convive hoje com características do trabalho coletivo e com características do trabalho do tipo profissional (PIRES, 2000), podemos pensar que a estrutura existente no HU propicia à enfermagem uma possibilidade de desenvolvimento do trabalho com características mais autônomas, aproximando-se do trabalho do tipo profissional. Isto lhe confere uma responsabilidade social, exigindo competência técnica e política associada, de modo positivo, à possibilidade de ter o seu trabalho reconhecido e valorizado. Como negativo, os trabalhadores levantam as aproximações do trabalho da enfermagem com a divisão parcelar do trabalho, presente no trabalho coletivo industrial organizado sob a égide do modelo taylorista. A aplicação desta forma de divisão, com fragmentação do saber e do fazer, internamente na enfermagem, resulta em insatisfação dos trabalhadores de enfermagem de nível médio com o papel gerencial assumido pelos enfermeiros (as).

Esta relação não é a mesma para os demais grupos de trabalhadores, ligados à assistência, que sendo pouco expressivos numericamente, permaneceram reunidos em uma única diretoria, dirigidos ao longo da história, inicialmente pelo profissional médico, depois por enfermeira e apenas recentemente (segunda metade da década de 90), coordenado pelos pares.

A posição conquistada pela enfermagem é considerada muito importante para a maioria dos trabalhadores (principalmente os enfermeiros), sendo um diferencial em relação aos demais grupos de trabalhadores da instituição.

Ainda a respeito das relações que se estabelecem na estrutura hospitalar, entre as diversas áreas, podemos dizer que embora diferentes grupos de trabalhadores atuem na instituição, e que os profissionais envolvidos no atendimento às questões de saúde são definidos de acordo com o tipo de serviço prestado, em qualquer situação a instituição de saúde necessita de pessoal médico, de enfermagem e nutrição¹³ (PIRES, 1998). No entanto, as relações de poder e o papel ocupado nos espaços decisórios dependem de muitos outros fatores, dentre eles a capacidade de uma profissão apresentar-se socialmente como tal e de conquistar um espaço no trabalho coletivo interdisciplinar.

¹³ Na atualidade é possível encontrar instituições de saúde com serviços de nutrição total ou parcialmente terceirizado. Nestes a alimentação é fornecida por empresas do ramo, de acordo com a dieta prescrita e solicitação do cliente. É supervisionada por uma nutricionista e servida pelo pessoal de enfermagem.

Na discussão relativa às relações internas na enfermagem, é de entendimento geral que a enfermagem do HU tem conseguido, nos últimos tempos, construir relações mais adequadas, internamente. Essa construção resultou do investimento feito pelo programa VTM, que trabalhou, nos últimos cinco anos, as questões referentes aos papéis e relações na equipe.

O grupo percebeu que ainda existem muitas fragilidades nestas relações e apontou a necessidade de manutenção e ampliação do programa, seja através da contratação dos serviços do Centro de Aprendizagem Vivencial, ou através do NAP, que conta com pessoal preparado para dar continuidade a esses projetos.

“Manutenção do VTM, ampliar a atuação do NAP, favorecer liberação, oferecer cursos pelo pessoal do NAP, para aproveitar que o pessoal está capacitado para estar atuando na instituição” (subgrupo I).

“Então nós temos que ficar criando momentos com ajuda do NAP, para que isso não se perca” (subgrupo II).

Entre as dificuldades, foi levantada a questão da comunicação na instituição e na enfermagem. Os participantes deste estudo consideram que existem muitas dificuldades no repasse de informações entre os diversos trabalhadores de enfermagem. O repasse inadequado das informações reflete negativamente sobre as relações internas da equipe de enfermagem, pois frequentemente as informações são distorcidas, não existe retorno em relação aos problemas levantados, bem como das medidas tomadas para resolução destes. Frequentemente, no relato dos trabalhadores da instituição, percebe-se que os mesmos desconhecem questões importantes da dinâmica hospitalar, a forma como são tomadas as decisões, os benefícios a que têm direito, como, por exemplo, regras para liberação de pessoal para eventos, auxílio financeiro para participação nestes eventos e outros.

Uma possibilidade apontada pelos participantes para minimizar os efeitos nocivos da situação é a implementação, através do NAP, de um programa com caráter de diagnóstico, mobilização e intervenção, buscando nas bases, as reais carências e construindo coletivamente propostas para agilizar o repasse de informações.

“Em relação à chefia, eu acho que a comunicação é falha. Não vejo retorno na maioria das questões. As pessoas que participaram mais do VTM melhoraram. Elas conseguem ter uma comunicação mais adequada” (Fernanda – E).

“Como sugestão, colocamos um trabalho a ser feito pelo NAP. Sem fórmulas mágicas. Iniciar um trabalho nos turnos (...) ver quais as dificuldades de comunicação (...) ver se eles se sentem excluídos (...). Como estão se sentindo no contexto das informações”

(subgrupo II).

Outra limitação diz respeito à falta de compreensão por parte da equipe de enfermagem quanto à continuidade do seu trabalho, gerando uma constante problemática entre os turnos e unidades afins. Frequentemente surgem situações em que um grupo coloca em dúvida as ações realizadas por outros.

“Se eu disse que troquei o material e que depois disso ficaram cinco espelhos sujos, pois foram utilizados após a troca, tu tens que acreditar em mim. (...) Esquecem essa continuidade. Parece que tem que estar tudo 100% na passagem de plantão”

(Rafaela- E).

“(...) Às vezes a gente tem que deixar o material para o pessoal da tarde. Aí já fazem aquele falatório. Só que muitas vezes o noturno deixa para a gente. A tarde deixa para a noite, pois eles também reclamam. Então se todos se dessem conta que de vez em quando isso acontece, não teríamos por que reclamar” (Amanda –TE).

Os participantes desta pesquisa propuseram a construção de projetos integrados de desenvolvimento interpessoal e de equipe, através do CEPEn e NAP para possibilitar a mudança dessa realidade.

“Educação ética, reconhecimento do trabalho do outro. Pensamos algumas coisas ligadas ao desenvolvimento de equipe” (subgrupo II).

Apontaram ainda que, as chefias de serviço poderiam contribuir para a construção de relações mais positivas entre suas equipes, estando mais presentes nos diversos turnos de trabalho, definindo melhor sua atuação gerencial. Sugeriram a implantação de planejamento participativo e horizontalizado, com divisão de responsabilidades e retorno das ações efetivamente implementadas, assim como uma atuação mais presente das chefias de divisão e DE, no dia-a-dia das unidades.

“Mais participação da DE e das chefias de divisão nas reuniões dos setores”

(subgrupo I).

“Ter maleabilidade para que eles se sintam também fazendo parte daquele grupo. Não a chefia como privilégio da manhã ou da tarde” (subgrupo I).

O trabalho desenvolvido na enfermagem do HU, nestes últimos cinco anos, aproxima-se com aqueles colocados pelas teorias de administração como mais participativo, e teve um resultado que é valorizado pelos trabalhadores, reconhecido como positivo, tanto que nas diversas situações os mesmos indicam a continuidade destas propostas. As intervenções realizadas, nestes anos, pelo programa VTM, abriram um canal para a expressão dos trabalhadores, de colocação de seus anseios e carecimentos. No que diz respeito às relações interpessoais na equipe de enfermagem, o grupo percebeu como conquista a melhora das relações internas de trabalho na enfermagem.

Gelbcke et al (1999) avaliaram que o programa implementado pela DE propiciou aos trabalhadores o atendimento das necessidades dos mesmos, de reflexão sobre a divisão do trabalho, de diálogo sobre as relações hierárquicas, e de discussão sobre as possíveis mudanças no trabalho que pudessem resultar da reflexão conjunta. Mesmo que as discussões propiciadas pelo VTM não trouxessem reflexos imediatos para a realidade, o Programa contribuiu para a superação da dicotomia entre “vida e trabalho”, resgatando a multidimensionalidade do sujeito trabalhador, especialmente nos aspectos subjetivos (pessoais), profissionais e institucionais.

Quanto à relação entre os diversos componentes da equipe de enfermagem uma das limitações apontadas foi a relação do enfermeiro com os demais membros da equipe. No que diz respeito à inclusão de enfermeiros novos, surgem as questões da dominação destes pelos profissionais de NM com mais tempo de instituição, resultando em prejuízo para a assistência e para o SH. O grupo demonstrou clareza de que isso acontece, e apontou algumas prováveis causas. São elas: falta de acompanhamento do enfermeiro no momento da inclusão pelo CEPEn e chefias; deficiência na formação do enfermeiro, no que diz respeito ao exercício de coordenação e liderança participativa; insuficiente capacitação da equipe de enfermagem sobre aspectos éticos no trabalho; modelo assistencial adotado pela enfermagem não propiciando um trabalho construído com base na co-responsabilidade das ações.

“Existem enfermeiros que têm medo de se posicionar, de exercer seu papel de enfermeiro. Posicionar-se em relação a algum funcionário. Deixar as coisas mais claras. Estão dominados. E quem perde mesmo é o paciente. Eu acho que muitas vezes por insegurança do enfermeiro, porque são muito novos. É o primeiro emprego. E como os funcionários são mais antigos acabam se aproveitando um pouco da situação. Ao invés de ajudar para a pessoa adquirir segurança, acabam deixando assim”

(Tânia –AE).

Como projeto de mudança, para essa situação, foi apontada a necessidade de planejar e implementar, através do CEPEn e chefias de serviço, ações para minimizar essa situação. Entre essas ações estão: um momento de efetiva inclusão dos enfermeiros nas unidades, durante o processo de acompanhamento de 60 dias¹⁴, já existente; discussão sobre as necessidades de formação dos profissionais enfermeiros, envolvendo HU/órgãos formadores; implementação de programas de capacitação abordando a ética no trabalho, e revisão e mudança no modelo assistencial.

“Educação ética, reconhecimento do trabalho do outro. (...) trabalho de inclusão no local para onde vai o enfermeiro” (subgrupo II).

Os conflitos existentes na equipe de enfermagem não se constituem em novidade nas instituições de saúde, especificamente os conflitos entre enfermeiras e pessoal de nível médio. No HU, essa também é a realidade, talvez ainda mais acentuada pelo modelo assistencial, que impõe um controle maior na organização do trabalho realizado por enfermeiras, técnicos e auxiliares de enfermagem. Capella (1998) já se referia naquele momento, às dificuldades nas relações internas da enfermagem em consequência do modelo assistencial de enfermagem e do controle rigoroso sobre os profissionais de nível médio, imposto pelos enfermeiros.

Também Leite e Ferreira (1997) apontam no relatório diagnóstico da situação dos técnicos e auxiliares de enfermagem da instituição, diversos aspectos geradores de tensão e conflito na categoria, sinalizando a urgência em se rever algumas dessas questões. Comparam a categoria a um verdadeiro “caldeirão quente” pronto para explodir, pelas tensões presentes no campo.

¹⁴ Acompanhamento de 60 dias - processo implementado pelo CEPEn na gestão 96/2000, que visa a introduzir o pessoal recém-contratado nas unidades, facilitando o processo de inclusão e ajustamento às necessidades institucionais e propiciando o desenvolvimento pessoal, profissional e institucional.

Na discussão das relações com os demais serviços (médico, apoio, administração), os participantes apontaram as dificuldades que enfrentam cotidianamente. Acreditam que essas dificuldades acontecem em consequência da maior permanência da enfermagem junto ao sujeito hospitalizado (SH), que resulta num reconhecimento maior das necessidades desses e também em função da administração da assistência e das unidades ser realizada pela enfermagem, o que propicia o aparecimento de conflitos.

“Tu chamas e eles não atendem logo a necessidade. Manutenção nem se fala. Demoram tanto que a gente esquece o que pediu. (...) Laboratório também. (...) RX. É tudo igual” (Amanda – TE).

“(...) As áreas de apoio, nutrição, laboratório, RX, farmácia, manutenção... Com estes a gente sempre teve atritos. A limpeza não limpa direito. O laboratório que a gente chama e não aparece” (Sarah – E).

“Considero que existem muitos conflitos da enfermagem com as outras áreas, pois, pela sua organização, a enfermagem acaba exigindo mais dos outros” (Quica – E).

Acenam para o enfrentamento desses problemas com possibilidade de investimento semelhante ao VTM em outras áreas profissionais, inclusive com ações conjuntas entre serviços. Neste sentido, apontam a possibilidade de levar como indicativo para a Direção Geral (DG) a proposta de extensão do programa para o conjunto dos trabalhadores da instituição, e a construção de um fórum conjunto entre as diversas áreas, para trabalhar os problemas que surgem.

“(...) tem uma coisa que eu tinha colocado para a área médica, mas eu acho que deveria ter para todo o hospital, que é uma comissão ou colegiado que se reunisse (...) não só para resolver problema, mas para procurar soluções conjuntas” (Tânia - AE).

Inicialmente, a discussão esteve centrada na inadequação desses às necessidades do SH e do trabalho da enfermagem, inclusive com manifestações contundentes quanto ao descaso de alguns destes serviços, no atendimento das solicitações realizadas pela enfermagem. Na evolução do debate, ainda que sem desfazer os problemas existentes, o grupo

revê algumas posições, considerando que estes mesmos serviços também enfrentam muitas dificuldades que desconhecemos e que em conjunto poder-se-ia criar soluções.

“A manutenção é difícil. A gente pede para pregar um prego, um vem ver o local do prego. Outro vem trazer o prego, outro vem para pregar, e outro para supervisionar o local” (Mary - E).

“Hoje, por exemplo. Até agora os pacientes estavam sem banho porque o chuveiro não esquenta. O nosso aqui é aquele que depende da caldeira. Já foi pedido chuveirinho, porque numa clínica ginecológica precisa de chuveirinho. A gente não tem”

(Amanda - TE).

O grupo sugere que se leve através dos diretores setoriais e DG a proposta de construção de um fórum entre as diversas áreas, onde os mesmos possam se conhecer, dividindo e encontrando soluções conjuntas para os problemas vividos na atualidade.

“Se tivéssemos um colegiado para ver os problemas. Talvez resolvêssemos algumas coisas. (...) não vai adiantar tirar coisas fechadas porque não vai funcionar. É preciso também ver o que eles teriam para nos dizer. E é nessa instância que nós poderíamos estar deliberando muita coisa e otimizando recursos e uma série de outras coisas”

(subgrupo I).

Em relação à área médica, os trabalhadores relatam o não cumprimento de normas, como, por exemplo, a realização diária de prescrição aos pacientes sob sua responsabilidade, como um dos fatores que interferem no trabalho da enfermagem. Diariamente esta situação leva-os a “andar atrás” de diretores para solicitar prescrições, empreender esforços para conseguir medicações como antibióticos sem a prescrição, quebrando, desta forma, as normas existentes de funcionamento do serviço de farmácia, para garantir a continuidade do tratamento do sujeito hospitalizado.

“Nós achamos que a enfermagem não tem que ficar repetindo prescrição. Tem que pegar o prontuário e levar na direção médica, para que providências sejam feitas. A gente sabe que em muitas unidades as enfermeiras já fazem isso. Levar para cada um as suas responsabilidades” (subgrupo I).

Dados como esses, de insatisfação com as condições de trabalho na instituição e na atuação dos serviços de apoio, já são relatados por Capella (1998), em sua tese de doutoramento. Também os relatórios do programa Vivendo e Trabalhado Melhor confirmam essa realidade e a insatisfação dos trabalhadores.

Um outro aspecto discutido, no que diz respeito à organização do trabalho é as relações que se estabelecem com a equipe multidisciplinar. O conjunto dos trabalhadores afirma que essas são baseadas em relações de poder, na dominação de um grupo sobre o outro, estando o médico no topo desta pirâmide. Isso muitas vezes dificulta a construção de relações mais adequadas entre as categorias, gera constrangimento entre os grupos de trabalhadores e dificulta a implementação de ações que resultem em melhor assistência ao sujeito hospitalizado.

“Nós trabalhamos na triagem 24 horas ao lado do médico, do acadêmico. E falta muito para crescer. Não se discute um atendimento que é realizado. Discute-se apenas quando discorda” (Rafaela - E).

“(...) A gente não está no mesmo patamar que eles. (...) A triagem é muito pequena. Só tem dois consultórios. O médico quer atender. Às vezes tu estás fazendo um atendimento de enfermagem e tens que sair da sala e não tem outro lugar pra ir”

(Rafaela – E).

“Nós tivemos um paciente, semana passada, que foi a óbito. Estava há cinco dias agonizando. Mas era um investimento (médico), que todos sabíamos que não ia dar em nada. A família cheia de esperança pelo investimento. Não foi dado nem direito a uma morte digna. Acabou morrendo num sofrimento terrível. Um prolongamento desnecessário. Mas isso depende da medicina. E eles têm mais dificuldade de lidar com isso que a enfermagem” (Tânia – AE).

Essas posições confirmam o que afirma Pires (1999) a respeito da organização do trabalho nas instituições de saúde, das dificuldades encontradas, dos limites de autonomia dos profissionais e do poder médico, que nas mais diversas circunstâncias tem o poder para definir o que será feito para o sujeito hospitalizado, interferindo e até determinando o trabalho que será realizado pelos demais profissionais.

A respeito da questão da distribuição do poder, entre os diversos segmentos que atuam na instituição hospitalar pública no Brasil, Cecílio (1997, 1999) é um autor que tem contribuído para a discussão. O autor diz que a forma como esses poderes estão colocados dificulta o gerenciamento dos hospitais e impede as mudanças necessárias no setor. Entende que a condição para se enfrentar a situação de forma positiva depende do reconhecimento das diferenças, do entendimento das articulações e do jogo de interesses que estes trabalhadores estabelecem. Compreende o autor, que a instituição hospitalar convive com ambivalências do tipo: trabalhadores do campo atingem alto grau de especialização e autonomia, mas o setor necessita de coordenação do trabalho coletivo.

As instituições hospitalares tradicionalmente possuem estruturas organizacionais e organogramas característicos das propostas mais clássicas da administração, com trabalhadores ligados a uma única linha de mando, divisão parcelar do trabalho e especialização vertical e horizontal simultânea, departamentalização, pirâmide hierárquica definida por papéis de autoridade e responsabilidade, centralização do poder, pouca ou nenhuma integração entre as diversas áreas, entre outros.

A estrutura atual do Hospital Universitário/UFSC guarda muito desta organização, e é nela que se estabelecem as relações. Possui um organograma verticalizado, e a partir da direção geral da instituição estão organizadas as diversas categorias, através de diretorias, divisões, serviço, seções e núcleos. Estes funcionam sem qualquer ligação formal entre as diretorias setoriais, que congregam grupos profissionais, como é o caso da diretoria de medicina e enfermagem, ou diferentes grupos, como é o caso da diretoria de apoio assistencial, na qual estão localizados nutricionistas, assistentes sociais, psicólogos, bioquímicos, farmacêuticos, só para mencionar alguns profissionais de nível superior.

Esta é a lógica predominante de estruturação dos serviços de saúde, especialmente, os serviços hospitalares - uma lógica que mantém a dominação de um grupo de profissionais sobre outro, estabelece relações de maior ou menor prestígio de uma categoria em relação às demais, e leva a um desgaste das relações entre as categorias, e, por que não dizer, das relações com os próprios usuários.

Os trabalhadores questionam os efeitos deste jogo e as conseqüências do mesmo na construção de relações melhores no meio hospitalar, bem como no resultado dos serviços prestados ao sujeito hospitalizado. Esses questionamentos, no entanto, vêm permeados de dúvidas, de anseios, de incertezas, medos de perder o espaço conquistado neste modelo.

Pires (1998, p. 86-87) é uma autora que contribui para essa reflexão. Segundo a autora,

a lógica da organização capitalista do trabalho penetra na organização da assistência de saúde, o que se verifica mais claramente no espaço institucional. A assistência de saúde resulta do trabalho coletivo, parcelado em diversas atividades e exercido por profissionais de saúde e outros profissionais ou trabalhadores treinados para atividades específicas.

Internamente em alguns grupos de profissionais, as atividades são ainda fragmentadas e distribuídas segundo a lógica taylorista.

Na enfermagem, o enfermeiro, profissional de nível superior, controla o desenvolvimento do trabalho e delega atividades ao pessoal de NM. Na fisioterapia, o médico fisiatra “pode intervir em todas as atividades de fisioterapia”. A nutricionista coordena e delega atividade aos cozinheiros, copeiros e outros, o farmacêutico ao pessoal técnico e assim por diante (PIRES, 1998, p.87).

A mesma autora mostra que embora o trabalho em saúde seja organizado sob a influência da gerência taylorista, a “expropriação do saber e do controle do processo de trabalho se dão de forma parcial. Médicos interferem no trabalho dos demais profissionais de saúde, tornando-os dependentes, em maior ou menor grau, das decisões médicas e detêm o controle do processo assistencial em si”. Parte do trabalho assistencial em enfermagem, por exemplo, está subordinado à decisão médica, bioquímicos na realização de exames dependem da solicitação médica, nutricionistas na elaboração das dietas dependem de prescrição médica. Por outro lado, no entanto, cada um desses profissionais mantém um espaço maior ou menor de autonomia, de acordo com suas conquistas, com as lutas travadas no interior das instituições e da sociedade (PIRES, 1998, p.87).

Para Pires (1998, p. 95), o trabalho em saúde convive com a lógica do trabalho profissional e do trabalho coletivo. As duas lógicas precisam ser resgatadas para compreender a organização e as relações de trabalho na instituição de saúde. A enfermagem, no espaço institucional, “desenvolve-se com alguma autonomia, mas sofre os constrangimentos impostos pelas regras de funcionamento das instituições e legislação geral relativa à saúde e ao exercício das profissões do campo da saúde”. Os demais profissionais também desenvolvem o seu trabalho sob os mesmos constrangimentos. Assim, a análise da realidade atual do trabalho em saúde institucional, precisa considerar a lógica da organização capitalista do trabalho e conseqüentemente a forma de divisão do trabalho que afasta o trabalhador dos sentidos do trabalho, desestimulando um trabalho responsável e criativo. Ainda é necessário refletir sobre as características do trabalho do tipo artesanal que se aproxima do trabalho profissional, seus benefícios e a necessidade de múltiplos conhecimentos para a explicação dos complexos problemas atuais.

No que diz respeito às relações com o Sujeito Hospitalizado e familiar, a reflexão foi feita com base nas opiniões desses e dos sujeitos trabalhadores, apresentadas no momento inicial da oficina, o que levou o grupo a uma reflexão sobre as dificuldades apontadas. Das falas dos sujeitos hospitalizados, o grupo reconheceu, sem deixar de considerar as relações do SH com os demais profissionais, que as queixas estão relacionadas, principalmente, à enfermagem, que é quem permanece mais tempo com o SH/familiar durante a internação.

“Uma enfermeira, numa noite que eu estava com bastante dor. Ela ficou questionando as medicações. Enrolando para fazer uma medicação mais forte. Eu sou auxiliar de enfermagem. Sei como é isso. Eu estava mal mesmo. E ter que implorar uma medicação” (Lívia – SH).

“Algumas atuam mais em conjunto outras já atuam de forma diferente. Sempre muda. Porque uma pessoa sempre é diferente da outra. Mais é tudo bem “feitinho”, bem conversado” (Gregório SH).

“Eles são muito legais. Conversam, dão atenção. Eu acho que é bom para eles também porque eles querem aprender, se interessam e isto é bom para a gente. (...) Como diz a minha família não existe hospital ruim. Existe é o plantão. São as pessoas. Tem pessoas que também têm problemas, não sabem se controlar” (Cândida – SH).

“Cheguei na emergência. Fui muito bem atendida. O médico cirurgião atendeu super bem, a enfermagem também. A única coisa foi uma pessoa do RX, extremamente grosseiro, pois não demonstra nenhuma preocupação com a dor de quem está ali. Ficava gritando comigo, que eu fizesse isso ou aquilo, sem perceber que com a dor que eu estava não era possível” (Júlia – SH).

Discutiram também as limitações que enfrentam na relação com os sujeitos hospitalizados e familiares. Dizem que essas limitações precisam ser reconhecidas, pois trata-se de uma relação entre sujeitos que nem sempre conseguem estabelecer uma condição de empatia com aqueles a quem têm de prestar os cuidados. Neste sentido, propõem que entre os próprios trabalhadores fosse possível realizar permuta na prestação de cuidados.

“Em relação ao paciente, a gente se dá conta que estabelece com eles um vínculo afetivo. Isto pode ser propício ou difícil de trabalhar no dia-a-dia. Como quando eu não tenho simpatia pela pessoa que eu vou cuidar. É preciso também se dar conta de que no processo de trabalho, eu também tenho dificuldades. Quem sabe uma outra pessoa possa cuidar. Podemos fazer permutas, pois precisamos estar conscientes de que a gente também tem dificuldades” (subgrupo I).

Abordam ainda a questão da relação com o acompanhante hoje inserido no ambiente hospitalar e reafirmam a importância da permanência dos mesmos para o sujeito hospitalizado. Essa permanência contribui para a sua recuperação e para o acompanhamento pós-alta. Essa condição é reforçada também pela fala dos SH.

“Tenho ficado (com acompanhante). Eu sinto muita dor. É me alcança isso, preciso levantar. (...) Estou aqui com minha mãe e uma amiga que é médica” (Lívia – SH).

“Tenho (acompanhante). Sempre. Eu não fico sozinha nunca. Não tenho dificuldade nenhuma. A família entra. Tem um papelzinho para entrar” (Luísa – SH).

“(...) O preparo da alta começa no dia da internação. A partir do momento que o paciente é internado com um quadro clínico, a família já deve estar acompanhando. Percebendo os cuidados que estão sendo executados. Acompanhando a evolução. No dia da alta teríamos certeza que aquele familiar conseguiria fazer a mesma coisa para ele em casa” (Débora –E).

Reconhecem, no entanto, as dificuldades que a questão do acompanhante coloca, às quais não se sentem preparados para enfrentar.

“Os acompanhantes foram inseridos no tratamento. Uma vantagem para nós porque tem alguém para acompanhar, para diminuir todo o estresse psicológico. Mas é uma pessoa a mais que a gente tem na assistência. É uma pessoa que está cobrando. É uma pessoa que está questionando. Sem condições adequadas, mas que acha que está no seu direito” (Débora – E).

Consideram os limites que a estrutura hospitalar coloca para a permanência dos acompanhantes, pois não existe espaço adequado para os mesmos, no que diz respeito a repouso, higiene e outros, o que, muitas vezes somado às demais questões, contribui para o conflito entre trabalhadores, sujeito hospitalizado e familiar.

“Às vezes fica um pouco lotado por causa dos acompanhantes. (...) principalmente à noite que todos querem descansar um pouco (...) não tem como circular. Os quartos ficam cheios (Tânia – AE)”.

“Ele (o sujeito hospitalizado) é mais consciente, mais participativo. (...) Nós estávamos acostumados a lidar com pacientes que a gente fazia e eles não abriam a boca. Não é mais assim. A gente está aprendendo a lidar com cliente que tem mais instrução, mais conhecimento. Ele reivindica mais. A gente tem o acompanhante...”

(Sarah –E).

Entenderam que para melhorar as relações com o SH e familiar e conseguir maior satisfação, é necessária a participação dos mesmos no planejamento da assistência, que deverão receber. Neste sentido, consideram importante a discussão com os demais profissionais envolvidos na assistência, na perspectiva de construir uma assistência mais integrada.

“(...) tu pensaste nele (SH), sobre a alimentação. (...) viste ele dentro de sua cultura, junto com seus familiares e agora inserido no hospital. (...) Quando pensaste o item Necessidades Humanas Básicas (alimentação, por exemplo) a família estivesse junto, a enfermagem estivesse junto, o paciente se colocando, o médico, a nutricionista. Olha que outra visão a gente teria do item alimentação! E o que a gente faz? Comeu bem, comeu mal, comeu pouco, e isso é o que é avaliado” (Gói - TE).

Em relação à enfermagem, propõem a revisão do modelo assistencial atual, questão que será abordada posteriormente. Relatam a participação de todos os trabalhadores e do SH e familiar no planejamento, execução e avaliação dos cuidados de enfermagem, como forma de melhorar estas relações.

Todos os sujeitos hospitalizados manifestaram alguma insatisfação com as relações que foram estabelecidas com os profissionais no meio hospitalar. Esse fato foi objeto de

reflexão dos trabalhadores. Os sujeitos hospitalizados apontam também aspectos positivos desta relação, mas o que marca definitivamente estes sujeitos são as relações inadequadas, os anseios não atendidos, o desrespeito às suas necessidades, o não reconhecimento de seu potencial para cuidar-se, ou seja, a negação do direito que têm de dizer o que é melhor para si em algumas situações.

“Eu pedi para esvaziar a comadre, porque estava encostando a urina na bunda. Ela falou que não ia tirar nada, pois alguém teria que medir a urina. Eu nem sabia que se fazia isso de medir urina” (Júlia - SH).

“Um médico com quem eu me desentendi feio, hoje pela manhã. É uma pessoa grosseira, nunca vi assim. Como pode uma pessoa de NS atender alguém que está indefeso daquela forma? Para mim ele tem aquela síndrome do poder. E o pior que nem sei como ficou assim, pois parece uma pessoa que veio de uma origem humilde e agora pensa que pode pisar nos outros” (Júlia - SH).

A respeito das relações com o SH e familiar, muitas são as teorizações acerca da situação, na perspectiva de colocar esses como sujeitos no seu processo de saúde/doença, mas a prática nos tem mostrado quão imensas são as dificuldades neste sentido. Capella (1998) lembra que o trabalho em saúde envolve uma relação entre sujeitos. Sujeitos que se colocam de forma diferente no mundo.

Profissionais de saúde são seres humanos com uma formação específica que envolve códigos, valores. Em sua formação desenvolvem uma forma de ver o mundo, de entender a saúde e a doença, que se coloca muitas vezes de forma diferenciada da visão do sujeito hospitalizado ou usuário dos serviços de saúde. Estes últimos possuem também suas crenças, seus valores e formas de cuidar-se, que podem aproximar-se ou distanciar-se da visão dos profissionais.

O encontro destes sujeitos no ambiente hospitalar, se dá em função da pessoa que necessita de algum tipo de intervenção profissional de saúde. Apesar desta necessidade, o sujeito que busca os serviços de saúde é possuidor de um conhecimento próprio, de crenças e valores que precisam ser consideradas pelos profissionais de saúde em prol de um melhor atendimento às necessidades do sujeito hospitalizado.

Neste sentido, ao falar sobre o cuidado, Leininger (apud MONTICELI 1997, p.69) salienta que “existem dois sistemas de cuidado: o popular e o profissional”. Estes sistemas

têm seus valores e práticas próprias e pode ocorrer discordâncias entre eles, em algumas sociedades. Afirma ainda que “culturas diferentes percebem, conhecem e praticam cuidados de diferentes maneiras, ainda que alguns elementos comuns existem, em relação ao cuidado, em todas as culturas do mundo”.

Por fim, a respeito das relações com o sujeito hospitalizado e seu acompanhante, é necessário pensar em uma política institucional explícita acerca dos direitos dos mesmos e do compromisso dos profissionais que nela atuam, evitando-se posturas individuais dos profissionais, que, dependendo de sua vontade, de seu interesse ou compromisso, definem regras e formas de agir.

6.2. As Condições de Trabalho como Elementos que facilitam ou dificultam o Processo de Trabalho

Na discussão sobre as condições de trabalho, apresentarei a percepção dos trabalhadores, referente aos seguintes aspectos: recursos humanos, recursos materiais, equipamentos, ambiente, salários, jornada de trabalho.

De modo geral, as condições de trabalho na instituição são consideradas ruins pela maioria dos trabalhadores. As constantes faltas de materiais e medicamentos; o sucateamento dos equipamentos; a defasagem tecnológica; a ausência de reajuste salarial nos últimos anos; as diferenças de jornada de trabalho entre as categorias na instituição; a atuação dos serviços de apoio, todos estes aspectos constituem-se em fonte crescente de insatisfação entre os trabalhadores.

“(…) os encanamentos que passam pelo teto de vez em quando desabam. Quase cai em cima dos pacientes, aquela água. É bem complicado (…) não temos um chuveiro dentro da unidade para tomar um banho. (…) a manutenção dos equipamentos é precária. (…) com relação ao material, até por conta da crise econômica, não é mais como no início. Havia muito mais material, dificilmente faltavam as coisas. Agora falta com muito mais frequência, e a qualidade do material também não é mais a mesma. Nós, que trabalhamos aqui desde o começo, sabemos que não tem mais a mesma qualidade” (Tânia - AE).

“No nosso setor, fizemos planejamento das coisas que devem ser mudadas. (...) as mudanças das torneiras. Não se dá a importância merecida para isso. Tomamos banho cada vez que vai se dar banho no paciente. Tu tens que passar por baixo da água para ligar e desligar o chuveiro. E a falta de medicamento, de material pra trabalhar diretamente com o paciente. A gente vê que o paciente não progride. Nós ficamos mais de vinte dias sem pomada, nenhum tipo de pomada. Nada. Aí a gente faz uns curativos que grudam, que colam, porque a pomada não deixa colar” (Natália - TE).

“A planta física tem muitos problemas. Quando chove muito, a água se infiltra por ali e fica tudo alagado. Tem dias que este corredor aí vira um rio. (...) Esses tetos encharcados já caíram sobre pacientes. (...) Muitos vazamentos de torneira. (...) Uma coisa muito séria. A gente não tem um lugar para descansar” (Sarah - E).

Os trabalhadores percebem que essa situação não diz respeito apenas ao Hospital Universitário. Os demais hospitais públicos não se encontram em situação muito diferente. Também a Universidade passa por dificuldades.

Na avaliação mais global sobre as **condições de trabalho**, como elementos que facilitam ou dificultam o processo de trabalho, concluíram que, na enfermagem, a situação gera entre os trabalhadores desgaste físico e emocional, uma vez que os mesmos atuam constantemente “dando jeitinhos”. Consideram que a realização do trabalho nestas condições inclusive o desqualifica.

Neste sentido, apesar de reconhecerem que em muitas destas situações as soluções estão fora da área de atuação da enfermagem, consideram importante o debate para buscar encaminhamentos e construção de alternativas que levem a uma melhoria das condições de trabalho.

“Os nossos equipamentos estão sucateados. Os funcionários estão improvisando o tempo todo. E realmente é super complicado, porque eles estão ficando com problemas de saúde. Eles não têm uma cadeira de rodas decente para levar um paciente para exame. Eles não têm uma maca decente. As camas tão todas travando, porque estão enferrujadas. Neste aspecto a gente tá muito ruim. (...) realmente os funcionários trabalham com estes equipamentos porque têm amor a camisa”

(Fernanda - E).

“Tem que improvisar senão não anda. Por exemplo, ontem ainda precisei de uma maca. Não tinha. Tinha só uma bagulhada. Não dava para fazer uma maca. Então eu tive que sair daqui para ir a outra unidade para botar o paciente. É bem difícil”

(Cláudio - TE).

Quanto às questões estruturais da instituição, penso que as dificuldades enfrentadas dizem respeito às transformações mais gerais que vêm ocorrendo no processo de vida e trabalho, decorrentes do processo de globalização sob a égide da doutrina neoliberal; implicando no papel suplementar a ser desenvolvido pelo Estado e pelos serviços públicos. Ou seja, a crise do Hospital Universitário estudado também afeta os demais hospitais, e é parte da crise das instituições de ensino e do serviço público em geral, no que diz respeito ao financiamento, definição de gastos e futuro dos mesmos.

Na questão de gerenciamento dos serviços e dos trabalhadores, que atuam na organização hospitalar, e os reflexos deste gerenciamento na determinação das condições de trabalho do conjunto dos trabalhadores, Campos (1994) e Cecílio (1997, 1999) são autores que levantam algumas questões polêmicas que dizem respeito ao gerenciamento do setor saúde e dos hospitais públicos, respectivamente, e que influenciam no desempenho das diversas categorias que atuam na área, bem como no resultado das ações de saúde.

Campos (1994) entende que os serviços de saúde não têm se preocupado suficientemente em buscar um modelo próprio de gestão dos serviços, seja para o sistema como um todo ou seja para as unidades assistenciais. Existe o que o autor chama de “primitivismo de gestão”, que se manifesta pela ausência de planejamento, falta de mecanismo de controle da produção e da qualidade dos serviços produzidos, situação em que gastos e receitas são imprevisíveis, todos cuidam ao mesmo tempo dos recursos humanos e materiais. O não desenvolvimento de teorias de gestão específicas para a área da saúde, a adoção de princípios da administração científica/clássica reproduz um modelo de gestão incapaz de atender às necessidades do setor.

Esse modelo estimula a disputa entre os diversos grupos de trabalhadores que atuam na organização hospitalar, bem como provoca uma forte desresponsabilização destes grupos com o resultado final do trabalho em saúde.

Cecílio (1997) afirma que os organogramas atuais das organizações hospitalares estimulam o conflito. Acredita que estes dificultam a construção de soluções para as questões centrais do funcionamento do serviço. A direção das instituições públicas de saúde não dirige

verdadeiramente. Elas são reféns das áreas operacionais que têm grande autonomia na elaboração de escalas, férias, folgas, adoção de esquemas terapêuticos e outros.

Os diferentes grupos, que atuam na instituição hospitalar, detêm uma parcela de poder, e é sobre ele que temos que pensar soluções para os conflitos existentes. Segundo o autor, os médicos detêm muito poder na estrutura hospitalar e submetem-se pouco ao gerenciamento. A enfermagem detém uma parcela significativa de poder, em consequência de seu peso numérico, do papel que desempenha, de organização do espaço hospitalar e os demais grupos têm lógica diferenciada de organização. Mesmo os grupos pouco significativos têm suas estratégias de resistência às regras colocadas pela estrutura hospitalar e pelas exigências das demais categorias.

Para Cecílio (1997, p. 38) “nos modelos tradicionais de direção, há um verdadeiro muro separando os profissionais das áreas assistenciais dos das áreas de apoio”. Os primeiros têm queixas quanto ao serviço de apoio pela ineficiência na prestação de serviços ou atendimento de solicitações. A área de apoio queixa-se do descompromisso, da desobediência às rotinas, desperdícios e desleixo dos assistenciais.

Nesta realidade, quem gerencia os espaços assistenciais são as enfermeiras. É a enfermagem que faz, na maioria das vezes, a intermediação entre os grupos de profissionais, entre as necessidades dos usuários e esses serviços. Em função do trabalho que desempenha a enfermagem tem esta característica de coordenação e controle das unidades assistenciais e da assistência. Esta condição estimula ainda mais o conflito, a disputa por espaços, ou quando convém, de abdicação de espaços, na tentativa de repassar os serviços não desejados para os outros.

Aponta o autor como possibilidade para melhorar qualidade dos serviços e da relação entre eles, que se trabalhe com a noção de cliente, enfatizando a missão de cada unidade, satisfação do cliente (áreas assistenciais ou outras áreas de apoio), avaliação constante e permanente destes serviços, bem como das atividades assistenciais.

Uma proposta apresentada pelos participantes deste estudo, foi de formação de órgãos colegiados como espaço para discussão conjunta entre as categorias de modo a realizar os ajustes em relação às necessidades das diversas áreas. Este colegiado proporcionaria um espaço mais aberto para colocação e discussão das necessidades que envolvem o ato assistencial, das possibilidades de cada grupo, das negociações possíveis e desejáveis, estabelecendo conjuntamente as prioridades.

Outro aspecto amplamente debatido foi a defasagem tecnológica da instituição, materiais permanentes, equipamentos. Neste sentido, apontam como necessidade que a

instituição busque alternativas mais efetivas para superar suas dificuldades. Entendem que esta é uma iniciativa que depende muito da Direção Geral e que algumas questões poderiam ser encaminhadas em conjunto com os demais hospitais universitários, ou seja, através de uma avaliação conjunta das dificuldades pelas quais todos passam. Ainda é apontada como possibilidade, a iniciativa do HU de buscar parcerias dentro da própria Universidade, com as engenharias e outros cursos, para que os mesmos contribuam na produção de tecnologia para a instituição. Essa sugestão é apontada também para outras dificuldades existentes.

“Eu trabalho num setor que tem três máquinas vencidas, tecnologicamente falando. Há momentos em que elas estão tão ruins que a gente não sabe se o doente vai ganhar ou vai perder. E a gente divide com eles esta ansiedade, esta responsabilidade que já não é mais nem em nível individual, mas institucional” (Góí - TE).

“Alguns trabalhos já foram feitos em conjunto. Por exemplo, o serviço de arquitetura da universidade. Fizemos projetos junto com estudantes e professores” (Quica - E).

Em relação à área física e manutenção, diversas limitações são levantadas e dizem respeito à ausência de investimento de manutenção, atendimento das solicitações pelos serviços responsáveis, entre outros. Algumas situações que trazem insatisfação aos trabalhadores são problemas da própria planta física da instituição.

“A gente não tinha uma sala de lanche. Foi ajeitado, (...) conseguimos ajeitar um local para descanso. A gente tenta ajeitar o máximo possível. Tinha um banheiro deste quarto (de internação), que foi utilizado para banheiro dos funcionários, porque não tinha. Não foi previsto na planta. Falta bebedouro na triagem. Faltam coisas assim”

(Rafaela - E).

“O ambiente físico não há nada pior. Tanto no meu local de trabalho como nas unidades. Deixa a desejar tanto na conservação, espaço dos ambientes, ventilação, falta de salas de aula” (Quica - E).

Diante da constatação dos problemas atuais, foi considerada a necessidade de elaboração urgente de um plano de prioridades para reparos e conservação da mesma. Como alternativa de mobilização e viabilização disso, as pessoas propõem que se leve para os

diretores a proposta de um mutirão interno, quando se faria então os reparos possíveis e já se prepararia um plano para manutenção posterior.

“(...) a partir daí estar vendo quais são estes recursos e estar fazendo um mutirão para restaurar o que é possível. Porque há possibilidade, se a gente encarar isso como uma campanha de mutirão. Faz-se uma semana de trabalho, de algum modo, onde se crie o estímulo para isso. Restaura o que é possível e mantém este trabalho permanente de prevenção” (subgrupo II).

Em relação aos materiais de consumo e medicamentos, é consenso entre os participantes a situação difícil pela qual passamos. Apesar de reconhecerem que muitos dos problemas decorrem da falta de recursos financeiros, o grupo reafirmou a necessidade de voltar a trabalhar com estoques mínimos de segurança, como era no passado, como forma de garantir a qualidade da assistência e diminuir o desgaste dos trabalhadores. A discussão sobre a qualidade do material de consumo adquirido pela instituição, remeteu os participantes a repensarem a responsabilidade da enfermagem na avaliação correta destes materiais, possibilitando compras de maior qualidade pela Comissão Permanente de Materiais de Assistência (CPMA). Neste sentido, a própria CPMA já está estudando a implementação de um instrumento de caráter educativo para avaliação dos materiais em teste.

“Às vezes fico um pouco ansiosa quando falta medicação. Porque um Hospital Universitário, um hospital escola não ter tilenol para uma paciente da hemato que não pode tomar dipirona! Faltar um buscopan, faltar às vezes um tramal. Aí nós ficamos um pouco angustiados. Mas sabemos que a dificuldade é por questão de orçamento. Não que não virá mais. É só dar um tempinho e volta a ter” (Débora - E).

“Prever com o almoxarifado a questão do estoque de segurança. Para nós ia melhorar muito este busca ali, busca aqui” (subgrupo I).

“Há mais ou menos 8 (oito) anos, a gente não trabalha mais com estoque de segurança. O material é comprado para uso em trinta dias. E numa quantidade que..”

(Fernanda - E).

“E também já estava colocado o instrumento para avaliação do material com caráter educativo. Na verdade nós somos responsáveis pela má qualidade do material, porque a gente observa na unidade que muitas pessoas fazem uma análise do material, para se livrar daquele documento, porque a J.¹⁵ está indo lá buscar. Mas nem se antena da responsabilidade. Depois ficam lá se queixando, porque nós demos um aval positivo”

(subgrupo I).

“Para a enfermagem complica quando você precisa de um material e tem que estar correndo atrás. A medicação que tu não tens. Eu acho que seria ótimo se chegasse na unidade e tivesse tudo, tudo que você precisasse” (Amanda - TE).

Martins (2000), Leite e Ferreira (1996) já assinalam o forte sofrimento que a falta de material e medicamentos impõe ao pessoal de enfermagem. Embora a situação que se coloca seja bastante penosa para os profissionais de enfermagem, é preciso considerar que poucos são os mecanismos de enfrentamento destes trabalhadores. Observa-se a adoção de uma postura “saudosista”, de reviver os tempos em que material e medicamento eram abundantes, deixando de buscar soluções mais efetivas para a situação vivenciada hoje. Negligenciam-se inclusive os espaços possíveis de governabilidade, como, por exemplo, a possibilidade de intervir na qualidade do material que será adquirido, facilitando-lhes posteriormente as condições de realização do trabalho e propiciando ao sujeito hospitalizado uma assistência com mais qualidade.

Parece perverso que o trabalhador imponha a si mesmo mais sofrimento pela não utilização dos espaços possíveis de decisão. Entendo, porém, que muito dessa situação acontece em função da ausência de discussão pela cultura da pouca participação nos espaços de decisão, por falta de vivenciar o trabalho como expressão de criatividade, que pode ser transformado em fonte de prazer e alegria.

No que se refere à situação de recursos humanos, o grupo discutiu a necessidade de realização de um diagnóstico mais preciso da realidade, que passe por um estudo detalhado da complexidade dos casos atendidos no HU na atualidade, para revisão dos cálculos de pessoal, em cada unidade assistencial para garantir uma análise mais precisa da situação. Entendem que em alguns locais faltam funcionários, e em outros a formação dos mesmos não é

¹⁵ Os nomes citados no decorrer das oficinas serão apresentados apenas pelas iniciais para evitar a identificação das pessoas.

adequada à necessidade e ainda em outros é possível trabalhar com qualidade sem depender de reposição.

“Antes era só hérnia, colecistectomia, estas coisas mais simples. Agora nós temos pacientes mais graves, mais difíceis. Eu sinto que o HU antes nos dava mais suporte, Hoje falta material, pessoal” (Sarah – E).

As dificuldades também se referem à questão do elevado absenteísmo, por atestado médico para o qual propõem um estudo a ser realizado em conjunto com o serviço de assistência ao servidor, com avaliação de cada caso prevendo uma adequada intervenção na recuperação destes trabalhadores.

“(…) em primeiro lugar pensamos que deveria ter um programa de saúde do trabalhador bem efetivo. (...) que quando fôssemos fazer a consulta valorizasse as queixas, tratasse de encaminhar para o especialista, pedir exames. Porque sabemos que existe muito absenteísmo, porque o funcionário é doente mesmo” (subgrupo II).

Como positivo na questão dos recursos humanos, referem-se à permanência da profissional enfermeira nas 24 (vinte e quatro) horas, em praticamente todas as unidades, estabelecimento de número mínimo de trabalhadores por turno, mesmo que garantido através de hora-extra e outros que sobrecarregam os trabalhadores, pois existe também o lado positivo de poder aumentar o salário.

“Considerando a realidade do HU e a realidade nacional, nós estamos muito bem servidos em matéria de funcionários por paciente. É lógico que no dia-a-dia nós reclamamos, mas se considerarmos que raríssimos hospitais têm enfermeira de turno. E aqui tem (Débora - E)”.

Entendem que a enfermagem deve lutar pela manutenção das conquistas já realizadas, como a disponibilidade de enfermeiros nas 24 (vinte e quatro) horas e deve também ampliar a discussão sobre a reposição de pessoal, além de desenvolver o espírito de colaboração entre as pessoas e entre os serviços.

Em relação à jornada de trabalho e salários, consideram positiva a atual jornada variando de 30 (trinta) a 36 (trinta e seis) horas semanais, embora esta seja definida a cada mês, de acordo com as possibilidades dos serviços. A fixação da jornada em 30 (trinta) horas

é uma expectativa dos trabalhadores, que esperam, neste sentido, também uma definição dos dirigentes da instituição, uma vez que a situação não é a mesma para todos os trabalhadores. Existem situações diferenciadas na instituição, sendo que a maioria dos trabalhadores já conseguiu fixar sua jornada em 30 (trinta) horas semanais.

“Estamos sempre convivendo com a situação de falta de pessoal para a jornada de trabalho proposta pela enfermagem. Para minimizar o mecanismo, é a hora-extra o que resulta em mais trabalho” (Quica – E).

Outras constatações sobre a jornada de trabalho, é que a mesma propiciou que os trabalhadores procurassem outro vínculo empregatício, e isto é considerado positivo no sentido de aumentar a renda familiar, mas tem como negativo o fato de o trabalhador estar hoje trabalhando 60 horas semanais e exposto a estresse.

“(…) se a gente deixar que a questão salarial predomine na satisfação profissional, estamos fugindo do nosso objetivo de atender ao ser humano. Eu acho que se acreditamos que nascemos para ser enfermeira, nascemos para assistir alguém, isso não tem preço. Mas as pessoas estão trabalhando em 2 (dois) ou 3 (três) empregos. O trabalho não tem preço mas a nossa sobrevivência tem. Tá ruim, tá péssimo. (...) de um lado as 30 (trinta) horas, oportunizou às pessoas pegarem outro emprego. Daí elas ficam mais sobrecarregadas. Trabalhavam 40 (quarenta) horas antes, agora elas trabalham 60 (sessenta) horas. Mas é uma alternativa que a enfermagem ainda tem. Porque os trabalhadores de 44 (quarenta e quatro) horas, eles não têm esta oportunidade. Eles ficam fazendo bico, mas salário mesmo, aquele do contracheque todo mês, é só um” (Débora - E).

“(…) se eu olhar no geral tá bem complicado, a situação salarial. Tá bem difícil mesmo. Tanto que tem pessoas que têm dois ou três empregos (Tânia - AE)”.

“Em relação às condições salariais, penso que o governo federal é uma grande mentira. Diz que não existe inflação, mas se percebe o aumento das coisas. Estamos há 6 anos sem reajuste. Isto se configura em desvalorização do Serviço Público. Apesar de tudo isto, tenta-se manter o hospital funcionando, busca-se uma assistência de qualidade e a exigência pessoal torna-se maior diante da situação global” (Quica - E).

A questão dos recursos humanos nos Hospitais Universitários é provavelmente o maior complicador da gestão dos HUs. Sem reposição de pessoal desde a metade da década de 90, com várias categorias extintas do quadro, os HUs têm gasto parte de sua arrecadação via Sistema Único de Saúde (SUS) para custeio e manutenção no pagamento de pessoal. A difícil situação dos Hospitais Universitários hoje, não pode deixar de ser atrelada ao baixo investimento governamental nos serviços públicos na última década. No que diz respeito aos hospitais universitários, os Diretores da Associação Brasileira dos Hospitais Universitários (ABRAHUE), reunidos no Rio Grande do Norte, em agosto de 2001, lançaram a “Carta de Natal”, no qual explicitam a situação que ameaça os HUs, colocando-os “à beira da incapacidade de cumprir sua missão de ensino, pesquisa e assistência”, pela falta de investimento e especialmente pela não reposição de pessoal (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS, 2001 p. 1-2).

Neste documento os diretores assumem: “(...) este é o problema mais grave, há anos não se realizam concursos públicos para reposição de funcionários públicos técnicos e administrativos (...), o que obriga a todos suprir aposentadorias, demissões, necessidade de pessoal decorrente de novas tecnologias essenciais à população, bem como contratar funções de apoio terceirizadas, cujos cargos foram extintos da carreira pública. Utilizam para isso uma parte preciosa dos recursos do SUS, em percentual que atingiu quase 40% dos valores totais, em média, para os 45 Hospitais Universitários do Ministério da Educação e Cultura (MEC) no segundo semestre de 2000”. Esses valores não são compensados pelos atuais reajustes das tabelas de procedimentos do SUS. Os valores utilizados para o custeio dos hospitais, segundo a Carta de Natal, acabam por comprometer o funcionamento dos hospitais, pois se gasta com pessoal verba que deveria ser utilizada para compra de medicamentos, material de consumo, manutenção e outros. Ainda neste mesmo documento, os diretores levantam a problemática da média de idade dos servidores que atuam nos hospitais universitários que se encontra acima da média das instituições congêneres. Em relação ao pessoal de enfermagem, afirmam que aproximadamente 30% dos trabalhadores desta área “trabalham com limitações físicas e restrições medicamente determinadas”. No que se refere a salários, reafirmam a insatisfação dos trabalhadores dos Hospitais Universitários, há vários anos sem reajuste salarial.

Essas dificuldades estão somadas à ausência de gerenciamento da jornada de trabalho na instituição, que desde muito tempo, em diversas áreas, foge ao controle dos dirigentes. Existe a resistência dos diversos grupos para abrir mão de suas conquistas, ou muitas vezes de certos privilégios, criados nos últimos anos. Soma-se a isso a insatisfação dos trabalhadores com os atuais salários, a existência de outro vínculo empregatício, por vezes mais vantajoso, o

que implicaria, em caso de uma cobrança maior dos dirigentes, em pedidos de demissão sem garantia de reposição, complicando ainda mais a questão dos recursos humanos.

A enfermagem, pela característica de seu trabalho, é que tem mais dificuldade de adequar sua jornada às necessidades assistenciais e com isso aumentam as insatisfações, pois a jornada de 30 (trinta) horas foi uma conquista que dificilmente a enfermagem pode usufruir. Essa luta local e nacional foi encampada, inicialmente pela enfermagem, através de suas entidades representativas e, posteriormente, foi uma luta dos serviços públicos. No entanto, as demais categorias têm mais facilidade de beneficiar-se desta conquista que a enfermagem.

Na discussão sobre a redução de jornada de trabalho, é preciso considerar os efeitos desta diminuição sem uma adequada recomposição salarial, conforme acontece com os servidores públicos federais nos últimos seis anos sem reajuste salarial.

A redução de jornada foi uma conquista da categoria, com vistas a propiciar ao trabalhador melhor qualidade de vida e melhorar a assistência prestada ao sujeito hospitalizado. Esta conquista é fruto também de toda uma luta que a categoria empreendeu nas últimas décadas de defesa do trabalho diferenciado da enfermagem, sujeito a constantes situações de estresse, convívio com dor e a morte.

Na luta pela sobrevivência, no entanto, esses mesmos trabalhadores, esqueceram suas motivações para a redução da jornada, impondo a si agora muito mais exploração, muito mais tempo de trabalho. Salarialmente vivem situação semelhante ou por vezes pior que a anterior, quando trabalhavam 40 (quarenta) horas semanais. No entanto, hoje, estão mais esgotados física e mentalmente.

Uma outra questão que se coloca também, a respeito do crescente aumento do duplo vínculo empregatício, é que aparentemente os trabalhadores abandonaram as lutas em prol de soluções coletivas, pela luta individual que os sobrecarrega diariamente, deixando-os sem forças para qualquer atividade reivindicativa. Ainda se considerarmos que mais ou menos 90% da categoria é formada de mulheres, que se ocupam também da maior parte das tarefas domésticas e do cuidado com os filhos, que tempo lhes sobra para tal?

Por último, carece de uma reflexão maior na categoria o efeito destas jornadas extensas na assistência prestada ao sujeito hospitalizado, as negligências que acontecem por conta do excesso de horas trabalhadas.

Ainda no que se refere às condições de trabalho, os participantes entendem os problemas e dificuldades que a instituição enfrenta, sem a necessária contrapartida dos órgãos financiadores. Discutem a necessidade de um diagnóstico da situação atual, no que diz respeito a recursos humanos, materiais e estrutura física. Com este diagnóstico, faz-se

necessário pensar no redimensionamento dos serviços que o HU pode estar oferecendo à comunidade. Esta proposta deve ser discutida com toda a comunidade interna, inclusive com a participação de representantes de usuários, através das associações organizadas: ostomizados, diabéticos e outras.

“E aí prevendo essa assistência com qualidade a gente pensar: quais são os recursos financeiros que temos, quais os tecnológicos e de pessoal. Para a gente estar redimensionando a atuação do HU. Pensando nesta responsabilidade social que a gente tem a partir das condições atuais. Porque a gente sabe que destas condições muito pouco pode se mexer” (subgrupo II).

Segundo Capella (1998, p. 66)

enquanto, na maioria dos trabalhos exercidos, ocorre o encontro de um 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, vindas de diversas fontes e estímulos.

Os sujeitos envolvidos neste processo – o sujeito hospitalizado e o sujeito trabalhador são parceiros sociais, cada um possui competências que embora diferentes se complementam. É a partir das capacidades e recursos de cada um, intermediados pelo que a instituição pode oferecer, que se realiza esse processo.

Pensar em qualidade da assistência, pensar no sujeito hospitalizado requer uma revisão e reflexão acerca da qualificação dos profissionais, da qualidade e a disponibilidade dos materiais e equipamentos, do compromisso pessoal e profissional dos envolvidos, e também das condições em que esse trabalho se desenvolve.

Embora a imprevisibilidade seja uma condição característica do setor de serviços, e uma das características da prestação da assistência em saúde, especialmente no que diz respeito a custos, gastos, quantidade de pessoal e outros, entendo que as instituições e seus dirigentes têm a responsabilidade de com o poder público definir condições e limites mínimos para este atendimento, de forma que os trabalhadores e usuários não estejam tão expostos aos problemas que advêm da falta de recursos e planejamento.

6.3 Gerenciamento e Divisão do Trabalho

No que se refere à questão do *gerenciamento* os grupos discutiram, inicialmente, a percepção de que no gerenciamento mais global do trabalho acontece, hoje, uma tentativa por

parte das chefias de enfermagem da instituição estudada de realizar um trabalho mais integrado, nos moldes propostos pelo programa Vivendo e Trabalhando Melhor (VTM). Este gerenciamento está centrado não apenas na finalidade do trabalho, ou seja, a qualidade da assistência a ser prestada ao sujeito hospitalizado (SH), mas também no exercício de um trabalho satisfatório para o trabalhador de enfermagem. O grupo reconheceu isto como positivo e entendeu que deve ser ampliado. Colocaram como limitação na realidade atual, a falta de planejamento nas unidades, e apontaram para a necessidade de um planejamento participativo.

“Manutenção e ampliação do modelo de gerenciamento construído no programa Vivendo e Trabalhando Melhor” (subgrupo II).

“Engraçado que nós, Nível Médio, levantamos na discussão e os enfermeiros assistenciais levantaram também. De que tanto os enfermeiros assistenciais como os profissionais de Nível Médio se sentem meio à parte, neste processo de planejamento”
(Gói - TE).

“É como elas realmente colocaram. Não dá mais para fazer aquele planejamento sentando três, quatro. Tem que ser realmente o grupo todo, tem que envolver todos”
(Sarah - E).

Em Marx (1985), o trabalho humano obedece a uma finalidade que é a necessidade que o gerou. O trabalho em saúde e enfermagem é definido em função da necessidade daquele que procura os serviços de saúde. Na instituição hospitalar essa necessidade é colocada pelo sujeito hospitalizado, no entanto, essa necessidade não se apresenta unilateralmente. O trabalho da enfermagem pode envolver a necessidade de um ou mais sujeitos. Na instituição hospitalar, envolve pelo menos as necessidades do sujeito hospitalizado, dos trabalhadores e da instituição. Embora reconhecendo as demais necessidades, as necessidades dos sujeitos hospitalizados devem ter precedência sobre as dos demais (CAPELLA, 1998, p. 106-107).

A estruturação histórica do trabalho de enfermagem no Hospital Universitário privilegiou a tarefa a ser realizada, o cumprimento das normas e rotinas colocadas no atendimento ao sujeito hospitalizado. As necessidades dos trabalhadores, neste contexto, foram negadas, tanto pela instituição como pelas chefias de enfermagem, preocupadas com o trabalho a realizar. Tais idéias são expressas pela noção: “os problemas dos funcionários

devem ficar do lado de fora do portão do hospital”, entre outros que atestam esta realidade. Essas idéias, herdadas das teorias clássicas da administração, vêm sendo superadas no movimento de democratização da estrutura hospitalar, nas lutas travadas pelos trabalhadores pelo reconhecimento de seus direitos e necessidades.

Neste sentido, os trabalhadores percebem que a superação deste modelo tornou-se mais evidente com o início da gestão 1996/2000, e, a partir da implementação do VTM, que inaugurou uma forma diferenciada de gerenciamento, que considera as necessidades dos usuários e também dos trabalhadores e trabalhadoras. Este, no entanto, não é um processo acabado, necessita de novas iniciativas como, por exemplo, o planejamento participativo e horizontalizado, em todas as unidades, e a continuidade do próprio Programa Vivendo e Trabalhando Melhor.

Os trabalhadores (as) apontaram a necessidade de um gerenciamento diferenciado, defendendo a participação e distribuição do poder na organização hospitalar. Reconhecem também que o trabalho coletivo precisa de coordenação. Neste sentido, defendem um gerenciamento mais qualificado, exercido por pessoas mais bem preparadas, capacitadas para uma coordenação adequada das ações e o trabalho dos demais, de forma a imprimir qualidade às relações na equipe de enfermagem, entre a enfermagem e demais trabalhadores e com o sujeito hospitalizado.

“Foi discutido no grupo a questão da chefia de serviço. Que elas acham que também participam da assistência. Pareceu mais interessante para o grupo, que o enfermeiro gerencial ficasse mais ligado à questão do gerenciamento. Se aquele que é o chefe fizesse o papel gerencial realmente, aquelas funções pertinentes à chefia, a equipe toda ganharia com certeza, e o paciente também” (subgrupo II).

Uma das ações propostas pelo programa Vivendo e Trabalhando Melhor se refere ao treinamento e supervisão do papel gerencial, que foi desenvolvido com as chefias de enfermagem, com reflexos também nos treinamentos dos enfermeiros - coordenadores de equipe e foram de alguma forma sentidos pelo conjunto da categoria no dia-a-dia institucional. Este treinamento teve por objetivo trabalhar com o grupo de gerentes uma perspectiva gerencial que contemplasse as várias dimensões do papel gerencial: a integração do “jeito de ser” de cada um dos gerentes; as necessidades e exigências profissionais da enfermagem; as dinâmicas de trabalho das equipes e das unidades ajustadas às exigências do corpo gerencial de enfermagem - Diretoria de Enfermagem e do corpo gerencial do HU -

Direção Geral; de forma a alcançar a missão da instituição, considerando os requisitos e funções de um hospital escola público e gratuito (LEITE; FERREIRA, 1998).

Ao pensar a questão da distribuição das atividades e a divisão do trabalho de forma mais global na instituição, os participantes do estudo refletiram sobre a multi e interdisciplinaridade para prestação da assistência. Sobre este aspecto entendem que as iniciativas existentes são ainda pequenas e se limitam a algumas experiências multidisciplinares. Não existe trabalho conjunto entre as diversas profissões, excetuando algumas iniciativas bastante limitadas. Cada uma das profissões planeja separadamente as suas ações para o SH. A reflexão aponta que este modelo gera ações pouco efetivas na assistência ao SH, duplicidade de informações no prontuário refletindo a falta de um trabalho conjunto entre os profissionais.

“(...) no prontuário, o médico só mexe na folha do médico e a enfermagem só mexe na folha dela. Não existe uma troca de informações entre os dois. (...) É uma duplicidade de informações dentro deste prontuário” (Rafaela - E).

“Buscaria criar pontes entre os outros serviços” (Angélico - TE).

Foi discutida a necessidade de ações integradas de modo a construir alternativas de trabalhos interdisciplinares. Neste sentido, perceberam facilidades e dificuldades, maiores ou menores, dependendo das categorias envolvidas. As maiores dificuldades estão colocadas em relação à categoria médica. Apontaram, no entanto, que uma construção possível, neste momento, pode dar-se com os profissionais de nutrição, serviço social, farmácia, dentre outros.

“Com o serviço social, a nutrição, já conseguimos algumas coisas” (Mary - E).

“Estivemos pensando num modelo metodológico que contemple a questão do trabalho interdisciplinar” (subgrupo I).

As colocações dos trabalhadores, quanto à inexistência de um trabalho integrado na instituição, estão de acordo com as afirmações de Capella (1998) e Pires (2000) de que a coordenação dos atos assistenciais, realizados pelos profissionais nas instituições de

assistência à saúde, não existe ou são pouco efetivas. Não existe planejamento e avaliação conjunta dos serviços prestados, e não se discute a integração das atividades.

Leite e Ferreira (1997, p. 92) enfatizam que embora se constate esta situação “a dinâmica de complementaridade na equipe multiprofissional é uma solicitação cotidiana e objetiva do trabalho hospitalar, pois essa maior ou menor unidade de ações determina diretamente o resultado da qualidade da assistência prestada ao paciente”. Esta necessidade é também reafirmada pelos participantes do estudo, quando colocam a importância do planejamento conjunto das ações, que serão realizadas para o sujeito hospitalizado durante a internação.

Os trabalhadores de enfermagem percebem a insuficiência do conhecimento fragmentado no atendimento às necessidades de saúde dos sujeitos hospitalizados, entendem a mudança desta realidade como um processo em construção.

“Eu já vislumbro algumas mudanças, mas o que sai no papel, e aí é a construção histórica. A construção histórica deste sujeito internado ainda é muito segmentada”

(Góí - TE).

Morin (2000, p. 17) afirma que o conhecimento fragmentado “serve apenas para uso técnico”, não consegue “alimentar um pensamento capaz de considerar a condição humana”, para enfrentar os desafios do mundo atual.

Para o autor, “a disciplina é uma categoria organizadora dentro do conhecimento científico, ela institui a divisão e a especialização do trabalho e responde à diversidade das áreas que a ciência abrange”. Segue o autor dizendo que, mesmo em amplos contextos, tendem à autonomia pela delimitação das fronteiras, da linguagem em que se constitui, das técnicas que elabora e utiliza, e, às vezes, por teorias que lhes são próprias. “(...) São plenamente justificáveis, desde que preservem um campo de visão que reconheça e conceba a existência das ligações e das solidariedades” (MORIN, 2000, p. 105-114).

No que diz respeito aos estudos que envolvem o ser humano, o autor acredita que as disciplinas que dividem o ser humano em estudos biológicos, neurológicos, psicológicos, somente fazem sentido na medida em que são capazes de reunir outra vez estes múltiplos aspectos da realidade humana (MORIN, 2000).

O trabalho em saúde carrega essas condições mencionadas pelo autor. É realizado por grupos profissionais que detêm parte do saber em saúde, e pensam separadamente suas intervenções para o sujeito hospitalizado. Esta condição, no entanto, não responde às

necessidades da realidade atual e isto é sentido pelos participantes do estudo, que apontam para a construção de ações integradas entre os diversos profissionais como forma de superação das limitações.

Neste sentido, o projeto de construção de ações integradas, através de grupos de estudo por serviços, especialidades, fóruns conjuntos para discussão das questões assistenciais, colocados como projetos possíveis pelos trabalhadores, devendo envolver aqueles profissionais da equipe de saúde, que se colocam com a mesma disposição. Entendo que a perspectiva colocada pelos trabalhadores pode resultar na construção daquilo que Peduzzi (2001, p. 104) defende e chama de “projeto assistencial comum”, que sem ignorar o projeto assistencial hegemônico, dominante na instituição de saúde, torna-se modelo “sinalizador de integração de equipes”.

Essas equipes, conforme sinalizam os participantes, são equipes determinadas, não se referem ainda ao todo dos profissionais. São equipes que, a partir da realidade existente, consideram os limites e possibilidades existentes e dispõem-se a construir um projeto compatível com as necessidades dos usuários e trabalhadores envolvidos, acreditando sempre na possibilidade de integração futura de outros profissionais.

Pensando nas ações desenvolvidas pela enfermagem na instituição seja no que se refere ao planejamento e realização do cuidado prestado aos sujeitos hospitalizados o grupo discutiu o trabalho em saúde e enfermagem, os instrumentos de trabalho da enfermagem, o objeto de trabalho da enfermagem e as relações que a enfermagem estabelece com o mesmo, e o resultado final do trabalho de enfermagem.

No que diz respeito à divisão do trabalho os participantes do estudo discutiram especificamente: a divisão do trabalho para prestação de cuidados integrais e divisão do trabalho para prestação de cuidados por tarefas. Sobre estes aspectos o grupo não identifica que exista cuidado integral na realidade estudada por diversos fatores: o planejamento da assistência é realizado pelo enfermeiro sem a participação dos demais elementos da equipe de enfermagem, que executam as tarefas; o sujeito hospitalizado não participa do planejamento do cuidado que lhe é prestado; é priorizado o cumprimento das tarefas faltando interação com o SH.

“Até porque o integral pode ser funcional. A gente tá dizendo que é integral porque ele está cuidando de cinco pessoas e está fazendo o cuidado de cinco pessoas. Mas ele pode apenas cumprir as duas prescrições e com isto achar que está realizando o trabalho. Sem nenhuma interação mais profunda com aqueles pacientes” (Góí - TE).

“São 30 (trinta) pacientes. Se tiver quatro pessoas na escala, a gente divide entre estes quatro” (Cláudio - TE).

Em conjunto com outras problemáticas apontadas, foi discutida a questão do trabalho noturno, onde a divisão do trabalho para prestação do cuidado é feita por tarefas, em função do quantitativo de pessoal e existência de atendentes de enfermagem, que não realizam cuidados diretos com o SH.

“(…) e outra coisa: tem condições para que aquilo aconteça? Depende da qualificação do pessoal. A unidade que trabalha com dois técnicos e um atendente à noite não tem condições de fazer (...) A quantidade de pessoal também é importante para o cuidado integral” (Quica - E).

Mesmo apontando que para a prestação de cuidados integrais é indispensável contar com pessoal qualificado e em número suficiente, em todas as unidades e turnos, o grupo avançou na discussão sobre os aspectos positivos deste modelo, seja para o trabalhador, seja para o SH, reafirmando que o mesmo deve ser uma meta para a enfermagem do HU.

Neste sentido, apontaram a necessidade de manter os avanços já existentes, ou seja, a divisão para a prestação de cuidado integral, implantada no período diurno desde 1987, bem como a necessidade de ampliação deste modelo para o noturno.

Fruto também da discussão do grupo, foi a necessidade de reflexão na equipe de enfermagem do verdadeiro sentido do cuidado integral, que, no entendimento do grupo, deve contemplar a interação com o SH e familiar, na perspectiva de construção de um atendimento mais adequado às necessidades destes.

“Quando tu dizes que o trabalho é integral, tu tens que pensar no paciente como um todo. E não simplesmente fazer aquelas tarefas. Encerrou aquelas tarefas, tu encerraste o teu trabalho. É que, na realidade, a gente não faz cuidado integral”

(Fernanda - E).

“(…) tu és uma trabalhadora da saúde, que és responsável por determinado serviço (...) E a gente tem que pensar num ser humano integrado à natureza, integrado ao meio ambiente, integrado à sua família” (Gói - TE).

O modelo assistencial de enfermagem adotado, que é organizado a partir da separação entre concepção e execução do cuidado, é considerado uma limitação no desenvolvimento do trabalho. Neste modelo, o enfermeiro concebe a assistência e o NM executa. Não existe planejamento conjunto e também participação do S.H. e familiar.

Na percepção dos participantes, este modelo desresponsabiliza o profissional pelos dois lados, pois quem planejou considera seu papel cumprido e o outro não se sente responsável pelas ações previstas, pois apenas “cumpre” a prescrição. Apontaram, então, para a revisão deste modelo e colocaram a necessidade de se pensar em alternativas que contemplem a aproximação entre o “pensar” e o “fazer”.

“Está prescrito lá. O enfermeiro, o médico prescreveu. Cumpri o que estava prescrito. Se alguma coisa estava errada, o problema não é meu. Não fui eu que prescrevi”

(Natália - TE).

“A comunhão do saber da equipe de enfermagem” (Débora -E).

“Isso que o Angélico disse de que o NM segue uma rotina mais ou menos constante e que ela já está introjetada, mas se tenta, no entanto, recriar o dia a dia, intervenções diferentes para ajudar a compreender e refletir. Que a gente crie o hábito de fazer relatos de experiências. De escrever e divulgar sobre o cotidiano da gente. Para que isso não se perca. Porque é de uma riqueza incrível” (subgrupo II).

“Eu só posso me sentir responsável se participo” (Angélico - TE).

“Chegamos a uma conclusão nesta discussão. Que o cuidado de enfermagem a equipe deve planejar. Um pensar e outro fazer, a gente viu que isto já está obsoleto. Uma outra coisa também importante sobre o cuidado integral, é que para que ele seja efetivo é preciso a gente acreditar. Acreditar que aquilo é o certo de fazer”

(subgrupo II).

Ainda como fragilidade deste modelo está a percepção de que SH e familiar não participam do planejamento, não recebem as informações necessárias e desconhecem o motivo pelos quais as ações são realizadas. Muitas vezes o cuidador também desconhece por que está realizando a atividade.

Existe ainda a preocupação de que o SH hoje, chega à instituição mais consciente de seus direitos, e que a equipe de enfermagem não se tem preparado para responder a essa realidade.

“Sobre os exames que desconhece - mas aí também é aquela história. Às vezes na prescrição está escrito lavagem intestinal. E aí o sujeito vai lá e faz e também não sabe por que está fazendo a lavagem intestinal” (subgrupo II).

“Sobre essa questão de que o perfil do paciente mudou, me parece que com esse processo de democratização do país, com as mudanças do autoritarismo para a democracia, a gente tá resgatando lá fora a cidadania desses sujeitos que chegam aqui. E nós? Qual é o nosso papel frente a isso? É rotular de chato? É preciso reavaliar esse processo” (subgrupo II).

“A saúde enquanto serviço prestado. (...) Nós estamos lidando com o ser humano. (...) o resultado final não é um produto acabado. (...) é uma interação, uma relação, é a prestação de um serviço que é a assistência” (Gói - TE).

“Eu acho que quanto mais participarem, o paciente é da família! Eles têm que cuidar (em casa)! E a gente não pára para pensar nisso. Explicar para o paciente. Porque quando o médico passa, eles estão juntos. Mas o médico fala em termos técnicos. Eles procuram a enfermeira para saber o que é que foi dito. Para dizer, em termos bem simples, o que foi dito. Acho que enfermeiro e médico poderiam fazer isso juntos. Quem sabe, o futuro? É o nosso sonho” (Mary - E).

O debate sobre a divisão do trabalho traz à tona a reflexão sobre a necessidade de um maior envolvimento da equipe de enfermagem na realização de um trabalho mais cooperativo para melhor atender ao SH.

“O grupo discutiu sobre o atendimento às necessidades do paciente e concluiu que tanto no cuidado integral como no cuidado por tarefas existe esta questão de um esperar pelo outro. Não depende apenas da forma de divisão, mas sim do grupo de trabalho”(subgrupo I).

“Tá tão massificado, tão automatizado, tão rapidinho que as pessoas não tão nem tomando consciência da responsabilidade do que estão fazendo, se estão fazendo bem. E que é para outro ser humano. Mas acreditamos que através de grupos de motivação, de retomar que a enfermagem é uma arte e uma ciência que cuida de outro ser humano, e para isso ela precisa ser realizada melhor, quem sabe a gente conseguiria mais coisas” (subgrupo I).

“Existe um buraco aí, entre o trabalho executado e o trabalho planejado. Quando a gente tiver a junção do trabalho planejado com o trabalho executado, quem executa também planeja e quem planeja também executa, olha que outra coisa que a gente vai ter. É uma outra coisa! É um outro mundo” (Góí - TE).

Continuando a reflexão sobre as limitações na realização do trabalho coletivo, o grupo discutiu a questão dos constantes afastamentos do pessoal de enfermagem das unidades para realização de outras atividades, especialmente para acompanhar pacientes em exames fora do HU prejudicando a organização do trabalho. Este problema é mais significativo na divisão do trabalho para prestação de cuidados integrais. Como possibilidade de mudança, indicaram a definição de um grupo responsável por esta atividade.

“É ter pessoal destinado apenas para esses fim, que é um projeto já da B. Não sei quantos. Dois, quatro, seis por dia, mas que eles se ocupem de fazer esses traslados. Assim os nossos funcionários ficam efetivamente no setor” (subgrupo I).

No que diz respeito à divisão do trabalho para prestação de cuidados, os participantes deste estudo, em sua maioria, confirmam as teorizações de Pires (1998, 1999, 2000), Bellato; Pasti; Takeda, (1997), Collet et al (1994) e Freitas; Alves; Peixoto, (1996), acerca do “cuidado integral”, como possibilidade de exercício de um trabalho mais prazeroso, motivador e criativo para o trabalhador e com melhores resultados assistenciais para o usuário.

Percebem os limites como situações que podem ser superadas. Neste sentido, discutem alguns dos limites como, por exemplo, o transporte de pacientes para exames e a experiência da Clínica Médica Feminina, que por decisão do grupo de trabalhadores, deixa um trabalhador, em cada turno, fora da divisão de pacientes para realização desta atividade. Esse esquema funciona sobre a forma de rodízio, e esse trabalhador, além dos transportes do dia,

auxilia os colegas nos cuidados. A experiência é considerada positiva e defendida pelos trabalhadores da unidade.

Permanece no grupo, embora com uma defesa menos elaborada, o entendimento e defesa do cuidado por tarefa como ideal de trabalho para a enfermagem. Neste sentido, os argumentos dos trabalhadores para defender sua posição são os mesmos utilizados pelos demais na defesa do cuidado integral: “pronto atendimento dos pacientes”; “conhecer melhor os pacientes da unidade” e outros.

A defesa que alguns trabalhadores fazem do trabalho “fragmentado”, provavelmente decorre de algumas questões já abordadas por Argenta (2000), tais como: a formação fragmentada que receberam; a organização hegemônica nas instituições de saúde e na sociedade; o pequeno número de trabalhadores com o qual convivem no dia-a-dia, provocando sobrecarga de trabalho e outros.

Acredito que uma das causas da preferência, manifestada por alguns trabalhadores, pelo “cuidado por tarefa” na realidade estudada, se dá em relação ao trabalho noturno, em função da dinâmica internalizada de organização do trabalho, dos acertos para os horários de repouso dos trabalhadores (fundamentais se considerarmos que mais ou menos 70% destes possuem dois ou mais empregos). Por último, acredito que a opção pelos “cuidados por tarefa”, decorre da insuficiente discussão dos trabalhadores quanto à organização do trabalho em seus locais de trabalho, e, ainda pela forma de resistência, que este possa representar, ao trabalho fortemente hierarquizado na enfermagem do Hospital Universitário, bem como o controle mais intenso que “o cuidado integral”, associado à Metodologia Assistencial de Enfermagem representa na relação enfermeira/nível médio.

Acredito que além dos aspectos positivos assinalados anteriormente, a divisão do trabalho para prestação de cuidados integrais acaba por impor à organização do trabalho de enfermagem algumas questões que beneficiam o próprio trabalhador e o sujeito hospitalizado, mas que nem sempre são percebidos, como, por exemplo, a exigência de pessoal mais qualificado e em maior número para a realização do trabalho.

Porém, para se avançar efetivamente nos “cuidados integrais”, é necessário se estender à discussão, pensando na democratização dos serviços de saúde e enfermagem, com participação na concepção e execução de todos os envolvidos neste processo - sujeitos hospitalizados e sujeitos trabalhadores. Precisa envolver necessariamente todos os trabalhadores de enfermagem, buscando um entendimento comum de suas vantagens e desvantagens, para que possa florescer como experiência positiva para todos os trabalhadores.

No que se refere ao Método de Assistência de Enfermagem (MAE), enquanto instrumento de organização do trabalho da enfermagem, de modo geral a sua existência é considerada pelo grupo como positiva, pois norteia a assistência prestada e garante o acompanhamento da evolução diária do SH. É também considerado o diferencial da enfermagem do HU, em comparação com outras instituições. Existem algumas manifestações de que este valoriza o papel do enfermeiro no HU, dá autonomia a esse profissional, uma vez que identificam a aplicação do mesmo com a condição da enfermagem como ciência. Neste sentido, apontam que as dificuldades teóricas dos enfermeiros podem resultar na não credibilidade do método frente a outros profissionais, especialmente dos médicos.

“Ele pode valorizar o trabalho do enfermeiro, mas também pode ser um fator de desmerecimento (quando não é bem feito)” (Fernanda - E).

Em relação ao referencial adotado pela enfermagem, para a elaboração da Metodologia de Assistência de Enfermagem à *Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda Horta*, o grupo não esteve muito preocupado em discutir essa ou aquela possibilidade teórica e sim o modo como se utiliza o referencial. Existe a preocupação com o fato da enfermagem limitar-se apenas aos aspectos biológicos no planejamento da assistência ao SH, seguindo basicamente o modelo médico.

“(...) Wanda Horta a gente conhece. Quando chega um funcionário, uma enfermeira nova, a gente tá com uma prática danada para orientar. Agora tem umas coisas assim que não contempla. (...) autocuidado, ela fica devendo um pouco” (Mary - E).

Entendem que a enfermagem deve repensar o método e que outras possibilidades devem ser estudadas, por exemplo, contemplando a questão cultural e priorizando o autocuidado. Também discutiram a necessidade de revisão do modelo, na perspectiva de uma assistência de enfermagem integral.

“Aqui quando fala em autocuidado, a gente acrescentou que contemple a questão cultural” (subgrupo I).

“O MAE limita-se somente à questão biológica, e o ser humano não é só biológico. Eu acho que o grande pecado está aí. Necessidades Humanas Básicas fica parecendo - porque é enfermagem - porque é saúde, que o ser humano é só biológico” (Góí - TE).

As teorias de enfermagem e seus respectivos processos têm mostrado pouca aderência à realidade assistencial de enfermagem no Brasil. No Hospital Universitário, a implementação da Metodologia de Assistência de Enfermagem, baseada na teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda de Aguiar Horta, aconteceu no movimento de implantação do Hospital Universitário, no início da década de 80, no conjunto das discussões que levaram à implementação do prontuário único orientado para o problema.

O Sistema de Prontuário orientado para o Problema (método WEED) preconiza a existência de um prontuário único contendo todas as observações e dados correlacionados com seus problemas específicos. Cada um dos problemas é considerado em relação a todos os demais problemas.

Segundo Leopardi (1991, p. 56), a comissão de implantação do Hospital Universitário pensava em chegar a uma prática de enfermagem “que se aproximasse da visão de cientificidade e autonomia preconizadas para a profissão”. A integração das atividades de enfermagem ao prontuário, a utilização de uma teoria de planejamento da assistência corresponde a este ideal. O método WEED, em si, “baseia-se na resolução de problemas, de modo que subtende-se a necessidade de conhecimentos sobre tais problemas”.

A ciência da enfermagem é uma condição almejada entre os profissionais de enfermagem da instituição. Neste sentido, mesmo o pessoal de NM, que tem pouco ou nenhuma aproximação com a metodologia, a defende com argumentos semelhantes aos das enfermeiras: “orienta o trabalho”; “diferencia o trabalho de enfermagem”; “é um diferencial da enfermagem no HU em relação a outras instituições”. No discurso das enfermeiras, porém, a defesa e incorporação da condição científica assume um significado mais marcante. Neste sentido, é possível entender por que, ao longo dos anos, o prontuário vem sendo levado pelos enfermeiros. Os médicos nunca chegaram a assumi-lo realmente. Segundo Leopardi (1991), a questão é explicada uma vez que a medicina nunca teve interesse na organização da assistência, contrariamente à enfermagem, que se preocupa com esta desde Nightingale.

O Hospital Universitário iniciou suas atividades em uma época em que as instituições contavam com um número muito pequeno de enfermeiras (os). Essas realizavam, na maioria das vezes, apenas o gerenciamento das unidades assistenciais e controle do pessoal de nível médio. Na instituição estudada, a enfermagem lutou e conquistou um número de enfermeiros

(as) que possibilitou a implantação da teoria e do método para a condução do trabalho assistencial de enfermagem.

A respeito do método implementado no HU, o mesmo é formulado de acordo com a lógica dominante de divisão entre concepção e execução do trabalho. O enfermeiro realiza a evolução do sujeito hospitalizado, de acordo com suas observações e com as observações e tratamentos realizados pelo pessoal técnico e auxiliar de enfermagem. Através desta avaliação determina e controla as tarefas e atividades realizadas por estes profissionais. Apenas o (a) enfermeiro (a) tem acesso ao prontuário para as anotações. O pessoal de enfermagem o utiliza apenas para retirada de medicações, cuidados e checagem destes. A respeito das teorias nada ou muito pouco é de conhecimento do pessoal de nível médio, que cumpre aquelas atividades que lhes são destinadas, sem maiores questionamentos.

Almeida e Rocha (1989) afirmam que, em tese, as teorias se propõem a constituir um corpo específico de conhecimentos de enfermagem, auxiliando-lhe a alcançar o estatuto de ciência, mas na realidade as mesmas mais que teorizar sobre o cuidado de enfermagem, expressam a formalização das ações de enfermagem.

Esta realidade é constatada por Leopardi (1991 p. 158-159), quando afirma que a metodologia de assistência no Hospital Universitário

se mostra 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. (...) instrumento adequado à racionalização do trabalho e maior produtividade.

As discussões realizadas no grupo apontam para um modelo que contemple a perspectiva de assistência de enfermagem integral, na qual trabalhador, sujeito hospitalizado e familiar participem no planejamento, execução e avaliação do plano assistencial. Um modelo cuja proposta é de aproximação entre o saber e o fazer, considerando para isso a atual composição da equipe de enfermagem. Este modelo se aproxima da abordagem sócio-humanista de Capella (1998).

Das questões específicas de aplicação do método no HU, surgem várias questões que dizem respeito às etapas de execução do mesmo, ou seja, *histórico, prescrição, evolução e*

*folha de observações complementares*¹⁶. Em relação a essas etapas, é de consenso no grupo que o histórico e a prescrição são exclusivos do enfermeiro. Surgem questionamentos, no entanto, em relação à evolução e observações complementares.

Em relação ao *histórico de enfermagem* entendem o potencial do mesmo como possibilidade de uma interação mais efetiva com o S.H. Os limites estão colocados por conta da falta desta interação, da não utilização deste momento para discutir com o sujeito a sua assistência, as suas expectativas em relação ao cuidado que irá receber e à ausência de retorno, durante a internação, das ações implementadas e seus resultados.

“Ali diz que se levanta problemas e não se faz nada com eles. Nós não concordamos. Eu acho que sempre há alguma coisa que tu podes fazer para minimizar aquele problema, ou seja, a pessoa não tem dente. Eu posso chamar a nutricionista e dizer: não traz um bife duro, traz uma carniinha moída. A gente minimiza. É só querer, ter boa vontade, interesse” (subgrupo I).

“Uma outra coisa que a Quica salientou sobre o histórico que deve ser feito de modo que mostre um retrato do paciente. Porque se o histórico feito, parece que todo paciente se encaixa nele, seria redundante” (Gói - TE).

Em relação à *prescrição de enfermagem*, o grupo aponta várias dificuldades. Entende que a mesma deve apresentar a situação do sujeito a ser cuidado e que isto não acontece. As prescrições incoerentes com o estado do SH levam a um descrédito da mesma por parte do pessoal de NM, que a utiliza como guia para a prestação dos cuidados, mas percebe que a sua aplicação deixa descobertas muitas necessidades do SH.

¹⁶ A Metodologia Assistencial de Enfermagem, de acordo com o estabelecido pela instituição, contempla as fases características do processo de enfermagem. O histórico ou coleta de dados iniciais realizado nas primeiras 24 horas de internação tem por objetivo a coleta de dados que vão desde a identificação do sujeito hospitalizado, expectativas em relação à internação e NHB afetadas, que irão orientar o planejamento da assistência a ser prestada. É realizado exclusivamente pelo enfermeiro.

A prescrição de enfermagem consiste no planejamento diário dos cuidados a serem prestados ao sujeito hospitalizado. É considerada privativa do enfermeiro pela Lei do Exercício Profissional.

A evolução de enfermagem é a descrição diária dos principais acontecimentos envolvendo o SH e os cuidados, tratamentos que foram prescritos e implementados. É realizada pelo enfermeiro a cada 24 (vinte e quatro) horas com base na observação pessoal do enfermeiro, anotações dos demais enfermeiros e do pessoal de nível médio realizadas na folha de observações complementares.

As “Observações Complementares de Enfermagem” são anotações realizadas em impresso especial, com este nome, que não faz parte do prontuário. Nele o pessoal de enfermagem anota intercorrências, tratamentos e técnicas e cuidados realizados durante o seu turno de trabalho. Ao final de um período de 24 (Vinte e quatro) horas, este material é utilizado pelo enfermeiro como base para a realização da “evolução do sujeito hospitalizado”, que permanecerá no prontuário.

Algumas prováveis causas deste descompasso entre a prescrição e o estado do SH foram apontadas, e o grupo discutiu saídas para diminuir este problema. Dentre elas foi destacado, pelo grupo, a necessidade de revisão do método de modo a garantir a participação do NM e do SH e familiar no planejamento da assistência.

“... decorridos 21 (vinte e um) anos, temos que pensar em mudar (...) acompanhar os novos tempos” (Sarah - E).

Em relação à *evolução e observações complementares*, que foram abordadas em conjunto, surgem os maiores questionamentos e insatisfações, especialmente por parte do NM, que levanta inclusive questões éticas importantes no desenvolvimento do trabalho. De acordo com o que está estabelecido pelo MAE atualmente no HU, a evolução de enfermagem é atividade exclusiva do enfermeiro, que a realiza a cada 24 (vinte e quatro) horas, tendo por base além das suas observações pessoais, as anotações da folha de observações complementares, realizadas quase que exclusivamente pelo pessoal de NM, em resposta às prescrições e aos cuidados que presta ao SH. Esta folha de observações complementares não faz parte do prontuário, e, ao final da internação, é eliminada nas unidades. Já há alguns anos esse tem sido um motivo de conflito na instituição, entre enfermeiras e NM, que vêem seu trabalho desvalorizado.

Apesar de algumas discussões sobre o destino das observações complementares, até o presente momento, efetivamente não existe uma definição mais clara para solucionar a questão. Atualmente, a maioria dos enfermeiros encaminha essas folhas junto com o prontuário para o serviço de arquivo de prontuários, evitando assim a ação, até agressiva, de “jogá-la no lixo” diante dos profissionais que a utilizam no dia-a-dia para registrar suas atividades. Sabe-se, no entanto, que no Serviço de Prontuário do Paciente (SPP), essas são eliminadas pelo grande volume dos prontuários.

Neste sentido, o grupo aponta para a necessidade de as mesmas fazerem parte formalmente do prontuário. E essa foi a discussão que mobilizou o grupo intensamente durante o debate.

“Eu tenho o hábito de escrever. E tudo isso vai para o lixo aqui no HU, há 11 anos. Eu cuidei (...) eu tenho o registro do meu exercício profissional. (...) E a autoria? Se eu vou citar alguém, um autor qualquer, eu referencio. Se pelo menos na evolução o enfermeiro dissesse quem prestou o cuidado, que contemplasse o meu nome, eu já

estaria satisfeita. (...) o modelo foi pensado para os tempos autoritários e lá ele era pertinente” (Góí - TE).

“Quando eu entrei aqui (...), os registros foram colocados como padrões de registro do HU. E na minha cabeça padrão é imutável. O dia que a M.T. deu aquela palestra sobre teoria, ela falou que nós podemos adaptar todas as teorias à nossa prática. Que tudo pode ser adaptado. Aquilo como que clareou a minha visão, tirou aquele tapume e daí eu comecei a pensar: a gente pode também mudar os padrões do HU. (...) as informações estão chegando aos nossos ouvidos e a gente tá se dando o direito de mudar estes paradigmas que tínhamos antigamente” (Débora - E).

“Então a gente discutiu isso e viu a importância de valorizar essa anotação complementar fazendo com que ela faça parte da evolução” (subgrupo II).

Mesmo entendendo que o espaço de reflexão proporcionado por esse trabalho não pretendia resultar em modelos prontos, mas sim apontar indicativos de mudança, muitas propostas surgiram nas discussões. O pessoal de NM apresenta para discussão, a possibilidade de que as suas anotações integrem a evolução realizada pela enfermeira e não seja apenas um formulário à parte, sensibilizando as enfermeiras para esta questão.

“Que se pudesse incluir no mesmo formulário. Se diferenciar a evolução do enfermeiro, mas no mesmo formulário criar um espaço no qual estivessem as observações complementares e a evolução do lado. Aproveitando aquela anotação que foi feita” (subgrupo II).

“A enfermeira não ia ter que repetir dados porque tudo ia estar aqui. Então ela colocaria a percepção dela na visita, na passagem de plantão, ou algum dado que não foi contemplado e faria uma análise” (Débora - E).

Ficou evidente entre os participantes, o descontentamento geral com o método atual e a necessidade de mudanças, adaptações, que contemplem a participação dos trabalhadores de enfermagem e do SH e familiar no planejamento da assistência. Neste sentido, apesar de ser de conhecimento de todos a existência de um grupo formado para discussão e possível redefinição da política assistencial, houve uma preocupação de elaboração de algumas

questões para serem encaminhadas ao grupo institucional como sugestões. Ainda uma preocupação do grupo pesquisado disse respeito à forma como esta discussão será encaminhada, qual a participação dos diversos componentes da categoria nesta redefinição.

“A gente pensou em criar um fórum para discussão, para elucidação do modelo atual. A questão do cuidado integral/funcional. (...) buscando um modelo novo para estar realizando o trabalho. Todo o pessoal. Em todos os turnos. É uma coisa que a gente já está pensando no CEPEn, através do grupo de assistência, mas que é legal estar referendando aqui para que não se perca” (subgrupo I).

Das discussões realizadas fica claro para o grupo, que a enfermagem precisa enfrentar com seriedade e abertura este debate, para a construção de outras relações na categoria, baseada em princípios éticos de reconhecimento do trabalho do outro.

“E tem outra coisa. É a forma como as pessoas colocam no decorrer do tempo determinadas coisas. Porque este problema já foi colocado, não é Fernanda? Já colocaram. Só que agora me foi colocado de uma maneira que eu... Não sei se eu estou mais aberta? Ou se a pessoa colocou de uma forma que eu pensei: não tem como escapar. Ela tem razão. Só que houve uma hora que eu não concordava” (Quica - E).

Qualquer que seja a forma de organização do trabalho, por “cuidados funcionais” ou “cuidados integrais”, o gerenciamento do trabalho é sempre realizado pelos (as) enfermeiros (as). Esta realidade é legalizada através de legislação profissional, a LEP nº 7498 de 25/06/1986. Essa lei diz que técnicos, auxiliares podem realizar atividades delegadas, sob a supervisão dos enfermeiros. Pires (1999, p. 42) diz que essa condição é respeitada quando a instituição oferece as condições. Quando não existe enfermeiro na 24 (vinte e quatro) horas, a assistência de enfermagem é realizada independente da formação dos profissionais.

A grande maioria das instituições hospitalares, no entanto, não conta com enfermeiros nas unidades assistenciais nas 24 (vinte e quatro) horas, fazendo com que o pessoal de enfermagem - técnicos e auxiliares desenvolvam seu trabalho com relativa autonomia. Existe normalmente a figura do enfermeiro supervisor, que atende às chamadas do pessoal de nível médio, que geralmente dizem respeito a questões administrativas. As situações que envolvem o sujeito hospitalizado são resolvidas pelos profissionais de nível médio.

Pires (1999) afirma que no trabalho em saúde, nos diversos grupos profissionais (farmácia, laboratório, fisioterapia, nutrição, enfermagem) a coordenação do trabalho coletivo é realizada pelo profissional de nível superior, que supervisiona e controla o trabalho dos profissionais de formação técnica ou auxiliar. Segundo a mesma autora, a forma como o trabalho em saúde é organizado, porém, não resulta, como na indústria, na completa separação entre concepção e execução. Cada trabalhador detém uma parcela de autonomia na realização do trabalho. O maior ou menor espaço de autonomia é definido de acordo com a forma de organização do trabalho, com as normas internas das instituições e das categorias, dentre outras questões.

A utilização do método de assistência de enfermagem no Hospital Universitário proporciona uma lógica de organização do trabalho diferenciada em relação às demais instituições. Segundo Leopardi (1991), a metodologia de assistência constitui-se em um forte instrumento de controle sobre as atividades do pessoal de nível médio. Leite e Ferreira (1997, p. 96) salientam que a metodologia de assistência parece um elemento de identidade para os enfermeiros, mas não para técnicos e auxiliares. Para uma parte desses trabalhadores, a metodologia é “principalmente um elemento de controle e talvez até de opressão”. Neste sentido, a exploração a que são submetidos em outras instituições, onde realizam atividades de responsabilidade dos enfermeiros são percebidas como valorização, ao mesmo tempo em que, as proibições existentes no HU, no que diz respeito às anotações, a realização de determinadas atividades consideradas de maior complexidade perdem o sentido e são percebidas como desqualificação.

A discussão sobre a integração das “anotações complementares” ao prontuário encontra-se neste sentido no centro das resistências do nível médio, no que diz respeito ao MAE. Embora a reivindicação exista há alguns anos, foi com o programa VTM que a mesma ganhou espaço de discussão na categoria. Neste sentido, o programa VTM recomenda a discussão e a criação de mecanismos institucionais de forma que se encontre uma solução para a situação, mesmo sem ignorar as diferenças de atribuições e responsabilidades. Consideram importante esta discussão

diante da mágoa confessada pelo pessoal de nível médio quanto ao fato de suas anotações (tão cobradas e fiscalizadas) serem depois ‘jogadas no lixo’. Nessa queixa, pode-se ver tanto uma reivindicação de reconhecimento do saber da categoria, como também um desejo de ver minimizada a diferença que valoriza nas enfermeiras ‘o pensar’, desqualificando essa competência nos profissionais de nível médio, dominando-os pela cisão e hierarquização entre o planejamento e a ação que, desprovida desse pensar, torna-se atividade mecânica e alienada (LEITE; FERREIRA, 1997, p. 96).

A discussão sobre os caminhos da metodologia assistencial no HU, é um processo apenas iniciado. A democratização de vários processos internos na enfermagem, a participação dos trabalhadores nas várias instâncias como CEPEn, CEEEn, NAP, CPMA, no VTM e nos programas de educação no trabalho, aliados à crescente escolarização destes trabalhadores, que na atualidade já apresentam formação além da exigida para o cargo que exercem¹⁷, impõe que a categoria revise seus processos de trabalho e efetue as mudanças necessárias. Da discussão efetuada até o momento, é possível dizer que os técnicos e auxiliares conseguiram avançar positivamente, na perspectiva de vencer esta luta.

Os enfermeiros, antes senhores absolutos do MAE, na atualidade já encaram a discussão de forma mais aberta. Em certas unidades é possível inclusive encontrar entre as enfermeiras aquelas que defendem e inclusive levantam possibilidades para que isso aconteça. Essa condição é fruto de um amadurecimento conjunto da categoria; da luta empreendida pelos profissionais de nível médio nos últimos anos; da compreensão construída em torno das necessidades complementares entre os agentes de enfermagem, mas, sobretudo, no caso dos enfermeiros, por uma crescente desqualificação da própria metodologia, o que leva este grupo a perder forças no interior da categoria.

Apesar das dificuldades existentes, os trabalhadores de enfermagem demonstraram suas crenças no trabalho que realizam - o cuidado - e refletem sobre sua valorização na sociedade. Constataram a partir do processo reflexivo, os limites existentes e os avanços já conquistados pela enfermagem. Perceberam que as mudanças não se fazem de uma só vez, mas que podem ser construídas se as pessoas assim desejarem. Mudança que, segundo Freire (1999a), só se torna possível a partir da ação e reflexão consciente sobre o mundo e sobre a realidade, numa atitude crítica que não termina jamais.

“Eu acredito no cuidado. O cuidado é fantástico. É o que há de mais nobre na humanidade. É uma pena que numa sociedade como a nossa, extremamente capitalista, só produtos que custam muito caro, são preciosos. (...) um trabalho com mais alegria, mais satisfação, mais qualidade, mais felicidade. Tendo mais clareza de quem somos. Sabendo que nós estamos em processo constante de mudança. Abertos para buscar soluções, trilhar novos caminhos. Sempre fui otimista em relação ao trabalho da enfermagem. Acho que ele ainda é muito penoso.(...) passa muito por aquele negócio

¹⁷ Segundo dados do programa VTM no ano de 1997; 11,3% dos técnicos de enfermagem já eram enfermeiros; 25,6% dos auxiliares tinham formação técnica e 10,3% tinham formação superior em enfermagem (LEITE; FERREIRA, 1997)

do tripallium. E cada um cria modos de não ser torturado. Houve um tempo que o trabalho aqui estava tão ruim, que eu me grudava em mil coisas lá fora para compensar. Hoje eu já me desvencilhei de algumas. Eu penso que por conta do trabalho estar em condições mais dignas e humanas. (...) Nós estamos neste processo.(...) A gente tem que sonhar muito” (Góí - TE).

6.4 Participação dos Trabalhadores e Trabalhadoras no Processo Decisório da Instituição e da Enfermagem/Participação do Sujeito Hospitalizado e/ou Familiar no Planejamento da Assistência

No que diz respeito à participação do trabalhadores (as) no processo decisório da instituição e da enfermagem várias questões foram abordadas pelo grupo, destacando-se a participação como uma meta, que exige investimento de cada profissional e compromisso pessoal. Entendem, no entanto que a mesma não acontece sem estímulo, sem a abertura de espaços.

Neste sentido, o pessoal de NM colocou a necessidade de construção de espaços para sua participação em outras instâncias, que não apenas a execução do cuidado. Existe a compreensão de que algumas conquistas já se deram ao garantir a representação no CEPEn, no CEEEn, na CPMA, avaliação de desempenho, nas comissões de seleção e de remanejamento interno, na criação do NAP e outros. Esta participação deve, no entanto, ser ampliada e garantida institucionalmente através de previsão em escala para evitar a sobreposição de atividades.

“(...) a gente discutiu um pouquinho esta questão de participação, de treino, de aprendizado e a gente inclui a questão da motivação, da disponibilização da pessoa em estar querendo esta participação. Não adianta muitas vezes só a chefia incentivar, a pessoa tem que querer, tem que estar aberta para continuar. E criar o espaço na sua vida, no seu momento profissional” (subgrupo I).

Também foi amplamente discutida a desmobilização da categoria, o não aproveitamento dos espaços de decisão. Inicialmente a discussão esteve centrada na não participação do NM nos espaços criados, mas posteriormente o grupo trouxe o entendimento que a participação é uma questão que atinge a todos da categoria. É também uma construção

gradativa, onde as pessoas passam a buscá-la na medida que se percebem como sujeitos capazes de participar.

“A enfermagem não considera participar trabalho. Você vai para uma reunião e fica com sentimento de culpa” (Débora - E).

A participação do SH/familiar no planejamento da assistência, discutida desde o primeiro dia, foi ampliada neste momento com questionamentos sobre o papel dos profissionais em facilitar e possibilitar essa participação, na medida em que os sujeitos hospitalizados e familiares assim a desejarem. Nesta mesma perspectiva foi discutida a questão da participação dos profissionais no processo decisório cotidiano. Que é necessária a abertura de espaço e motivação para a participação, mas também é preciso respeito às possibilidades individuais, para não se cair no erro de exigir dos sujeitos o que esses ainda não estão preparados para assumir.

“Mas eu acho que tem que se valorizar essa questão da família e do paciente no processo de cuidado. Isso aí não dá mais para descartar” (Angélico - TE).

“Uma coisa que a gente tem que estar atento, é assim: tem aquele que é cidadão, é exigente. Tem esse que se for da vontade dele, do desejo dele a mudança, que se propicie a mudança. Mas se pra ele a vida se resume nisso, que a gente também saiba respeitar. Porque a gente também quer impor um modelo e acaba dando com os burros n’água” (subgrupo II).

Ainda destas falas fica evidente a necessidade de informações mais claras e efetivas ao SH e família, no decorrer de toda a internação como forma de construir esta possibilidade de participação, de exercício de cidadania, além de implementação efetiva da educação em saúde.

“Não existe participação do paciente e família. Só na alta. E a gente questiona esta participação para o cuidado domiciliar. Não generalizando como sempre, mas na alta a orientação é dada em cima da receita médica” (subgrupo I).

Tanto no que diz respeito aos trabalhadores como aos sujeitos hospitalizados e familiares, a questão da participação foi discutida contemplando a questão educativa, ou seja, quanto mais acesso a informações e ao conhecimento, mais críticos e participativos poderão tornar-se esses sujeitos.

Neste sentido, no âmbito profissional, os participantes se reportaram à intensificação do processo de educação no trabalho, como forma de estimular a participação consciente dos trabalhadores, numa outra perspectiva de vida e trabalho. Estes princípios estão de acordo com as formulações de Capella (1998, p. 94) quanto à necessidade de um processo de educação continuada voltada para a formação global dos trabalhadores, “gerando um compromisso que atende aos dois sujeitos da instituição hospitalar: o próprio trabalhador e o sujeito hospitalizado”. Salum (2000) confirma as posições apresentadas por Capella (1998), através do desenvolvimento de um processo educativo com enfermeiras da instituição estudada..

No que diz respeito aos sujeitos hospitalizados e familiares, a educação em saúde é entendida como uma aliada para a consciência e conseqüentemente para a participação destes sujeitos no seu processo assistencial.

Em todos os aspectos abordados, a participação aparece como um importante elemento na definição de novas formas de organização do trabalho. Sob este aspecto não encontramos quem a coloque como capaz de sozinha mudar o mundo e as coisas, mas sem sombra de dúvida sua existência é fundamental para se pensar e empreender as mudanças.

Diversos são os pontos de vista acerca da participação. Nas mais diversas situações é considerada uma condição positiva, desde que sua existência seja real. Chanlat (2000, p.125), ao falar do modelo participativo e de saúde e segurança no trabalho, defende que o modelo de gestão participativo é “sem eliminar todos os problemas e riscos (...), o que parece mais salutar. Quer se trate de reorganização do trabalho, de democratização do escritório, do reconhecimento real do saber”. Cattani (1997, p.113) fala da gestão participativa e dos limites que não podem ser esquecidos no que diz respeito à organização do trabalho, e afirma que “a gestão participativa, a participação criativa (...) corresponde a um modelo de gestão menos hierarquizado, menos desumano e menos autoritário que o taylorismo”. Bordenave (1994) percebe a participação como necessidade fundamental do ser humano, caminho natural para que este possa se exprimir. Para Demo (1988), participação é conquista. É capacidade de interação com o outro, pela intervenção no processo decisório de sua vida em todas as suas dimensões.

Participação é também expressão de cidadania. É condição desejável, ao menos em tese, tanto no que diz respeito aos usuários do serviço de saúde, quanto aos profissionais que nele atuam.

Esta é também uma perspectiva dos participantes do estudo, que colocam na possibilidade de participação, seus anseios e suas expectativas de transformação da realidade. Neste sentido, entendem a participação como processo histórico, como uma conquista que se faz na luta, na insistência, que ao longo dos anos faz tomar “gosto” pelo processo, faz percebê-lo como contínuo e inesgotável.

A participação no âmbito da assistência de enfermagem envolve dois sujeitos distintos - sujeito hospitalizado e trabalhador. Estes sujeitos compartilham das características subjetivas e sociais de todos os seres humanos. No entanto cada um é único, particular. Seu processo de vida envolve diversas dimensões: biológica, psicológica, social, cultural, ética e política. Vivenciam a instituição hospitalar em condições diferenciadas - na condição de trabalhadores ou de usuários do serviço. Estas condições impõem ao trabalhador compromissos e responsabilidades que ultrapassam o nível técnico do trabalho, na perspectiva de tornar a experiência da internação o menos traumática possível para o sujeito hospitalizado e para si próprio (CAPELLA, 1998, p. 89-90).

A perspectiva de participação do trabalhador de enfermagem no processo de vida e trabalho, conforme é entendida neste estudo, coloca a participação, como valor e como caminho para a transformação do sujeito e da realidade social.

“Eu busco participar da instituição. Afinal de contas eu tenho uma atividade aqui”

(Angélico - TE).

“A gente tem muita coisa para dar, para contribuir. (...) eu acho que o trabalho em grupos, no caso aqui, enfermeiros e NM sempre leva a uma construção, uma reformulação e até mudanças de comportamento. (...) sempre leva, pelo menos no meu entender ao crescimento nos vários aspectos da vida da gente. Ou tu aprendes a ouvir ou a falar. Tu aprendes maneiras de agir em determinado assunto. Sempre ganhas alguma coisa. E este crescimento é gradativo” (Quica - E).

A construção da participação é entendida por mim como um processo que ultrapassa os desejos e as vontades dos trabalhadores. Considera as necessidades do sujeito hospitalizado e seus familiares. Neste sentido, considero a dimensão ética do trabalho da enfermagem - a

relação com o outro, a resposta às necessidades do trabalhador, mas também, e de modo especial, às necessidades do sujeito hospitalizado, pois entendo que a emancipação do trabalhador de enfermagem tornar-se-á possível na medida que contemple as necessidades daquele a quem o serviço é prestado.

“(...) pela educação que eu tive. É para não entrar naquele mérito de que eu ganho pouco, então eu tenho que fazer pouco. Porque tem gente que faz por aquilo que ganha. Não. Eu sou um enfermeiro ou sou um técnico. Eu recebi as informações necessárias para desenvolver atividades com o ser humano. Instrumentalização suficiente para conduzir determinadas ações” (Angélico TE).

Nesta perspectiva, de compromisso ético com o sujeito hospitalizado, os trabalhadores consideraram no processo reflexivo, as manifestações destes quanto à assistência recebida no HU. Ouviram os pontos positivos e negativos bem como as expectativas relativas ao processo assistencial, ao ambiente e outros, para uma melhor assistência.

“Aqui no hospital? Eu não mudaria nada. Nada. Cada um tem a sua ocupação. A gente até tem pena porque às vezes é muita coisa para uma só. Mas é o serviço delas. Elas não reclamam. Eu não mudaria nada. Pra mim tá tudo bom” (Luisa - SH).

“No primeiro dia eu tive uma dificuldade com uma enfermeira. A sonda nasogástrica saiu. Eu só vi aquela bolinha amarela ali no nariz. Toquei a campainha e ela veio e disse: ‘tu tiraste esta sonda’. Eu falei que não e ela insistiu. Daí realmente nos desentendemos, pois não admito que me chamem de mentirosa. Eu aprendi na minha casa com meus pais que não se mente” (Júlia - SH).

“Um gerenciamento que quando visse que algumas pessoas não estão em condições de atender, de tratar com o público, retirasse elas das atividades de assistência e colocasse para fazer outro trabalho, atrás de uma mesa. Porque o ser humano é assim mesmo, tem momentos que não dá para cuidar de alguém doente” (Júlia - SH).

“Observar se as pessoas estão sendo bem tratadas, se não têm falta de cuidado, se são bem atendidos. Porque a pessoa doente ela já fica tão mais pra baixo, tão deprimida. E ainda não ter um tratamento agradável. Eu acho que eu mudaria isso” (Cândida - SH).

“Uma coisa que eu mudaria, é mais silêncio durante a noite. Porque às vezes a gente fica sabendo tudo do paciente quando eles estão conversando. Em todos os hospitais é assim. É aquela gritaria: me dá isso, me dá aquilo e leva isso. Conversa. Bate saltinho de lá pra cá, bate porta. Deveria melhorar” (Lívia - SH).

6.5 Valorização Pessoal e Profissional: a Subjetividade de Trabalhadores e Trabalhadoras

A dinâmica organizacional muitas vezes ignora os aspectos de valorização pessoal e profissional do sujeitos que nela atuam. As manifestações dos sujeitos deste estudo apontam as insuficiências institucionais, bem como os espaços já construídos, onde lhes é possível manifestar sua subjetividade. Na revelação dos fatores que resultam em valorização pessoal e profissional, pode-se perceber também o inverso: o que não valoriza, o que ignora as necessidades de expressão da subjetividade do trabalhador.

“O ser humano precisa de retorno, de estímulos positivos para se sentir valorizado, saber que está no caminho certo” (Sarah - E).

“Lamentavelmente não tenho (motivos para se sentir valorizada nos trabalho). Nós estamos encolhendo” (Sarah – E).

Neste sentido, o processo desenvolvido para repensar com os trabalhadores de enfermagem a organização do trabalho da categoria, na instituição estudada, tem como um de seus objetivos buscar no relato das experiências vividas, os aspectos negativos e positivos da realidade, na perspectiva de, através da reflexão, poder indicar caminhos para uma nova realidade.

É necessário redefinir o lugar da subjetividade dos trabalhadores de enfermagem na instituição hospitalar, pois entendo como Leite e Ferreira (1997), que os limites dos modelos de organização do trabalho dominante, firmado na cultura administrativa tecnicista, com fortes bases taylorista, tende a encarar normas, condutas e regras institucionais como definidas, deixando pouco ou nenhum espaço para a manifestação da subjetividade. Neste sentido, é preciso valorizar as experiências capazes de restituir a confiança das pessoas nelas mesmas, no grupo, sem negar as dificuldades e limites existentes.

A reflexão acerca do trabalho institucional revelou a necessidade de reconhecimento, seja por parte dos sujeitos hospitalizados, dos familiares, dos demais trabalhadores e da instituição, quando de fato realizam um bom trabalho, quando contribuem com a instituição.

“A forma honesta como a gente trabalha na instituição. (...) poder contribuir com o que sabe” (Fernanda - E).

“Quando o próprio paciente reconhece o teu trabalho (...) agradece na alta”

(Amanda - TE).

O investimento institucional em capacitação, a preocupação com a condição do trabalhador na instituição, com o seu desenvolvimento como pessoa e profissional destaca-se como fator de valorização.

Sobre esse aspecto, os trabalhadores consideram que o VTM está situado entre as ações, como aquela que proporcionou aos trabalhadores de enfermagem uma compreensão maior de si, como pessoas e profissionais. Abriu caminhos permitindo-lhes colocar-se como sujeitos no espaço institucional, bem como lhes permitiu uma compreensão maior da categoria enquanto equipe.

“A participação no VTM, (...) a criação do ‘Cuidando de quem Cuida’ (Tânia - AE).

“A preocupação da direção com a condição do trabalhador na instituição. Eu sinto que estamos buscando um crescimento para todos” (Rafaela - E).

“É a equipe. É trabalhar onde a gente gosta” (Cláudio - TE).

“Eu sou valorizado na medida que sou escutado” (Angélico - TE).

Na avaliação do processo vivenciado neste estudo, o grupo mais uma vez reforça a perspectiva de participação como condição para a valorização pessoal e profissional. O processo de construção coletiva desta dissertação foi entendido como uma possibilidade de discussão e reflexão, com vistas à realização de mudanças na organização do trabalho da enfermagem.

“Eu queria dizer que gostei muito de poder participar, me senti lisonjeada. Adorei o grupo. A maneira como você conduziu foi excelente. Percebi que as minhas inquietações não são só minhas. Vejo que isso é compartilhado. Muita gente tá sentindo igual. Mais gente discutindo e trabalhando junto, nós vamos conseguir chegar a uma solução” (Sarah - E).

O convite para participar do processo de pesquisa que resultou neste trabalho, trouxe o sentimento de ser especial para a instituição, para o grupo da enfermagem, o reconhecimento de sua potencialidade por contribuir com a instituição:

“Ver que a posição das pessoas diverge, mas estão todos ligados na mesma problemática que estamos discutindo. Nossa! Isso é muito gratificante. Então eu queria te agradecer E. por ter esta oportunidade, de poder participar” (Mary - E).

“Eu queria agradecer, pois eu gostei muito do convite. Como você me encontrou? Até levei um susto. E eu gosto de participar. Eu não pensei que fosse assim, pensava que seria só a entrevista” (Natália - TE).

Responder à entrevista e participar das oficinas possibilitou a essas pessoas um momento essencial para a reflexão sobre a realidade, sobre as questões da vida diária, ao mesmo tempo em que propiciou o sentimento de valorização por ser ouvido em suas ansiedades, expectativas em relação ao trabalho que desenvolvem.

“Expor meus sentimentos em relação ao trabalho que realizo e sobre a instituição que trabalho. Foi a oportunidade de dar a minha opinião” (Mary - E).

“Me senti importante. É muito bom saber que alguém se interessa na tua opinião. Melhor ainda saber que o que você diz pode ser usado para a melhoria de alguma coisa” (Amanda - TE).

Mais uma vez reconhecem no trabalho em grupo, um significado especial. Reconhecem a possibilidade de crescimento conjunto, percebem as diferenças e as semelhanças e ao mesmo tempo, visualizam o que podem construir refletindo com os outros trabalhadores, e isto os fortalece.

“Eu gosto de trabalhar em grupo. (...) é assim que a gente constrói coletivamente. Nesta troca, nesta diversidade. Não fechando as coisas, mas ampliando sempre. Estar aberto para a discussão, nessa transparência. (...) Foi muito prazeroso. Deixaste a gente com paixão pelas coisas que estávamos lidando. E penso que foi a paixão que nos moveu” (Góí TE).

“Uma coisa muito interessante, que vem acontecendo hoje na instituição, é conseguir que as alunas de mestrado venham fazer trabalhos com a gente. Tentando trabalhar para nossa prática. Isso é um grande avanço. A enfermagem vai conseguir avançar na produção científica, estar escrevendo, publicando. E com isso trazendo uma contribuição, um retorno em benefício da instituição que era o que faltava”

(Fernanda - E).

As manifestações dos trabalhadores (as) confirmam as colocações de Leite; Ferreira (1997, p.99) sobre a necessidade da instituição e da categoria exercitarem “nos espaços possíveis” a participação, a necessidade de construírem espaços nos quais os trabalhadores se sintam “sujeitos de direitos” com espaço e autorização para expressar suas idéias, reclamações e sugestões.

6.6 Resgatando Indicativos para uma Nova Forma de Organização do Trabalho de Enfermagem

Ao resgatar os indicativos de uma nova forma de organização do trabalho de enfermagem, apontados pelos participantes deste estudo, retomo alguns autores e as discussões já elaboradas a respeito do que tem sido chamado de Novas Formas de Organização do Trabalho (NFOT).

Para Fleury apud (GUIMARÃES, 2000a, p. 3-4), os modelos de organização do trabalho podem ser definidos em 2 grupos: o modelo clássico, representado pela administração científica e os novos modelos de organização do trabalho que rompem basicamente com os princípios e técnicas tayloristas, dentre os quais o autor inclui as propostas de enriquecimento de cargos e os grupos semi-autônomos, ambos assentados em premissas implícitas sobre as necessidades humanas (em geral têm relação com o modelo

japonês de organização do trabalho, que, no entanto, é preciso ser analisado como um modelo de lógica organizacional integrado à cultura japonesa).

Liu (apud GUIMARÃES, 2000a, p. 9) coloca que as NFOT

devem romper com o conjunto de seis princípios fundamentais do taylorismo: parcelização, especialização, tempos impostos, individualização, separação entre controle e execução, separação entre concepção, coordenação e execução.

Nesta perspectiva, o autor considera que apenas os grupos semi-autônomo (GSAs), representam uma ruptura total com a lógica taylorista/fordista. As propostas de alargamento/enriquecimento de cargos, rotação de tarefas não representam NFOT.

Ainda que com muitas divergências, os estudos na área da administração têm apontado alguns aspectos comuns a diversos autores.

No entanto, Guimarães (2000a, p. 3-4) entende que é importante compreender o que tem sido chamado de NFOT, para poder então avaliar se estas assim devem ser chamadas, sendo necessário analisar as experiências práticas e questionar se são realmente provenientes de modelos novos ou tradicionais.

Muitos são os questionamentos sobre o que tem sido chamado de NFOT e se assim podem ser chamados. A mesma autora alerta que em se tratando de Novas Formas de Organização do Trabalho, é necessário considerar que se presenciou o esgotamento parcial do modelo taylorista/fordista, mas que não houve ruptura total com este modelo.

No campo da saúde, Cecílio (1997, 1999) apresenta como sugestão para superar a atual realidade das instituições públicas de saúde, o rompimento total ou possibilidade de rompimento com a lógica taylorista/fordista de organização do trabalho, através de iniciativas de trabalho conjunto entre os diversos profissionais de saúde, avançando na construção da interdisciplinaridade;

Pires (1998, p. 20) realiza um estudo teórico associado a um estudo de campo sobre o trabalho em saúde no contexto atual. Faz uma reflexão sobre o trabalho humano, a organização do trabalho no modo de capitalista de produção, o taylorismo, o fordismo e as transformações no mundo atual. Procura entender o processo de trabalho e os rumos do setor saúde no atual processo de reestruturação produtiva aprofundando três aspectos: “a organização estrutural dos hospitais, o processo de trabalho em saúde e o impacto da introdução de equipamentos de tecnologia de ponta no trabalho assistencial”.

Neste estudo, a autora encontrou na pesquisa de campo alguns indicativos que ela identifica como aproximações com um trabalho assistencial de melhor qualidade. São eles: passagem de plantão com participação efetiva da equipe de enfermagem, visita conjunta da

equipe de enfermagem a todos os pacientes internados para posterior definição das necessidades e prioridades de atendimento; prontuário único com anotações de todos os profissionais na mesma folha; reuniões de equipe com o objetivo de reciclagem e de discussão dos problemas da prática; assistência organizada pelos chamados “cuidados integrais”. Destaca também as comissões de infecção hospitalares, os grupos multidisciplinares como práticas diferenciadas e que sinalizam mudanças na organização do trabalho, no sentido de ruptura com o modelo tradicional (PIRES, 1998, p.194).

Ainda Pires (1998) assinala que estas práticas convivem com outras, lado a lado, baseadas em iniciativas do passado, pautadas no modelo taylorista/fordista tradicional, ou seja: não existe planejamento assistencial conjunto entre os profissionais, não existe visita conjunta da equipe e saúde aos pacientes, as anotações e registros no prontuário são feitos separadamente pelos diversos profissionais, havendo pouco intercâmbio entre os diversos olhares disciplinares.

Os indicativos para uma nova organização do trabalho institucional de enfermagem foram elaborados a partir da reflexão sobre aqueles aspectos que são considerados como novas formas de organização do trabalho, e de propostas que contribuem para a construção da identidade emancipatória do trabalhador e uma assistência de qualidade. De todo o processo de reflexão feito pelo grupo, as novas propostas de organização do trabalho da enfermagem, na perspectiva acima apontada devem ter as seguintes características:

- 1) experiências que diminuam a distância entre concepção e execução do trabalho, envolvendo trabalhadores participativos neste processo e participação dos usuários no planejamento global da assistência que recebem;
- 2) participação dos trabalhadores nas decisões que envolvem a instituição e o seu trabalho;
- 3) escolha democrática das chefias e das direções gerais das instituições;
- 4) contemple uma estrutura de educação continuada no trabalho, que considere o trabalhador de enfermagem em suas dimensões pessoal, profissional e institucional e preocupe-se com o seu crescimento global como ser humano. Propicie a reflexão contínua sobre o processo de trabalho de enfermagem e suas especificidades no conjunto do trabalho coletivo em saúde;
- 5) condições de trabalho compatíveis com o trabalho a ser realizado e que não interfiram negativamente na saúde do trabalhador;
- 6) utilização de tecnologia adequada ao trabalho, considerando as necessidades dos trabalhadores e sua utilidade técnico-social;

- 7) relações de trabalho pautadas no diálogo, no trabalho em equipe, comunicação autêntica, na ética, na solidariedade e compromisso profissional com aquele que recebe a assistência de enfermagem;
- 8) fortaleça uma prática que aproxime a enfermagem às características de uma profissão do campo da saúde, restaurando, no trabalho, a possibilidade de uma atividade integradora que valorize o potencial criativo e inovador do trabalhador e seu domínio sobre o processo de trabalho, diminuindo a divisão parcelar do trabalho e seus efeitos negativos;
- 9) fortaleça a perspectiva de trabalho interdisciplinar, de integração das ações e de uma assistência integral;
- 10) fortaleça a dimensão ética do trabalho em saúde e especificamente de enfermagem, na construção de relações solidárias entre os trabalhadores de saúde, entre os trabalhadores de enfermagem e destes com o sujeito hospitalizado e familiar;
- 11) perceba o trabalho de enfermagem como uma relação entre sujeitos - trabalhador e sujeito hospitalizado e familiar, considerando que nesta relação se estabelecem trocas, acordos e negociações, principalmente em função das diferenças existentes entre estes sujeitos;
- 12) disponibilização de uma estrutura mínima de pessoal, material, equipamentos e outros como condição para uma assistência de qualidade. A ausência ou as deficiências destas condições resulta em sofrimento para o trabalhador e compromete a qualidade do ato assistencial;
- 13) possibilite o gerenciamento horizontal, participativo, através de órgãos colegiados com os demais segmentos da instituição, e internamente na enfermagem, de forma que se estabeleça o controle dos trabalhadores sobre os processos que envolvem seu trabalho e os rumos da instituição;
- 14) participação dos usuários na gestão, através de suas organizações representativas;
- 15) participação de alunos e professores de áreas que atuam no Hospital Universitário através das representações por cursos;
- 16) integração do HU com a comunidade que o utiliza, de forma a buscar uma complementação dos interesses, integração com as demais instituições do setor saúde, de modo a melhor atender aos usuários;
- 17) investimento em pesquisa, em experiências inovadoras de gerenciamento do setor, passíveis, inclusive, de transferências para os demais hospitais;
- 18) empenhe-se em estabelecer parcerias com as demais áreas da Universidade, para vencer os limites tecnológicos.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse estudo foi construído a partir de questionamentos acerca da organização do trabalho da enfermagem nas instituições e saúde, em especial da instituição hospitalar, na qual atua a maioria dos trabalhadores de enfermagem.

Entendo que a forma como o trabalho é organizado é um dos elementos que determinam a problemática do cotidiano assistencial de enfermagem, seja no que diz respeito às relações internas estabelecidas na categoria, seja no resultado das ações assistenciais.

Nesta perspectiva empreendi o presente estudo a partir da realidade específica do Hospital Universitário, da Universidade Federal de Santa Catarina. Procurei compreender a dinâmica atual da organização do trabalho da categoria nesta instituição, as satisfações e insatisfações dos trabalhadores com esta realidade, as expectativas e projetos de mudanças. Busquei também refletir sobre as possibilidades e limites para que as mudanças possam ocorrer, tendo em mente uma organização do trabalho que contemple uma visão emancipatória do ser humano e uma assistência de qualidade.

A perspectiva colocada na realização deste estudo, se dá a partir do entendimento da necessidade de superação da organização do trabalho, característica do início do século passado, com bases taylorista/fordistas, que influenciou fortemente a organização do trabalho da enfermagem na organização hospitalar.

Vivenciamos há alguns anos as limitações deste modelo no Hospital Universitário. De consciência desta problemática a enfermagem da instituição implementou, nos últimos anos, algumas mudanças na forma de organização e gestão do trabalho da enfermagem, destacando-se o programa VTM. O programa Vivendo e Trabalhando Melhor propõe a superação da dicotomia vida/trabalho, visando à satisfação do trabalhador e a qualidade da assistência.

Nesta pesquisa busquei construir os indicativos para uma nova organização do trabalho da enfermagem, tomando por base: o potencial de intervenção institucional, colocado através das ações do programa VTM; as reflexões colocadas por teorias organizacionais quanto à necessidade de pensar o trabalhador a partir do seu potencial e da sua subjetividade; a importância de resgatar modelos capazes de romper com a organização taylorista do trabalho, que impede a utilização do potencial criativo do trabalhador. Aliado a estes aspectos, saliento ainda a responsabilidade social do trabalho da enfermagem, enquanto serviço prestado a um outro ser humano.

O desafio de empreender com um grupo de trabalhadores do HU/UFSC um processo reflexivo acerca do seu trabalho na instituição, tendo como subsídio a contribuição dos usuários, surge da crença na possibilidade existente hoje, de avançar em relação à organização atual. A crença de que é possível construir um trabalho mais prazeroso e motivador para os trabalhadores e uma assistência de melhor qualidade àqueles que utilizam este serviço.

Ciente de que a transformação concreta desta prática implica no envolvimento daqueles que a vivem cotidianamente, seja na posição de trabalhador de enfermagem ou de usuário do serviço e da capacidade de intervenção destes sujeitos no sentido de construir uma outra realidade de vida e trabalho de melhor qualidade para todos, optei pelo caminho da reflexão coletiva.

Acredito que somente através de um processo participativo que restitua aos sujeitos o sentimento de esperança nas possibilidades de futuro é possível construir algumas mudanças em relação à organização do trabalho na instituição. Um processo no qual os sujeitos percebem-se como co-responsáveis, fazendo-se sujeitos de sua prática, criando espaços de construção de projetos viáveis para a transformação da realidade.

Essa foi uma condição presente na condução desta investigação, que esteve baseada em princípios da pesquisa-ação - propiciar aos participantes momentos de reflexão desde o momento inicial de entrevista até a discussão no grupo focal. Neste sentido, estabelecemos uma dinâmica de investigação centrada no diálogo, no compromisso coletivo de repensar, a partir da realidade atual, possibilidades de mudança na organização do trabalho.

O resultado deste processo está colocado como referência para uma nova forma de organização do trabalho da enfermagem. Constitui-se nos principais aspectos discutidos e considerados pelo grupo de trabalhadores como indicativos de um trabalho mais humano para a categoria e de uma assistência de melhor qualidade aos usuários do serviço.

Alguns aspectos da organização do trabalho atual, que foram objeto da reflexão do grupo, os projetos de mudança incluindo possibilidades e limites de transformação da realidade merecem ser destacados neste momento.

O isolamento da instituição seja no contexto da Universidade, dos demais serviços de saúde e da comunidade, e a necessidade de reverter esta situação para superar algumas das dificuldades existentes hoje (financeiras, tecnológicas).

A falta de uma direção mais integradora, que propicie uma melhor otimização dos recursos existentes e condições de trabalho mais igualitárias, com responsabilidades compartilhadas entre os diversos segmentos que atuam no Hospital Universitário.

A necessidade de projetos de capacitação para todos os segmentos no sentido de melhorar as relações internas e as relações com o SH e a família.

Os espaços construídos a partir do programa VTM e os efeitos positivos sentidos no gerenciamento do trabalho da enfermagem a partir deste. O avanço nas relações interpessoais na enfermagem nos últimos anos atribuído também ao programa VTM. O reconhecimento das dificuldades ainda existentes, relacionando-as a alguns fatores como: comunicação inadequada; inexistência de educação ética no trabalho; pouco compromisso profissional; deficiência na atuação das chefias; despreparo dos enfermeiros para exercer coordenação e liderança participativa; falta de unificação nas ações gerenciais e especialmente inadequação do modelo assistencial adotado. Este modelo não estimula a utilização do potencial criativo e motivador dos trabalhadores, desresponsabilizando-o pelo ato assistencial, principalmente pela exclusão do pessoal de NM e SH/familiar no planejamento da assistência e ausência de planejamento participativo nas unidades.

Em relação às condições de trabalho alguns fatores são destacados como prejudiciais à assistência e ao desenvolvimento do trabalho da enfermagem. Entre eles, estão: a falta de material de consumo e medicamentos, o sucateamento do material permanente, a deterioração da área física, a deficiência na limpeza, baixos salários, a diferenciação de jornada de trabalho e a não reposição de pessoal permanente.

Em relação à atuação dos demais serviços: ausência de iniciativas multi e interdisciplinares, o descaso de alguns serviços como manutenção, RX, laboratório no atendimento às solicitações da enfermagem e outros.

A partir destas condições surgem os principais indicativos que passam por:

- fortalecimento da atual posição da enfermagem na estrutura organizativa do hospital estudado;
- investimento institucional em trabalhos que visam à subjetividade do conjunto dos trabalhadores da instituição;
- adequada assistência à saúde do trabalhador;
- criação de espaços conjuntos de discussão e deliberação sobre as questões que envolvem as diversas áreas e categorias;
- programas de capacitação visando à construção de relações interpessoais adequadas nas diversas áreas, pensando num melhor relacionamento entre os vários segmentos presentes na estrutura hospitalar, e com o usuário do serviço;
- modelo assistencial de enfermagem que inclua a participação de todos os trabalhadores (enfermeiros (as), técnicos (as) e auxiliares de enfermagem) e do sujeito

hospitalizado/familiar em todos os momentos do ato assistencial - do planejamento a avaliação da assistência;

- política de planejamento na aquisição e utilização de materiais, medicamentos, que garanta o adequado atendimento do sujeito hospitalizado;
- redimensionamento da capacidade hospitalar instalada em função das dificuldades existentes e perspectivas de mudança desta realidade a curto e médio prazos;
- integração com outras unidades assistenciais como postos de saúde, Secretarias Municipais de Saúde e outros visando a um atendimento mais integrado ao usuário do sistema;
- estabelecimento de parcerias com os departamentos da Universidade Federal de Santa Catarina pensando na superação das dificuldades tecnológicas existentes, dentre outras questões.

Quanto às possibilidades de mudanças na atual organização do trabalho da enfermagem, as possibilidades e limites colocados, dizem respeito, também, as possibilidades e limites colocados em relação à organização do trabalho em outros setores da sociedade, em outras instituições de saúde e no conjunto da instituição estudada.

Entendo que tais possibilidades, no que diz respeito à organização do trabalho na sociedade e no setor saúde, dependem da organização do conjunto dos trabalhadores e de sua intervenção organizada na perspectiva de buscar mudanças que os beneficiem.

No conjunto das instituições hospitalares públicas, também a intervenção organizada da sociedade através das organizações representativas de usuários bem como dos trabalhadores e dos dirigentes destas instituições, podem tornar possível, mudanças significativas para a melhoria tanto das condições de trabalho como da assistência prestada.

No interior da categoria é possível que o primeiro passo para estas mudanças já tenha ocorrido, através das experiências vivenciadas na gestão 1996/2000. É necessário, no entanto, a permanente mobilização da categoria em torno de seus propósitos. É necessário aprofundar as discussões em torno da ética e da participação no trabalho em saúde e enfermagem, para que o processo contemple as necessidades dos trabalhadores e dos usuários.

Entendendo que as novas formas de organização do trabalho, passam em primeiro lugar, pelo exercício de um trabalho que integre as diversas potencialidades do trabalhador de enfermagem. Uma organização do trabalho que diminua a distância entre aqueles que “pensam” e aqueles que “fazem” o trabalho da enfermagem, de forma que o conjunto da profissão seja constituído de seres humanos pensantes que realizam um trabalho integrado, cooperativo e conseqüentemente de qualidade. Neste sentido, percebo que um primeiro passo

já foi dado nesta caminhada. A abertura de espaços de participação do pessoal de nível médio nas instâncias integradas antes apenas por enfermeiras; as discussões que acontecem em torno de um modelo assistencial humanista para a assistência de enfermagem, do qual participam também os trabalhadores de nível médio e a construção de fóruns como o NAP, com atuação de trabalhadores, de todas as categorias nas mesmas condições.

Avaliando por fim, a contribuição deste estudo para a construção de uma organização do trabalho da enfermagem com características emancipatórias para o trabalhador e de uma assistência de qualidade, acredito que esta contribuição poderá vir a partir da participação destes trabalhadores em seus locais de trabalho e nas questões gerais da instituição.

Embora este estudo esteja circunscrito a uma determinada realidade, não podendo seus resultados ser simplesmente generalizados para outras realidades penso que traz uma pequena contribuição ao conhecimento de enfermagem, especificamente na área de gestão, na medida em que outros serviços possam construir a partir desta experiência, em suas realidades, projetos semelhantes, revendo a sua organização e buscando assim outras alternativas para o desenvolvimento do trabalho da enfermagem.

Para os usuários do serviço acredito que a reflexão dos trabalhadores enquanto exercício de participação coloca-se como uma possibilidade de aproximar trabalhador/usuário na prática cotidiana, abrindo espaços para a participação destes no planejamento do cuidado que recebem, promovendo alianças entre trabalhador e SH, com reflexos positivos na assistência.

8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABBAGNANO, Nicola. **Dicionário de filosofia**. 2 ed. São Paulo: Mestre Jou, 1982. 980p.

ALMEIDA, M. C. P. de; ROCHA, J. S. Y. **O saber da enfermagem e sua dimensão prática**. 2 ed. São Paulo: Cortez, 1989. 128 p.

ALMEIDA, M. C. P.; MISHIMA S. M.; PEDUZZI M. A pesquisa em enfermagem fundamentada no processo de trabalho: em busca da compreensão e qualificação da prática de enfermagem.. In: Congresso Brasileiro de Enfermagem, 1999, Florianópolis. **Anais** do 51 CBen e 10 Congresso Panamericano de Enfermería - Florianópolis, 2000, p. 259-277.

ARGENTA, M. I. **Compreender o processo de trabalho da enfermagem**: uma necessidade para a profissão. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2000. 140p.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DOS HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS. **Carta de Natal**. Natal, 2001. 3p.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977. 225p.

BELLATO, R.; PASTI, M. J.; TAKEDA, E. Algumas reflexões sobre o método funcional no trabalho da enfermagem. **Rev. latino-am. Enfermagem**. Ribeirão Preto, v.5, n. 1, p. 75-81, jan. 1997.

BORDENAVE, J. E. D. **O que é participação**. 8 ed. São Paulo: Brasiliense, 1994. 84 p.

BOTTOMORE, T. **Dicionário do pensamento marxista**. 2 ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1988, p. 5-9. 454p.

BRAVERMAN, H. **Trabalho e capital monopolista**. 3 ed. Rio de Janeiro: LTC Editora, 1987. 379 p.

CAMPOS, G. W. S. **A saúde pública e a defesa da vida**. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 1994.

_____. Subjetividade e Administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: MEHRY, Emerson E. e ONOCKO, Rosane (org.). **Praxis en salud**: um desafio para lo publico. São Paulo: Hucitec, 1997.

CAPELLA, B.B. **Uma abordagem sócio-humanista para um “modo de fazer” o trabalho de enfermagem**. Pelotas: ed. Universitária/UFPEL; Florianópolis: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/UFSC, 1998. 183 p.

CATTANI, A. D. **Trabalho e tecnologia**: dicionário crítico. 2 ed. Petrópolis: Vozes e Ed. da UFRG, 1999. 292 p.

CECÍLIO L. C. A modernização gerencial dos hospitais públicos: o difícil exercício da mudança. **RAP**, Rio de Janeiro, v.31, n.3, p.36-37, maio/jun. 1997.

_____. Autonomia versus controle dos trabalhadores: a gestão do poder no hospital. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 4, n. 2, p. 315-329. 1999.

CHANLAT, J.-F. Modos de gestão, saúde e segurança no trabalho. IN: DAVEL, E.; VASCONCELOS, J. (orgs.). **“Recursos” humanos e subjetividade**. 3 ed. São Paulo: Vozes, 2000. 260p.

CHAVES, M. **Saúde e sistemas**. 3 ed. Rio de Janeiro: Ed. da Fundação Getúlio Vargas, 1980. 205 p.

CHIAVENATO, I. **Teoria geral da administração**. 3 ed. São Paulo: McGraw- Hill, 1987a. v. 1. 487 p.

_____. **Teoria geral da administração**. 3 ed. São Paulo: McGraw-Hill, 1987b, v. 2. 606 p.

_____. **Administração de empresas**: uma abordagem contingencial. 2 ed. São Paulo: McGraw-Hill, 1987c. 606 p.

COHN, G. (org). **Weber**. 2 ed. São Paulo: Ática, livro 13, 1982. 167 p.

COLLET, N. et al. Método funcional na administração em enfermagem: relato de experiência. **Revista Bras. Enferm.**, Brasília, v.47, n.3, p. 258-264, jul/set. 1994.

CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM (41.: 1989: Florianópolis). **Anais 41 CBEn**, 1989. Florianópolis: ABEn, 1989.

DEMO, P. **Educação e qualidade**. 3 ed. Campinas: Papyrus, 1996. 160 p.

_____. **Participação é conquista**. 3 ed. São Paulo: Cortez, 1988. 81 p.

FARIA, J. H. **O autoritarismo nas organizações**. Curitiba: Criar Edições/FAE, 1985. 195p.

FEIBER, A. T. **Viabilizando um “modo de fazer” o trabalho de enfermagem** Monografia do Curso de Especialização em Administração dos Serviços de Saúde e de Enfermagem, UFSC, Florianópolis, 1998.

FERRAZ, C. A. Construindo uma prática administrativa de Enfermagem. In: Congresso Brasileiro de Enfermagem, 1990, Natal. **Anais...ABEn**, p. 85-97.

FLEURY, A. C. C.; VARGAS, N. (orgs). **Organização do trabalho**. São Paulo: Atlas, 1987.

FREITAS, M. E. A. A enfermeira e a sua concepção de corpo no processo de trabalho hospitalar. **R. Bras. Enferm.**, Brasília. v.49, n.1, p. 75-82, jan./mar. 1996.

FREITAS, M. E. A.; ALVES, M.; PEIXOTO, M. R. B. A divisão do trabalho na enfermagem e a visão global da assistência. **R. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v.17, n.1, p. 26-32, jan. 1996.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 22 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1999a. 184 p.

- _____. **Educação e mudança**. 23 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1999b. 79 p.
- _____. **Pedagogia da esperança** - um reencontro com a pedagogia do oprimido. 6 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1999c. 245 p.
- GALLO, S. **Ética e cidadania**: caminhos da filosofia. 5 ed. São Paulo: Papirus, 1999. 111 p.
- GALVÃO, C. M.; TREVISAN, M. A; SAWADA, N. O. A liderança do enfermeiro no século XXI: algumas considerações. **Rev. Esc. Enf USP**, São Paulo, v.32. n.1. p.302-306. dez. 1998.
- GARAY, Â. Gestão. IN: CATTANI, A D. (org.) **Trabalho e tecnologia**: dicionário crítico. 2 ed. Petrópolis: Vozes e Ed. da UFRG, 1999. 292 p.
- GELBCKE, F. L. et al. Multidimensionalidade do sujeito trabalhador: recortes da realidade de um hospital universitário. Florianópolis, 1999. **Digitado**.
- GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 2 ed. São Paulo: Atlas, 1989, 206 p.
- GONÇALVES, E. L. **Administração de recursos humanos nas instituições de saúde**. São Paulo: Pioneira, 1987. 139 p.
- GUIMARÃES, V. N. Estudo do trabalho. Disponível em >http://www.eps.ufsc.br/teses/valeska/cap_2cap4.htm< Acesso em 24/04/2001.
- _____. N. Tecnologia e democracia industrial: abordagens teóricas referenciais 2000. Disponível em: > http://www.eps.ufsc.br/teses/valeska/cap_4cap4.htm < acesso em 24/04/2001.
- HELOANI, R. **Organização do trabalho e administração**: uma visão multidisciplinar. 2 ed. São Paulo: Cortez, 1996. 112 p.
- HORR, L. et al. Preparando o assistir em enfermagem... **Rev. Texto & Contexto**, Florianópolis, v.4, esp., p. 216-219. 1995.
- KURGANT, P. (coord). **Administração em enfermagem**. São Paulo: E.P.U, 1991. 237 p.
- LARANJEIRA, S. M. G. Programa de qualidade total. IN: CATTANI, A. D. (org.) **Trabalho e tecnologia**: dicionário crítico. 2 ed. Petrópolis: Vozes e Ed. da UFRG, 1999. 292 p.
- LEITE, E. **Introdução ao sistema de aprendizagem vivencial**. Brasília, Centro de Aprendizagem Vivencial (Apostila do Curso de Formação de Facilitadores), 1993. **Digitado**.
- LEITE, E.; FERREIRA, L. C. **Relatório diagnóstico dos técnicos e auxiliares de enfermagem**: programa vivendo e trabalhando melhor. Brasília, Centro de Aprendizagem Vivencial, 1997. **Digitado**.
- _____. **Relatório diagnóstico e mobilização dos enfermeiros**: programa vivendo e trabalhando melhor. Brasília, Centro de Aprendizagem Vivencial, 1996. **Digitado**.

_____. **Núcleo de Apoio Permanente - NAP: capacitação interna.** Brasília: CAV, 1998. Digitado.

_____. **Treinamento do papel gerencial - relatório de acompanhamento evolutivo:** programa vivendo e trabalhando melhor. Brasília, Centro de Aprendizagem Vivencial, 1998. Digitado.

_____. **Atualização de papel e desenvolvimento interpessoal:** as relações grupais no trabalho de enfermagem. Programa Vivendo e Trabalhando Melhor. Brasília, Centro de Aprendizagem Vivencial, 2000. Digitado.

_____. **Reflexões sobre o método vivencial de diagnóstico e intervenção institucional.** Programa Vivendo e Trabalhando Melhor. Brasília, Centro de Aprendizagem Vivencial, 2001. Digitado.

LEOPARDI, M. T. **Metodologia de assistência de enfermagem:** análise da utilização do documento no processo de trabalho. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Ribeirão Preto. 1991. 174 p.

LUDKE, M.; ANDRÉ, M. E. D. A. **Pesquisa em educação:** abordagens qualitativas. 5 ed. São Paulo: E.P.U., 1986, 99 p.

LUNARDI Fº, W. D.; LUNARDI, V. L. Uma nova abordagem no ensino de enfermagem e de administração em enfermagem como estratégia de (Re) orientação da prática profissional do enfermeiro. **Rev. Texto & Contexto**, Florianópolis, v.5, n.2., p. 20-34, 1996. 315p.

MARTINS, J. J. **O cotidiano do trabalho da enfermagem em UTI:** prazer ou sofrimento? Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2000. 133 p.

MARX, K. **O capital:** crítica da economia política. 10 ed. São Paulo: Difel, v.1, 1985.

MASUR, J. **O frio pode ser quente?** 16 ed. São Paulo: Ática, 1999. 32 p.

MEDEIROS, L. C.; TAVARES, K. M. O papel do enfermeiro hoje. **R. Bras. Enferm.**, Brasília, v.50, n.2, p. 275-290, abr./jun. 1997.

MELO, C. **A divisão social do trabalho e enfermagem** São Paulo: Cortez, 1986.

MINAYO, M. C. S (org). **Pesquisa social:** teoria, método e criatividade. 9 ed. Petrópolis: Vozes, 1998. 80 p.

MONTICELLI, M. **Nascimento como um rito de passagem:** abordagem para o cuidado às mulheres e recém-nascidos. São Paulo: Probel, 1997. 346p.

MORIN, E. **A cabeça bem-feita.** Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2000. 128p.

MOTTA, F. C. P. **O que é Burocracia.** 5 ed. São Paulo. Brasiliense – Coleção Primeiros Passos, n. 21, 1984. 112 p.

_____. **Teoria geral da administração: uma introdução.** 19 ed. São Paulo: Pioneira, 1995. 212 p.

NEIS, M. B.; SALUM, N. C. Utilização de um instrumento para transcrição de prescrições médicas e de enfermagem. **Rev. Texto & Contexto**, Florianópolis, v.4, n.1., p. 122-126, jan/jun.1995.

NEIS, M. B.; HONÓRIO, M. T.; HERR, L. Refletindo acerca do cuidado integral como método de trabalho. Florianópolis, 1997. **Digitado.**

NIETSCHE, E. A. **A tecnologia emancipatória, possibilidade ou impossibilidade para a práxis da enfermagem?** Tese (Doutorado em Enfermagem) Ijuí: Injuí, 2000.

PAIVA, M. C C. **A borboleta e a minhoca.** 5 ed. São Paulo: Editora do Brasil, 1989. 14p.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Rev. Saúde Pública**, v.35, n.1, p. 103-109. 2001.

PIRES, D. **Hegemonia médica na saúde e a enfermagem.** São Paulo: Cortez. 1989. 156 p.

_____. **Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil.** São Paulo: Annablume. 1998. 253 p.

_____. Organização do trabalho na saúde. In: LEOPARDI, M. T (org). **O processo de trabalho em saúde: organização e subjetividade.** Florianópolis: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/UFSC - Ed. Papa-Livros, 1999. 176 p.

_____. Novas formas de organização do trabalho em saúde e enfermagem. **Rev. Baiana de Enfermagem**, UFB Bahia, v.13, n.1/2, p. 83-92. 2000.

SALUM, N. C. **Educação continuada no trabalho: uma perspectiva inovadora de transformação da prática e valorização do (a) Trabalhador (a) de enfermagem.** Dissertação de Mestrado (Mestrado em Enfermagem) Universidade Federal de Santa Catarina, 2000. 177p.

SILVA, E. B. **Refazendo a fábrica fordista.** São Paulo: Hucitec/FAPESP, 1991.

STONER, J. A.; FREEMAN, E. R. **Administração.** 5 ed. Rio de Janeiro: Prentice-Hall do Brasil, 1995.

THIOLLENT, M. **Metodologia da pesquisa-ação.** 8 ed. São Paulo: Cortez, 1998. 108p.

TRAGTENBERG, M. **Burocracia e ideologia.** São Paulo: Ática, 1974. 228p.

TRENTINI, M.; GONÇALVES, L. T. Pequenos grupos de convergência - um método no desenvolvimento de tecnologias na enfermagem. **Texto e Contexto Enferm.**, v. 9, n. 1, p. 42-62, jan/abr. 2000.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação.** São Paulo: Atlas, 1987. 175 p.

VIEIRA, C. M. **O discurso e a prática do cuidado integral no hospital universitário: reflexões.** Monografia do Curso de Especialização em Administração dos Serviços de Saúde e de Enfermagem, UFSC, Florianópolis, 1998.

ANEXOS

ANEXO 1 - ROTEIRO/GUIA DE ENTREVISTA - SUJEITO TRABALHADOR

- 1) Dados pessoais: idade, sexo, categoria; tempo na instituição/na enfermagem, outro trabalho/ local/ tempo.
- 1) Em primeiro lugar, gostaria que você me descrevesse como se passa um dia de trabalho no HU. O que você faz e como faz o trabalho, como é trabalhar com as outras pessoas da enfermagem e das outras áreas, o dia-a-dia com pacientes e familiares.
- 2) Como você percebe: a atuação da enfermagem na instituição; a sua participação na vida da instituição, na enfermagem, no seu local de trabalho, nas decisões que envolvem o seu trabalho, nas atividades que realiza?
- 3) Cite algumas situações que acontecem no HU/DE/unidade que o fazem sentir-se valorizado enquanto pessoa e profissional.
- 4) Em relação às condições de trabalho no HU o que você tem a me dizer a respeito de: ambiente físico (instalações), equipamentos e material, condições salariais, outros.
- 5) Como vocês organizam o trabalho na unidade? (ver entendimento sobre cuidado integral/cuidado funcional). Como é feita a distribuição de tarefas? Você participa do planejamento da assistência? De que forma?
- 6) O que você identifica de positivo na organização do trabalho? E de negativo?
- 7) A DE/HU tem um método de assistência para guiar o trabalho de enfermagem, que é a metodologia de assistência de enfermagem da Dra Wanda Horta. Fale um pouco sobre essa metodologia. Aponte os aspectos positivos e negativos?
- 8) Como são as relações com os profissionais que atuam no HU (geral)? E as relações na equipe de enfermagem? (entre enfermeiro/nível médio, enfermeiro/enfermeiro, equipe/chefias)? Facilidades e dificuldades do trabalho em equipe?
- 9) Se você tivesse poder para decidir, o que você faria para o trabalho de enfermagem ser melhor para você e para o usuário?
- 10) Como você pensa que deve ser um trabalho ideal, em termos de organização, relações de trabalho, condições de trabalho?
- 11) Existe mais alguma coisa a respeito do trabalho da enfermagem que você gostaria de colocar?

ANEXO 2 - ROTEIRO/GUIA PARA ENTREVISTA DO SUJEITO HOSPITALIZADO E/OU FAMILIAR

1)Dados de identificação:

Idade

Sexo

Procedência

Internações anteriores/ locais

Internações no HU

Tempo de permanência na atual internação

2) O que o trouxe ao hospital (ou a seu familiar)?/ Qual o motivo de sua internação (ou de seu familiar)?

1) Por que procurou o HU?

2) Que mudança a internação provoca em sua vida? O que representa a internação para você?

3) Fale um pouco sobre o que já se passou com você (ou seu familiar) desde o início da internação no HU?

4) Desde que você (ou seu familiar) internou-se, você (seu familiar) provavelmente já foi atendido por várias pessoas: médicos, enfermeiros, outros profissionais de enfermagem, nutricionista, estudantes. Dê sua opinião sobre o atendimento. Por favor, fale um pouco sobre a assistência/cuidado/atendimento que recebe (seu familiar) do pessoal de enfermagem. Como você avalia este atendimento? (aspectos positivos, negativo, suas sugestões)

5) Como você acha que você deveria (ou seu familiar) ser cuidado?

6) Se por um dia você fosse chefe deste hospital, o que você mudaria para ter uma boa assistência?

7) Existe alguma outra coisa que você gostaria de me dizer?

ANEXO 3 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Este instrumento tem a intenção de obter o seu consentimento por escrito para participar de entrevistas que irei desenvolver no HU/UFSC nos meses de maio a julho de 2001.

Estas entrevistas farão parte de uma prática assistencial que me proponho a realizar e caracteriza-se por uma reflexão acerca da organização atual do trabalho da enfermagem na instituição, com vistas a buscar indicativos de uma organização do trabalho que propicie a identidade emancipatória do trabalhador de enfermagem e uma assistência de qualidade àqueles que recebem a assistência.

O trabalho será realizado em dois momentos, sendo a primeira etapa uma entrevista que será aplicada a trabalhadores e usuários ou familiares. A segunda etapa se caracteriza por um momento de reflexão dos trabalhadores quanto aos dados obtidos nas entrevistas.

Os relatos obtidos serão confidenciais, sendo que os nomes dos participantes não serão utilizados em nenhum momento.

Sua participação poderá contribuir na construção de um trabalho mais prazeroso e motivador para os trabalhadores de enfermagem, assim como para uma melhor assistência aos usuários de nossos serviços.

Após cada uma das etapas seu relato lhe será entregue para seu parecer final, estando você livre para acrescentar ou retirar as informações que julgar pertinentes. Ainda se você desejar poderá deixar de responder às perguntas como julgar conveniente. A qualquer momento lhe é dado o direito de desistir da participação no estudo.

Desde já agradeço sua colaboração, que poderá contribuir para a aquisição de novos conhecimentos quanto ao trabalho que desenvolvemos na enfermagem.

Se julgar necessário, você poderá entrar em contato comigo pelos telefones: 99926508/3334955.

Eliane Matos

Eu, _____, consinto em participar desta pesquisa, desde que se respeitem as condições acima.

ANEXO 4 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Este instrumento tem a intenção de obter o seu consentimento por escrito para participar de entrevistas que irei desenvolver no HU/UFSC, nos meses de maio a julho de 2001.

Estas entrevistas fazem parte de um estudo que pretendo desenvolver, no curso de Mestrado de Enfermagem e que tem por objetivo, repensar o trabalho de enfermagem que realizamos no HU.

Após essa entrevista, seu relato lhe será entregue para parecer final, estando você livre para acrescentar ou retirar as informações que julgar pertinentes. Ainda se você desejar poderá deixar de responder às perguntas como julgar conveniente. A qualquer momento lhe é dado o direito de desistir da participação no estudo.

Os relatos obtidos serão confidenciais, sendo que os nomes dos participantes não serão utilizados em nenhum momento.

Sua participação poderá contribuir na construção de um trabalho mais prazeroso e motivador para os trabalhadores de enfermagem, assim como para uma melhor assistência para você e os demais usuários de nossos serviços.

Desde já agradeço sua colaboração, que poderá contribuir para a aquisição de novos conhecimentos quanto ao trabalho que desenvolvemos na enfermagem.

Se julgar necessário, você poderá entrar em contato comigo pelos telefones: 99926508/3334955.

Eliane Matos

Eu, _____, consinto em participar desta pesquisa, desde que se respeitem as condições acima.

