

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO PROFISSIONAL GESTÃO DO CUIDADO EM
ENFERMAGEM**

JULIETA ORO

**O CUIDADO INTEGRAL DE ENFERMAGEM EM UNIDADE DE
INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

**FLORIANÓPOLIS
2011**

JULIETA ORO

**O CUIDADO INTEGRAL DE ENFERMAGEM EM UNIDADE DE
INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para a obtenção do título de Mestre Profissional em Gestão do Cuidado em Enfermagem, do Curso de Mestrado Profissional Gestão do Cuidado em Enfermagem - Área de Concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade.

Orientadora: Prof^a Dr^a Eliane Matos
Linha de Pesquisa: Administração em Enfermagem e Saúde.

FLORIANÓPOLIS
2011

Catálogo na fonte pela Biblioteca Universitária
da
Universidade Federal de Santa Catarina

O74c Oro, Julieta

O cuidado integral de enfermagem em unidade de internação hospitalar [dissertação] / Julieta Oro ; orientadora, Eliane Matos. - Florianópolis, SC, 2011.

163 p.: il.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

Inclui referências

1. Enfermagem. 2. Cuidados com os doentes. 3. Enfermagem - Organização - Administração. 4. Serviços de enfermagem. I. Matos, Eliane. II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. III. Título.

CDU 616-083

JULIETA ORO

**O CUIDADO INTEGRAL EM UNIDADE DE INTERNAÇÃO
HOSPITALAR**

Esta dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do título de:

**MESTRE PROFISSIONAL EM GESTÃO DO CUIDADO EM
ENFERMAGEM**

E aprovada em 28 de novembro de 2011, atendendo as normas da legislação vigente da Universidade de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração: **Filosofia, Saúde e Sociedade**.



Dra. Flávia Regina Souza Ramos
Coordenadora do Programa

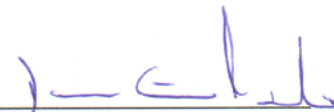
Banca Examinadora:



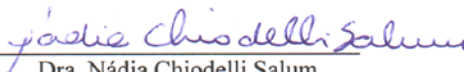
Dra. Eliane Matos
Presidente



Dra. Eliana Pinho Azambuja
Membro



Dra. Denise E. Pires de Pires
Membro



Dra. Nádia Chiodelli Salum
Membro

*Emanuel e Luiz,
Meus meninos!
Que dia-a-dia dão
Mais sentido à minha vida!*

AGRADECIMENTOS

*Este é um momento muito especial para mim, para a minha realização pessoal e profissional. Agradeço a **TODOS** que contribuíram para que eu concluísse esta dissertação. Certamente, são muitas as pessoas a agradecer. Todas as contribuições foram essenciais e importantes para que eu pudesse chegar até aqui. Muito obrigada!*

Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Funcionários, em especial aos Professores do Mestrado Profissional, pelo ensino, disponibilidade e apoio nesta caminhada.

Ao Hospital Universitário e principalmente à Direção de Enfermagem, que trouxe o mestrado profissional para esta instituição, não medindo esforços em alçar meios de capacitar os trabalhadores da enfermagem. Certamente, não estaria aqui hoje, orgulhosa de mais esta ação de gestão em benefício à valorização dos profissionais desta instituição.

À minha Orientadora Eliane Matos, que tornou possível a realização deste trabalho, atuando com dedicação, sabedoria, discernimento, bom senso. Esteve comigo em todos os momentos, encorajando-me e ensinando. Certamente a caminhada tornou-se mais suave e prazerosa ao seu lado. Obrigada por tudo!

Aos Integrantes da Banca: Denise Elvira Pires de Pires; Eliana Pinho de Azambuja; Nádia Maria Chiodelli Salum; Jorge Lorenzetti e Soraia Dorneles, agradeço pela disponibilidade de leitura deste estudo, sugestões e contribuições.

À Direção de Enfermagem, a Prof^a Francine Lima Gelbcke, e ao CEPEn, enfermeira Nádia Maria Chiodelli Salum por facilitar a efetivação das oficinas.

Aos Sujeitos de Enfermagem, que abraçaram as propostas de inovar o cuidado, incentivando-me e participando do estudo, com certeza, sem vocês eu não teria chego aqui!

A grande Família da CMI, pelos muitos anos de convivência, carinho, atenção e colaboração em todos os momentos, meus sinceros agradecimentos.

Às Colegas do Mestrado, pelo apoio incondicional, a oportunidade de conviver, de compartilhar e de aprender...

As minhas Amigas, Juliana Balbinot Reis Girondi, Roseli Schmoeller e Sandra Hilda Sobrinho, pelo auxílio, referência e incentivo neste percurso. Sou grata a vocês!

Aos meus Filhos, Luiz Henrique e Emanuel Henrique, presentes de Deus, luz e alegria em meu viver, que souberam compreender a amplitude deste 'passo' e relevaram os momentos de ausência e impaciência, a minha eterna gratidão!

Aos meus queridos Pais, Reinaldo e Maria que com seus exemplos me ensinaram a viver com dignidade dando liberdade para alcançar metas, oferecendo apoio, incentivo para transpor as barreiras e principalmente viver a vida. Amo Vocês!

Aos Irmãos, que mesmo separados pela distância geográfica, deram força, valorizando meu potencial. Obrigada!

Aos meus Amigos, desculpem pelos momentos de ausência. Foi por um bom motivo!

*A **DEUS** Onipresente, por Tudo e por Todos!*

ORO, Julieta. **O cuidado integral de enfermagem em unidade de internação hospitalar**. 2011. 163p. Dissertação (Mestrado Profissional Gestão do Cuidado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2011.

Orientadora: Dra. Eliane Matos

Linhas de Pesquisa: Administração em Enfermagem e Saúde.

RESUMO

Este estudo teve como objetivo empreender, juntos aos trabalhadores de enfermagem, um processo crítico reflexivo acerca da organização do trabalho de enfermagem, com vistas à experimentação/construção de uma proposta de trabalho coletivo que se aproxime da perspectiva do modelo de cuidados integrais. O quadro teórico de análise conta com uma revisão de literatura acerca do trabalho, trabalho em saúde e enfermagem, cuidado integral e integralidade. Trata-se de um estudo qualitativo de natureza Convergente-Assistencial (PCA), realizada em uma Unidade de Internação de Clínica Médica de um hospital federal universitário, localizado na região sul do Brasil. A coleta de dados foi obtida através de oficinas reflexivas realizadas na própria instituição. As oficinas foram realizadas por turno de trabalho (matutino, vespertino e três noturnos), separadamente. Com cada grupo de trabalhadores foram realizadas quatro oficinas, totalizando o estudo com vinte oficinas, das quais participaram 30 trabalhadores – 07 enfermeiros, 19 técnicos e 04 auxiliares de enfermagem. O processo de coleta de dados incluiu a abordagem dos aspectos teóricos acerca do processo de trabalho em enfermagem, a experimentação na prática de propostas de inovação na organização do trabalho e a reflexão coletiva dos trabalhadores sobre a organização do trabalho segundo os modelos de cuidado integral e funcional. A análise e a interpretação dos dados foram realizadas considerando o referencial teórico e as potencialidades do processo crítico reflexivo desenvolvido em oficinas para provocar mudanças na organização do trabalho coletivo. Os resultados da investigação apontam que independente do modo como vivenciam na prática a organização do trabalho, pelo modelo de cuidados funcional ou integral, os trabalhadores reconhecem a importância de organizar o cuidado prestado ao sujeito hospitalizado considerando a necessidade dos mesmos de atenção individual, de relações solidárias, de autonomia, de acolhimento de reconhecimento de sua totalidade como ser humano.

Destaca-se, na investigação, a percepção dos trabalhadores de enfermagem acerca do cuidado de enfermagem e da distribuição das atividades pelo modelo de cuidados integrais como um modo mais adequado de atender as necessidades do sujeito hospitalizado. A organização do trabalho pelo modelo de cuidados integrais, entretanto, para sua viabilização na realidade implica em condições de trabalho adequadas, especialmente no que diz respeito ao dimensionamento de pessoal, aspecto que interfere na adoção deste modelo no período noturno, em que há um quantitativo menor de trabalhadores de enfermagem. O processo investigativo, realizado segundo a dinâmica da pesquisa convergente assistencial, demonstrou potencial para provocar mudanças na realidade, fazendo com que trabalhadores repensassem sua prática, a relação que estabelecem com o sujeito hospitalizado e resultando na adoção de algumas inovações que se aproximam do modelo de cuidados integrais. Entende-se que a solidificação das mudanças, assim como a ampliação destas pode se dar pela intensificação de processos reflexivos e melhorias nas condições de trabalho.

Palavras Chaves: Cuidado; Enfermagem; Organização e Administração; Cuidados de Enfermagem; Processo de Trabalho; Modelos de Cuidados.

ORO, Julieta. **Comprehensive nursing care in an in-patient hospital ward**. 2011. 163p. Dissertação (Professional Nursing Management and Care) – Graduate Nursing Program, Federal University of Santa Catarina, Florianópolis, 2011.

Advisor: Dra. Eliane Matos

Research Lines: Nursing and Health Care Administration.

ABSTRACT

The objective of this study was to better understand, together with nursing workers, a critical reflective process surrounding the organization of nursing work, under an experimentation/construction perspective of a collective work proposal which approximates the comprehensive care model perspective. The theoretical analytical framework counts upon a literature review within the study's theme, nursing and health care work, comprehensive care, and comprehensiveness. This is a qualitative Convergent-Care (PCA) study, carried out in the In-Patient Unit of a Medical Clinic within a federal university hospital in southern Brazil. Data was obtained through reflective workshops carried out in the institution itself. These workshops were separately organized by work shift (morning, afternoon, and three night shifts). Four workshops were organized for each group of workers, totaling twenty workshops, which included the participation of 30 employees – nurses, nursing technicians, and nursing aides. The data collection process included outlining the theoretical aspects of the nursing work process, experimentation in nursing practice, and the proposals for innovation in the work organization, as well as collective reflection from the workers themselves concerning the organization of work according to the comprehensive and functional care models. Data was analyzed and interpreted according to the theoretical references and the potentialities of the critical reflexive process developed in workshops in order to promote organizational change of the collective work involved. The results from this investigation point out that independently from the manner in which the organization and practice of work are lived, be it the functional or comprehensive care models, workers recognize the importance of organizing care given to the hospitalized subject in consideration of their need for individual care, empathetic relationships, autonomy, comforting, and recognition of their totality as human beings. This

investigation highlights the nursing workers' perception surrounding nursing care and the distribution of activities within the comprehensive care model as a more adequate manner of attending the needs of the hospitalized subject. Work organization from the comprehensive care model, however, to become realistically viable, implies adequate work conditions, especially with respect to personal dimensioning, an aspect which interferes with adopting the present model during the night shift, in which there are a lesser number of nursing workers. The investigative process, carried out according to the dynamic of convergent care research, demonstrated the potential to provoke changes within the reality experienced, thus allowing workers to rethink their practice, the relationships they establish with the hospitalized subject, and which results in adopting some innovations which approximate to the comprehensive care model. One understands that the solidification of these changes, as well as their expansion can be seen through the intensification of reflective processes and improvements in working conditions.

Keywords: care; nursing; organization and administration; nursing care; work processes; care models.

ORO, Julieta. **La atención integral de enfermería en unidad de hospitalización.** 2011. 163p. Disertación (Maestría Profesional en Gestión de Cuidados de Enfermería) - Programa de Postgrado en Enfermería, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2011.

Orientadora: Dra. Eliane Matos

Líneas de Investigación: Administración de Enfermería y Salud

RESUMEN

Este estudio tuvo como objetivo llevar a cabo, junto con el personal de enfermería, una reflexión crítica sobre la organización del trabajo de enfermería, con el fin de experimentar/construir una propuesta de trabajo colectivo que se aproxime a la perspectiva del modelo de cuidado integral. El marco teórico de análisis incluye una revisión bibliográfica sobre el trabajo, el trabajo en salud y enfermería, el cuidado integral y la *integralidad*. Se trata de un estudio cualitativo, de tipo convergente asistencial (PCA), que tuvo lugar en una Unidad de Hospitalización de una clínica médica de un hospital universitario federal, ubicado en el sur de Brasil. La recolección de datos se hizo a través de talleres reflexivos que se realizaron en la institución. Los talleres se llevaron a cabo en cada turno de trabajo (matutino, vespertino y tres en el período nocturno) por separado. Con cada grupo de trabajadores se llevaron a cabo cuatro talleres, para un total de veinte, con la participación de treinta trabajadores-enfermeros, técnicos y auxiliares de enfermería. El proceso de recolección de datos incluyó el enfoque de los aspectos teóricos del proceso de trabajo en enfermería, la experimentación en la práctica de propuestas de innovación en la organización del trabajo y la reflexión colectiva de los trabajadores sobre la organización del trabajo de acuerdo al modelo de cuidado integral y funcional. El análisis e interpretación de los datos se hizo teniendo en cuenta el análisis teórico y el potencial del proceso crítico reflexivo desarrollado en los talleres diseñados para producir cambios en la organización del trabajo colectivo. Los resultados de la investigación indican que, independientemente de cómo los trabajadores experimentan en la práctica la organización del trabajo, ya sea por el modelo de cuidados funcional o integral, reconocen la importancia de organizar el cuidado prestado al sujeto hospitalizado teniendo en cuenta la necesidad de una atención individual, de relaciones solidarias, de autonomía, de acogida, de reconocimiento como ser humano completo. En la investigación se destaca la percepción de los

trabajadores de enfermería acerca de la atención de enfermería y de la distribución de las actividades a través del modelo de cuidado integral como el más adecuado para atender las necesidades del sujeto hospitalizado. Sin embargo, la organización del trabajo por el modelo de atención integral, para que sea viable en la realidad, implica condiciones de trabajo adecuadas, especialmente en cuanto a la dotación de personal, aspecto que interfiere en la adopción de este modelo durante el período nocturno, en el que hay una menor cantidad de trabajadores de enfermería. El proceso de investigación llevado a cabo de acuerdo a la dinámica de la investigación convergente asistencial ha demostrado el potencial para causar cambios en la realidad, haciendo que los trabajadores reconsideren su práctica, así como la relación que establecen con cada sujeto hospitalizado y que resulta en la adopción de algunas innovaciones que se aproximan al modelo del cuidado integral. Se entiende que la solidificación de los cambios, así como su expansión, se puede hacer por el desarrollo de procesos de reflexión y el mejoramiento de las condiciones de trabajo.

Palabras clave: atención, enfermería, organización y administración, cuidados de enfermería, proceso de trabajo, modelos de atención.

LISTA DE SIGLAS

BDEFN	Base de Dados Bibliográficos na Área de Enfermagem do Brasil
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CEP	Comitê de Ética de Pesquisa com Seres Humanos
CEPEn	Centro de Educação e Pesquisa em Enfermagem
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DE	Direção de Enfermagem
GRUPO PRÁXIS	Núcleo de Estudos sobre Trabalho, Cidadania, Saúde e Enfermagem
HU	Hospital Universitário
LILACS	Literatura Latino-Americana em Ciências de Saúde
MEDLINE	Literatura Internacional em Ciências da Saúde
PCA	Pesquisa Convergente-Assistencial
PNH	Política Nacional de Humanização
SCIELO	Scientific Electronic Library Online
SUS	Sistema Único de Saúde
UICM	Unidade de Internação de Clínica Médica
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1:** Distribuição da amostra de trabalhadores de enfermagem por turno de trabalho que participaram da pesquisa, 2011. 46
- Figura 2:** Número de participantes do estudo por gênero, 2011. 57
- Figura 3:** Situação dos trabalhadores em relação ao número de vínculos empregatícios, 2011. 58
- Figura 4:** Participantes da pesquisa em relação ao tempo de serviço na Unidade de Internação Clínica Médica, 2011. 58

SUMÁRIO

LISTA DE SIGLAS.....	17
LISTA DE FIGURAS	19
1 CUIDADO EM ENFERMAGEM: PERCEPÇÕES DO COTIDIANO	23
1.1 OBJETIVOS	26
1.1.1 Objetivo Geral	26
1.1.2 Objetivos Específicos.....	26
2 ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO E MODELOS DE DISTRIBUIÇÃO DE CUIDADOS	27
2.1 DISCUSSÕES RELACIONADAS À TEMÁTICA	27
2.2 MARCO CONCEITUAL.....	36
3 METODOLOGIA	43
3.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO	44
3.2 SUJEITOS PARTICIPANTES DO ESTUDO	45
3.3 ASPECTOS ÉTICOS.....	46
3.4 OPERACIONALIZAÇÃO DO ESTUDO	47
3.5 REGISTROS E ANÁLISE DOS DADOS.....	54
4 RESULTADOS E DISCUSSÕES	57
4.1 PERFIL DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	57
4.2 MANUSCRITO 1: REFLEXÕES SOBRE CUIDADO E ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO DA ENFERMAGEM SEGUNDO TRABALHADORES DE ENFERMAGEM DE UM HOSPITAL ESCOLA	59
4.3 MANUSCRITO 2: PROCESSO DE TRABALHO NA PERSPECTIVA DE TRABALHADORES DA ENFERMAGEM DE UM HOSPITAL ESCOLA.....	79
4.4 MANUSCRITO 3: POSSIBILIDADES E LIMITES DE ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO DE ENFERMAGEM PELO MODELO DE CUIDADOS INTEGRAIS EM INSTITUIÇÃO HOSPITALAR	104
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	129
REFERÊNCIAS	133
APÊNDICES.....	143
ANEXOS	153

1 CUIDADO EM ENFERMAGEM: PERCEPÇÕES DO COTIDIANO

*Obstáculos e dificuldades fazem parte da vida.
E a vida é a arte de superá-los.
(DeRose)*

A expectativa de realizar este estudo vem da preocupação com o modo como se realizam os cuidados de enfermagem no cotidiano de uma unidade de internação hospitalar, na instituição em que atuo como enfermeira, coordenando os trabalhos da equipe de enfermagem com os sujeitos hospitalizados.

Mesmo que a Direção de Enfermagem (DE) recomende a organização do trabalho pelo modelo de cuidados integrais, entendido como aquele em que um trabalhador presta todos os cuidados a um ou mais sujeitos hospitalizados durante um turno de trabalho (PIRES, 1999), percebe-se que a lógica de fragmentação do cuidado ainda permanece, em muitas situações, na organização do trabalho da enfermagem, trazendo efeitos negativos para os sujeitos que recebem os cuidados.

No dia a dia, observa-se, na unidade específica de atuação da pesquisadora, especialmente entre os trabalhadores do turno noturno, que predomina a organização do trabalho com base no parcelamento das tarefas entre os diversos integrantes da equipe de enfermagem, de modo que cada trabalhador é responsável por uma atividade ou um grupo de atividades que são realizadas com todos os sujeitos hospitalizados. Também, nos turnos diurnos, em que a prática predominante é a de “cuidados integrais”, muitas vezes percebe-se o parcelamento das atividades assistenciais, bem como uma prática carente de reflexão sobre o que venham a ser esses cuidados. Tal modo de organização do trabalho dificulta a percepção das necessidades do sujeito hospitalizado como um todo e distancia-se da almejada assistência integral.

A organização do trabalho pela distribuição de atividades parcelares entre os trabalhadores de enfermagem, ou “modelo de cuidados funcionais”, como este é chamado, segundo Lopes (1995), citado por Costa (2004, p. 236), consiste em

um modelo no qual a concretização das tarefas assume a finalidade primordial do trabalho de cada profissional de enfermagem, parte-se das tarefas para padronizar as necessidades dos doentes

e não dos doentes para a definição das tarefas. Nesta situação o doente torna-se tão somente o 'lugar' em que são realizadas as tarefas.

Para Reisdorfer (2002), a organização do trabalho é um processo complexo e singular a cada instituição e grupo profissional. Dejours (1994), por sua vez, entende que a organização do trabalho compreende as relações de poder, a divisão de trabalho, ou seja, envolve de uma só vez o conteúdo e as relações humanas de trabalho.

Paschoal, Mantovani e Polak (2005) salientam que a busca pela qualidade da assistência prestada, o respeito ao cliente e a construção de conhecimento que valorize a diversidade do trabalho e do cliente, em que se estimula a criatividade e a ousadia, devem ser desenvolvidas na enfermagem, visando à prestação do cuidado humanizado.

Sobre esse aspecto, Matos (2002) e Pires (2008) defendem que o modo como o trabalho é organizado tanto pode contribuir para estimular a criatividade e a satisfação do trabalhador de enfermagem, com resultados positivos para a qualidade do cuidado prestado ao sujeito hospitalizado, como pode contribuir para a alienação do trabalhador e a insatisfação de ambos os sujeitos envolvidos nesta relação. Para as autoras, a organização do trabalho de enfermagem pelo modelo de cuidados integrais é potencialmente mais motivador e criativo para os trabalhadores, podendo resultar em uma assistência de melhor qualidade (MATOS, 2002; PIRES, 2008).

Entende-se que, na enfermagem, pensar em um trabalho mais motivador e de melhor qualidade implica em repensar a organização do trabalho, valorizando e estimulando a prestação de cuidado pelo modelo integral, de modo que ao realizar o seu trabalho, os trabalhadores de enfermagem valorizem igualmente todos os aspectos do cuidado, sejam eles biológicos, psicológicos, sociais ou espirituais.

Esse entendimento levou-me a repensar a organização do trabalho em minha vivência diária, ou seja, na prática. Durante grande parte do tempo em que trabalhei na instituição, atuei como Enfermeira, trabalhando em Unidade de Internação de Clínica Médica. Porém, nos últimos anos, realizei algumas coberturas de serviço nas unidades de Pediatria e Ginecologia, por um curto período de tempo, e, assim, pude observar algumas diferenças nos modos de organização do trabalho entre os integrantes da equipe de enfermagem e como são distribuídos e sistematizados os cuidados aos sujeitos hospitalizados.

Em decorrência das observações realizadas, é possível perceber

diferenças e semelhanças na organização do trabalho da enfermagem nos diversos serviços da instituição. Na maioria das unidades de internação, o turno noturno organiza o trabalho pelo modelo de cuidados funcionais, enquanto que o turno diurno o faz aproximado-se mais do modelo de cuidados integrais. Existem diferenças, as quais decorrem de alguns fatores: o dimensionamento de pessoal de enfermagem de cada unidade; a organização dos trabalhadores para os momentos de descanso; os momentos de interação entre a equipe; o número de sujeitos atendidos e seu grau de dependência em relação aos cuidados de enfermagem. Existem, também, unidades que realizam o cuidado integral em todos os turnos de trabalho, demonstrando que é possível uma organização mais integradora das atividades de enfermagem. Observa-se, porém, em discussões informais, que, geralmente os trabalhadores habituados a prestar cuidados de enfermagem fragmentados demonstram resistência em experimentar, repensar e reformular suas práticas cotidianas a fim de implementar um modo de organização do trabalho mais próximo ao modelo de cuidados integrais.

Na unidade em que a pesquisadora atua, diversas são as justificativas do pessoal para a manutenção do modelo funcional de cuidado. Estas passam pelo número insuficiente de trabalhadores para a realização do trabalho; excesso de atividades; aumento de cuidados específicos de natureza complexa, dificultando a realização de cuidados integrais. Estes trabalhadores justificam, inclusive, que em outras unidades da instituição, com menor número de leitos, o quantitativo de pessoal é igual ao desta unidade.

Diante das dificuldades apresentadas, resolveu-se realizar a presente investigação, com vistas a construir com os trabalhadores possibilidades de transformação da realidade, com isso contribuindo também para repensar os modelos de cuidados de enfermagem na instituição como um todo.

Sem desconsiderar que as condições de trabalho podem limitar a experimentação de outras formas de organização do trabalho na enfermagem, acredita-se, sim, que há necessidade de refletir com os trabalhadores sobre a atual organização na perspectiva de construir alternativas que possam melhorar a assistência prestada ao sujeito hospitalizado, bem como possibilidades mais humanizadas e prazerosas de realizar o trabalho em saúde.

Deste modo, após refletir sobre os aspectos aqui apresentados, o presente estudo tem por finalidade buscar resposta para a seguinte questão norteadora: O que pensam os trabalhadores de enfermagem sobre o modo como é organizado o trabalho em Unidade de Internação

de Clínica Médica na atualidade e quais estratégias devem ser utilizadas para a construção de um modelo que se aproxime dos cuidados integrais e que considere o sujeito hospitalizado em suas múltiplas dimensões?

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo Geral

Empreender, junto aos trabalhadores de enfermagem que atuam em uma Unidade de Internação de Clínica Médica de um hospital escola localizado no sul do Brasil, um processo crítico-reflexivo acerca da organização do trabalho de enfermagem na unidade, com vistas à experimentação/construção de uma proposta de trabalho coletivo que se aproxime da perspectiva do modelo de cuidados integrais.

1.1.2 Objetivos Específicos

- 1) Conhecer o que pensam os trabalhadores de enfermagem sobre os modelos de cuidados praticados na instituição;
- 2) Estimular a reflexão crítica com os trabalhadores de enfermagem acerca dos modelos de cuidados integrais e funcionais;
- 3) Estimular a experimentação prática de alternativas para a organização do trabalho coletivo da enfermagem que se aproxime da organização do trabalho pelo modelo de cuidados integrais.

Os objetivos estabelecidos para o estudo, a revisão de literatura, o marco conceitual e a abordagem metodológica pretendem dar conta da reflexão acerca dos modelos de cuidados no contexto do trabalho assistencial de enfermagem da instituição estudada, com vistas a estimular mudanças significativas na realidade, atendendo, deste modo, os pressupostos do mestrado profissional de produzir conhecimentos capazes de promover mudanças na prática.

Os resultados do estudo são apresentados sob a forma de três manuscritos com as reflexões dos trabalhadores de enfermagem acerca do tema e, por último, as considerações finais, destacam os principais resultados e o potencial de estudos desta natureza para a efetivação de mudanças na realidade.

2 ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO E MODELOS DE DISTRIBUIÇÃO DE CUIDADOS

*Sê perseverante como o mar,
que há milênios tenta subir pelas areias.
(DeRose)*

2.1 DISCUSSÕES RELACIONADAS À TEMÁTICA

A revisão de literatura tem o intuito de situar o leitor a propósito do assunto investigando, bem como sobre o que já foi produzido anteriormente acerca do tema. Neste sentido, apresenta-se a seguir um panorama do “estado de arte”, salientando-se o que vem sendo discutido na atualidade sobre assistência integral e integralidade, modelos de cuidados e organização do trabalho, sempre com a finalidade de apontar avanços, limites e perspectivas em relação ao tema em questão.

Para a construção deste trabalho, foi realizado um levantamento da literatura, utilizando-se a base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), que contém publicações de fontes de Ciências da Saúde em Geral, tais como: Literatura Latino-Americana em Ciências de Saúde (LILACS), Literatura Internacional em Ciências da Saúde (MEDLINE) e Scientific Electronic Library Online (SCIELO), além de áreas especializadas, como a Base de Dados Bibliográficos Especializada na Área de Enfermagem do Brasil (BDENF). Foram utilizadas, ainda, outras produções que fossem pertinentes ao tema abordado.

Salienta-se que muitas foram as dificuldades encontradas para definir descritores e palavras-chave pertinentes para a busca em bases de dados devido aos seguintes fatores: ausência de descritores específicos; variedade de expressões utilizadas ao tratar do tema. Essas dificuldades levaram à opção pela combinação de palavras-chave de modo a atingir os objetivos desejados pelo estudo, as quais ficaram assim compostas: *cuidado integral e enfermagem; cuidado integral, cuidado funcional e enfermagem; método de distribuição do cuidado e enfermagem; organização do cuidado e cuidado integral e enfermagem; divisão do trabalho e trabalho em equipe e enfermagem; método de cuidado e enfermagem e organização do trabalho; equipe de assistência ao paciente.*

A busca dos artigos foi realizada pelo acesso on-line, nos meses de maio e de junho de 2010, resultando na captação de um total de cento e quarenta e sete artigos disponíveis e completos. No entanto, após a utilização dos critérios de inclusão e exclusão, a amostra final ficou constituída de dezenove artigos.

Os critérios de inclusão utilizados foram: artigos completos; publicados em português, com resultados disponíveis on-line na base de dados selecionada; pertencer ao período compreendido entre janeiro de 2000 e junho de 2010, cujo enfoque tivesse alguma relevância para discutir as políticas do Sistema Único de Saúde (SUS) no contexto da integralidade, relacionando-o com a distribuição de atividades na organização do trabalho pelo modelo de cuidados de enfermagem.

Foram excluídos os artigos não pertinentes ao tema, publicados fora do período de tempo estipulado e os não disponíveis na íntegra.

Os resultados da busca em base de dados revelam que o tema *modelo de cuidados de enfermagem*, sob a ótica da divisão do trabalho entre os integrantes da equipe de enfermagem, tem sido insuficientemente abordado, especialmente nos últimos anos. Na atualidade, as diversas contribuições ao tema surgem a partir do debate acerca da assistência integral e integralidade da assistência, tema amplamente debatido a partir da estruturação do SUS na realidade brasileira (SILVA; SENA, 2006; PINHO; SIQUEIRA; PINHO, 2006; REIS; ANDRADE, 2008; SOUZA et al., 2008; SENA et al., 2008; BECK et al., 2009; DUARTE; SENA; XAVIER, 2009). Permeiam essa discussão as diretrizes de multiprofissionalidade, integralidade e humanização da assistência no contexto da Estratégia de Saúde da Família (ESF).

Embora o debate acerca do princípio da assistência integral e/ou integralidade da assistência esteja fundamentado em dimensões mais amplas, na perspectiva de construção de modelos assistenciais para a atenção à saúde no SUS - os quais ultrapassam os limites deste estudo -, é possível, a partir desta discussão, encontrar aspectos que contribuam para debater os modelos de cuidados na enfermagem.

A assistência integral/integralidade presente neste debate tem relação com princípios que vem sendo associados a uma boa prática, destacadamente no que se refere à necessidade de uma prática profissional, por parte dos profissionais de saúde, que não reduza o paciente à sua doença ou ao órgão que produziu a doença; que supere a dicotomia entre saúde coletiva e assistência médica individual, e a introdução de políticas públicas para determinados grupos populacionais abrangendo, tanto a promoção e a proteção da saúde, como o tratamento

das doenças e humanização da assistência e do trabalho (MATTOS, 2001).

Os estudos analisados trazem alguns aspectos que auxiliam a pensar a organização do trabalho nos microespaços assistenciais como um dos fatores que contribuem para promover a assistência integral aos usuários do SUS, uma vez que as mudanças dependem de ações macro e microestruturais. As mudanças no modelo assistencial passam pelo modo de entender o ser humano em toda a sua complexidade e diversidade, assim como pela reflexão acerca da divisão e organização do trabalho dos profissionais de saúde.

A maioria dos estudos encontrados na revisão de literatura aborda o tema a partir da perspectiva da Equipe de Saúde como um todo, especialmente em relação à Estratégia de Saúde da Família e à Saúde Mental (MARQUES; SILVA, 2004; OLSCHOWSKY; DUARTE, 2007; REIS; ANDRADE, 2008; SOUZA et al., 2008; CALGARO; SOUZA, 2009; LANZONI et al., 2009; DUARTE; SENA; XAVIER, 2009; GOMES; SÁ, 2009; LOCH-NECKEL et al., 2009; FERREIRA; VARGA; SILVA, 2009).

Não há, de modo geral, artigos que façam a relação direta entre assistência integral e modelos de organização/divisão do trabalho em saúde. A discussão acerca da organização/divisão do trabalho, internamente à enfermagem, como um dos elementos relevantes para uma boa prática capaz de contribuir no cenário do trabalho em saúde para a construção da assistência integral não aparece de modo explícito, denotando a necessidade de estudos nesta perspectiva. Além disso, poucos são os estudos que abordam o tema a partir do cenário hospitalar.

Pinho, Siqueira e Pinho (2006, p. 42) destacam que a integralidade tem ligação com um modo de cuidar que “valoriza a vida, e respeita as diferenças entre os seres humanos” e que as enfermeiras conhecem ou desconhecem os sentidos da integralidade, aplicando-o, ou não, na prática cotidiana. .

De modo geral, as enfermeiras afirmam a necessidade de um atendimento integral aos usuários dos serviços de saúde, relacionando-a à integralidade, porém a falta de consenso sobre o conceito de integralidade faz com que elas não consigam conceituar o que vem a ser o atendimento integral no contexto profissional e em sua prática assistencial (REIS; ANDRADE, 2008). A compreensão da integralidade do cuidado na perspectiva de um modelo de atenção à saúde que direciona o cuidado centrado no usuário suscita reflexões sobre as tecnologias e a forma de organização do trabalho, expressas por uma

tensão permanente entre a clínica e a Saúde Coletiva, como desafio para a integralidade do cuidado (SILVA; SENA, 2008).

Para os enfermeiros, a produção de saúde embasada na integralidade da assistência repercute diretamente na resolutividade, qualidade e humanização dos serviços de saúde. A assistência humanizada implica em considerar os usuários do serviço de saúde na perspectiva física, social, psicológica e espiritual, situando-os em determinado contexto e de acordo com suas necessidades (BECK et al., 2009).

A maioria dos estudos está centrada na necessidade de articular as diversas esferas de atenção à saúde, reforçando a complexidade desta iniciativa e a necessidade de descobrir caminhos que levem ao assistir com base nos princípios da integralidade. É consenso entre os diversos estudos que a integralidade, enquanto proposta de organização da prestação de serviços de saúde apresenta potencialidades para uma assistência de melhor qualidade dependendo da percepção que a equipe tem de seu trabalho e do modo como ele é organizado (DUARTE; SENA; XAVIER, 2009).

Detectam-se nos estudos: as dificuldades existentes para a concretização do atendimento integral nos serviços; a inexistência de uma organização voltada para o atendimento do indivíduo e da comunidade segundo a perspectiva da integralidade; o despreparo dos atores profissionais envolvidos para tornar a prática e o sistema integralizados, juntamente com a desorganização do serviço e o aparente conformismo dos profissionais frente a suas atividades dificultando ainda mais a prática da integralidade (PINHO; SIQUEIRA; PINHO, 2006; REIS; ANDRADE, 2008; URBANO, 2009; DUARTE; SENA; XAVIER, 2009).

Estudos que envolveram a percepção dos usuários quanto ao atendimento recebido confirmam a fragilidade da atuação dos profissionais para a efetivação da integralidade, considerando que a atenção em saúde é realizada de modo desarticulado, havendo pouca interação dos profissionais com os usuários, bem como o despreparo para lidar com a dimensão subjetiva da atenção à saúde. (PINHO; SIQUEIRA; PINHO, 2006; REIS; ANDRADE, 2008; URBANO, 2009; DUARTE; SENA; XAVIER, 2009).

No que diz respeito à integração entre as esferas de atenção e a integralidade da assistência, salientam-se as mudanças que vem ocorrendo a partir da reforma sanitária na organização dos serviços de saúde, as quais apontam para uma transição de um cuidado hospitalocêntrico para um cuidado mais integral e humanizado. Na área

de saúde mental essa realidade contribui para que a equipe interdisciplinar inserida nestes serviços busque uma prática assistencial menos isolada e desarticulada, favorecendo o atendimento ao usuário da rede (CALGARO; SOUZA, 2009).

Analisa-se que neste cenário, o hospital pode proporcionar um cuidar autêntico ao sujeito ao possibilitar que ele exteriorize suas necessidades, quando enfatiza sua individualidade e facilita o relacionamento interpessoal contribuindo assim para minimizar o processo de despersonalização experienciado na hospitalização. A partir do cuidado integral, percebendo o ser humano como ser biológico, psicológico, social e espiritual e não como um ser fragmentado em seus sistemas funcionais é possível contribuir para a integralidade da atenção (MORAIS et al., 2009).

Outro aspecto abordado na literatura que apresenta relação com a assistência integral diz respeito à formação profissional. Neste sentido os autores destacam que o movimento que incita ao trabalho multiprofissional com características interdisciplinares tem perseguido uma aprendizagem voltada ao cuidado integral à saúde das pessoas, na perspectiva de melhorar a qualidade de vida da comunidade, assim como a abordagem integral das necessidades de saúde da população, indo além do âmbito individual-biológico (FERREIRA; VARGA; SILVA, 2009). Ainda assim, há o entendimento que os conteúdos e programas desenvolvidos nos cursos de graduação têm se mostrado insuficientes e/ou desarticulados com as práticas integrais, embora a formação do enfermeiro já sinalize reflexões sobre um movimento de mudança nas práticas pedagógicas e de atenção à saúde como estratégia fundamental para construir a integralidade do cuidado (OLSCHOWSKY; DUARTE, 2007).

Os enfermeiros consideram fundamental a atualização constante dos profissionais de saúde para que a mudança do modelo assistencial se concretize, caminhando para a integralidade na assistência (REIS; ANDRADE, 2008). Entendem, ainda que, construir a integralidade na formação profissional implica em assumir o agir em saúde como princípio educativo em uma nova forma de aprender-ensinar em saúde, que rompe com o saber formatado e descontextualizado. (SILVA; SENA, 2008). Porém, é coerente a percepção de que prevalecem, na realidade, práticas pedagógicas e assistenciais que reiteram o modelo biomédico e enfraquecem a noção de cuidado integral. Aponta-se, como desafio para a formação dos enfermeiros, o resgate das práticas cuidadoras do núcleo profissional específico e das intersecções no

campo da saúde, num movimento que valoriza a aprendizagem pautada na realidade em que o estudante vivencia e reflete sobre o processo de cuidar (SENA et al., 2008). Há também o entendimento de que, na atualidade, o ensino acadêmico não consegue dar conta de uma formação que capacite os profissionais para prestar assistência integral na prática e na organização do serviço. Aparentemente as características do serviço parecem reduzir, com o decorrer do tempo, a iniciativa e a visão ampliadas do ser humano (REIS; ANDRADE, 2008).

No que diz respeito à formação dos profissionais de nível médio, especialmente os técnicos de enfermagem, destaca-se a percepção de que há a necessidade de valorizar o trabalho realizado por este profissional, enquanto elemento da equipe de saúde. Avena (2009) refere que, especificamente no que diz respeito à atenção em saúde mental, os profissionais de nível médio realizam a maior parte dos cuidados diretos ao doente institucionalizado, porém, ele é extremamente desprestigiado no que concerne à política de formação e capacitação em saúde mental, comprometendo, pela não instrumentalização, a prestação de uma assistência mais integradora (AVENA, 2009). Tal consideração a respeito da formação de pessoal de nível médio é válida também para outros campos que não o da saúde mental. A formação dos técnicos de enfermagem reforça fortemente a doença, os conteúdos técnicos e os procedimentos de enfermagem, dando, porém, pouca ênfase a conteúdos mais reflexivos, que estimulem a percepção dos usuários do sistema de saúde como sendo sujeitos com múltiplas necessidades.

Quanto à organização do trabalho em saúde, apontam-se alguns avanços na realização do trabalho que contribuem para as mudanças na prática. A Consulta Coletiva, realizada em alguns serviços da Atenção Básica, por exemplo, está intimamente ligada ao princípio da integralidade. Com essa novidade em realizar o atendimento, acredita-se estar contribuindo para caminhar no sentido da ruptura do paradigma assistencial-biomédico e concretizar uma assistência humanizada que valorize, verdadeira e efetivamente, o usuário em sua integralidade (PENNA; CARINHANHA; RODRIGUES, 2008).

A atenção integral e a integralidade ainda são percebidas como uma utopia na realidade dos serviços de saúde (URBANO, 2009), fazendo parte do discurso oficial de reorganização da assistência, num contexto macroestrutural, mas ainda não se materializou nas práticas assistenciais, em que não se consegue demonstrar resultados concretos. Na prática dos profissionais em campo ainda predominam a desarticulação e fragmentação da assistência e os enfermeiros entendem

que a superação da realidade pode se dar através do trabalho em equipe, se este for realizado crítica e reflexivamente, com a perspectiva de vencer as dificuldades (OLSCHOWSKY; DUARTE, 2007; AVENA, 2009).

Contribui para repensar a organização do trabalho da enfermagem no âmbito das instituições hospitalares a discussão acerca do processo de trabalho em saúde, defendendo que este necessita ser pensado e organizado a partir da articulação das equipes assistenciais, visto que na saúde o trabalho é coletivo. Neste sentido, vencer a fragmentação do trabalho, ainda é um desafio quando pensamos em assistência integral. A articulação e integração das ações dos diversos trabalhadores podem potencializar a prática da assistência integral, mas para isso é necessário clareza sobre a finalidade de seu trabalho. O trabalho em equipe facilita a identificação do objeto de trabalho na saúde coletiva, permitindo que os trabalhadores focalizem sua ação para o usuário e não para o procedimento em si (MARQUES; SILVA, 2004).

Os vários estudos, de algum modo, destacam a necessidade de as profissões repensarem a formação de seus profissionais e a sua prática no contexto do trabalho em saúde, uma vez que é frágil a reflexão sobre a importância da organização do trabalho dos profissionais de saúde para a concretização da assistência integral. Os estudos atuais, no entanto, não abordam mais diretamente a dimensão do processo de trabalho relacionando-os aos modelos de cuidados na enfermagem (MARQUES; SILVA, 2004; SILVA; SENA, 2006; PINHO et al., 2007; OLSCHOWSKY; DUARTE, 2007; REIS; ANDRADE, 2008; SENA et al., 2008; URBANO, 2009; MORAIS et al., 2009; CALGARO ; SOUZA, 2009; FERREIRA; VARGAS; SILVA, 2009).

A carência de estudos que reflitam a realidade da organização do trabalho da enfermagem hospitalar, associando-a aos modelos de cuidados neste contexto, reforça a necessidade de repensá-lo nestas instituições. Afinal, os hospitais são parte importante da rede de atenção do SUS e constituem-se em locais em que a fragmentação do cuidado é mais significativamente percebida. Portanto, a enfermagem, entendida como atividade fundamental deste contexto, há que pensar formas mais integradoras de organização de seu trabalho. Vale salientar que a profissão é responsável por parte significativa dos cuidados prestados aos sujeitos hospitalizados, portanto falar em atenção integral implica em repensar a organização do trabalho da categoria buscando modelos de organização do trabalho que potencializem o cuidado integral.

Costa (2004), ao falar do trabalho da enfermagem, aborda os modelos de cuidados na enfermagem e descreve que a transformação de

um modelo assistencial se dá de forma processual, pactuada, por meio de mudanças que vão muito além do plano de organização dos serviços. Neste contexto, examinar o percurso percorrido, seja ele individual ou coletivo, os modelos e teorias já experimentadas, os arranjos institucionais e as realidades cotidianas podem servir como motivação para as ações e práticas a serem realizadas. Para modificar a realidade, antes de tudo, é necessário compreender o presente momento para então poder trilhar outros caminhos (COSTA, 2004).

Para Costa (1999), faz-se necessário um processo de discussão dos modelos assistenciais que tomem como referência o cuidado integral em enfermagem. Esse processo, para se fazer positivo e produtivo, necessita valorizar o saber de todos os envolvidos - enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem -, sensibilizando-os para as novas possibilidades e para práticas mais reflexivas. Ainda com base na reflexão do autor acima citado, mudanças na organização do trabalho da enfermagem podem acontecer a partir da discussão crítica e reflexiva das questões fundamentais do cotidiano, de modo a problematizar a realidade dos diversos integrantes da equipe.

O ser humano vive em constantes mudanças, sejam elas em sua vida pessoal ou profissional, exigindo-lhe novos conhecimentos e adequações. É neste espaço que se pretende buscar referenciais para a vivência prática cotidiana dos diferentes modos de cuidar na organização do processo de trabalho enfermagem.

O cuidar exige, por sua própria natureza, inter-relações entre os seres humanos que cuidam e os que são cuidados e é neste contexto que se encontra um dos fundamentos da Enfermagem como profissão, principalmente quando relacionado ao processo saúde-doença. Para Waldow (2006), na enfermagem, o cuidado humano e o cuidar são vistos como o ideal moral. O cuidado consiste em esforços transpessoais, de ser humano para ser humano, no sentido de proteger, promover e preservar o ser humano, ajudando pessoas a encontrarem significado na doença, no sofrimento, na dor e na própria existência.

Na busca contínua pela qualidade do cuidado prestado na enfermagem, a valorização da relação do ser humano com o outro ser humano exige reflexão contínua a respeito da prática e a necessidade de recorrer a novos conhecimentos. A própria enfermagem, tomada como profissão inserida em um contexto histórico e social, também sofre modificações: novas tecnologias, novas formas de organizar o trabalho convivem com as velhas formas, por isso questionam-se as relações e a divisão de trabalho, o cuidado de qualidade, a humanização (GELBCKE, 2002).

A organização do trabalho na Enfermagem acompanha as influências econômicas, políticas e socioculturais de cada época. Para Capella (1998, p.105), o Processo de Trabalho da Enfermagem apresenta-se como “complementar e interdependente do processo de trabalho em saúde”, sendo um processo coletivo, uma vez que a categoria é composta por profissionais de diferentes níveis de formação, no qual a divisão de trabalho ocorre por partes e entre os diversos integrantes do grupo. Ainda segundo a autora, “nessa divisão de trabalho, as ações são hierarquizadas por complexidade de concepção e execução, o que exige diferentes habilidades para o manejo dos diversos instrumentos e métodos” (CAPELLA, 1998, P.105).

Repensando acerca da organização do trabalho da enfermagem, Matos e Pires, (2006) descrevem que o modelo proposto por Florence Nightingale, na segunda metade do século XIX, foi influenciado pela lógica da organização capitalista do trabalho, instituindo-se, assim, tanto a divisão entre trabalho intelectual e manual quanto a hierarquização no trabalho, presente ainda nos dias atuais. Ou seja, o modelo proposto por Nightingale influenciou a enfermagem em todo o mundo e a profissão tem organizado seu trabalho, ao longo dos anos, pelo chamado modelo “funcional” de cuidados.

Monticelli (2003) faz referência ao modelo funcional de cuidados como sendo obsoleto do ponto de vista da complexidade do processo saúde-doença, da humanização da assistência, da dimensão social dos sujeitos envolvidos no processo de cuidar e das diversas redes de significações associadas à abordagem em saúde. Esse modo de organização do trabalho tem sofrido críticas severas no ensino e na prática assistencial, mas, apesar disto, ainda se encontra presente nas organizações de saúde.

No âmbito da enfermagem alguns estudos e a prática assistencial têm mostrado, nas últimas décadas, possibilidades de mudança no modo como é realizado o trabalho e a necessidade de adotar modelos em sua organização que possibilitem uma prática mais integradora com resultados positivos para a qualidade da assistência e para a satisfação no trabalho (TIBIRIÇÁ, 1970; CAPELLA, 1996; PIRES, 1999; MATOS, 2002; GELBCKE, 2002; MONTICELLI, 2003; COSTA, 2004; MATOS; PIRES, 2006). Neste debate, a distribuição das atividades pelo modelo de cuidados integrais ganha destaque na organização do trabalho da enfermagem e segundo Pires (1999, p. 41) ele “rompe, em parte, com a divisão por tarefas”.

Entendo como Pires (2008), Matos (2002, 2006) e Pires, Lorenzetti, Gelbcke (2010), que é possível distanciar-se da organização

parcelar do trabalho, aproximando-se de uma prática mais próxima ao cuidado integral na enfermagem, a partir da reflexão permanente dos profissionais de enfermagem. No entanto há que se considerar que as mudanças na organização do trabalho dependem também de condições concretas, favoráveis à mudança, como por exemplo, modelo gerencial, pessoal suficiente para prestação de cuidados, material e equipamentos adequados, dentre outros. A superação da atual organização do trabalho na enfermagem depende de condições para que os profissionais sejam capazes de humanizar suas práticas interagindo com os usuários, através de uma prática crítico-reflexiva.

Refletindo sobre a assistência prestada, Pires, Gelbcke e Matos, (2004), entendem que é preciso traçar uma prática profissional buscando gestão participativa, trabalho criativo e emancipatório, com práticas baseadas em princípios éticos e a identificação das necessidades das pessoas que precisam de cuidados para realmente produzir uma melhoria na qualidade da assistência prestada e o conseqüente reconhecimento, por parte da sociedade, do valor do cuidado humano.

É neste cenário que se procura proporcionar a reflexão sobre a prática da enfermagem e o modo como vêm sendo estruturada a organização do trabalho em uma Unidade de Internação de Clínica Médica. Entende-se que o modelo de cuidado adotado pode interferir diretamente nas atividades cotidianas e na qualidade da assistência de enfermagem. Neste contexto, portanto, busca-se suporte teórico que possibilite repensar a organização do trabalho na enfermagem e os modelos de distribuição das atividades de enfermagem.

2. 2 MARCO CONCEITUAL

O presente estudo está fundamentado nos princípios teóricos do processo de trabalho em saúde construídos por autores que trabalham o tema na enfermagem inspirados em Karl Marx, tais como Pires (1999, 2008), Capella (1998), bem como em outros autores que têm tratado sobre o tema.

Assim como Marx (1989, p. 202) entendo que o trabalho é um processo de que participam o homem e a natureza, proceso em que o ser humano com sua própria ação impulsiona, regula e controla seu intercâmbio material com a natureza. Defronta-se com a natureza como uma de suas forças. Põe em

movimento as forças naturais de seu corpo, braços e pernas, cabeça e mãos, a fim de apropriar-se dos recursos da natureza, imprimindo-lhes forma útil à vida humana. Atuando assim sobre a natureza externa e modificando-a, ao mesmo tempo modifica sua própria natureza. Desenvolve as potencialidades nela adormecidas e submete ao seu domínio o jogo das forças naturais.

Para o autor, a diferença do trabalho humano está no fato que o trabalhador, antes mesmo de realizá-lo, já possui em sua mente um projeto, um resultado a alcançar. “No fim do processo do trabalho aparece um resultado que já existia antes idealmente na imaginação do trabalhador”. Na realização do trabalho, o ser humano “não transforma apenas o material sobre o qual opera; ele imprime ao material o projeto que tinha conscientemente em mente”. (MARX, 1989, p. 202).

Capella (1998) e Pires (2008) tecem algumas considerações sobre o processo de trabalho na sociedade para então refletir sobre o trabalho em saúde e enfermagem. Para Capella (1998, p.99-100) o processo de trabalho “é a atividade humana dirigida a um fim, por meio do qual os homens atuam sobre a natureza externa e a modificam para que ela possa responder às suas necessidades”. Segundo Pires (2008), no desenvolvimento do trabalho são produzidos bens e serviços necessários à sobrevivência do ser humano e à manutenção da sociedade. Pelas características da sociedade moderna, a produção de bens e serviços foi sendo institucionalizado de modo que, na atualidade, grande parte do trabalho social é realizado em instituições.

Para a autora, “o **trabalho em saúde** é um trabalho essencial para a vida humana e a sociedade, fazendo parte do setor de serviços” (PIRES, 1999, p. 29), sendo um trabalho de natureza não material, que se finaliza no momento da sua realização, sem apresentar um produto concreto dissociado do processo de produção, pois este produto é consumido no mesmo momento que foi realizado a atividade. “Neste contexto, a prestação do serviço na assistência de saúde, pode assumir formas diversas e envolve basicamente avaliação de um indivíduo ou grupo com a indicação ou realização de uma conduta terapêutica” (PIRES 1999, p. 29-30).

Para que o processo de trabalho aconteça é necessária a sua organização. Na enfermagem, Capella (1998) e Pires (2008) definem organização do trabalho da enfermagem como um processo coletivo de

trabalho, em que os trabalhadores de enfermagem estabelecem relações com outros trabalhadores e com os usuários dos serviços, buscando com este atender às necessidades da clientela. Capella (1998), ao tratar da **organização do trabalho da enfermagem**, esclarece que “é o modo como os trabalhadores de enfermagem dispõem o seu trabalho e fornecem a base para o trabalho de outros profissionais na instituição de saúde, em relação aos tempos, movimentos e objetos necessários à assistência da saúde” (CAPELLA 1996, p. 32-33).

Tratando dos elementos construtivos do processo de trabalho, Pires (1999, p. 32) afirma que “o processo de trabalho dos profissionais de saúde tem como finalidade a ação terapêutica de saúde”. Este processo envolve o cuidado a um indivíduo e/ou a grupos, compostos por pessoas saudáveis, doentes, ou que estejam expostas a algum risco e que precisam de uma ação terapêutica para prevenção, manutenção e ou reabilitação da saúde. A ação terapêutica de saúde ocorre pela utilização dos materiais, instrumentos e do conhecimento profissional que representa o saber em saúde, para assim atingir o objetivo final, sendo este, a própria realização da assistência de saúde (PIRES, 1999).

O **processo de trabalho em saúde** é um trabalho coletivo, no qual cada área técnica executa parte de uma ação, sendo necessárias ações integradas numa perspectiva interdisciplinar e multiprofissional para atender pessoas que por algum motivo submetem-se aos cuidados de uma instituição de saúde (CAPELLA, 1996).

O **processo de trabalho da enfermagem**, segundo Capella (1998, p. 105) “é um processo complementar e interdependente do processo de trabalho em saúde”. Neste contexto, a força de trabalho na enfermagem é composta pelo enfermeiro, pelo técnico e pelo auxiliar de enfermagem que desenvolvem atividades em diferentes níveis de complexidade do cuidado, conforme habilidades e conhecimentos específicos. Os enfermeiros são responsáveis pela coordenação e supervisão dos serviços e pelo planejamento da assistência que será realizada pelos profissionais de enfermagem de nível médio.

A divisão do trabalho na enfermagem se dá considerando as necessidades da instituição e a demanda de trabalho, a lei do exercício profissional, a atribuição de cada profissional de enfermagem e as pessoas disponíveis nas instituições para prestar cuidados de enfermagem (PIRES, 2008).

Tradicionalmente, o trabalho da enfermagem desenvolveu-se em dois campos do conhecimento: o gerenciamento da assistência de enfermagem e a realização da assistência. Na atualidade, além destes aspectos, a enfermagem tem se desenvolvido no campo da educação e

da pesquisa para a formação de novos profissionais. Nas instituições de saúde em que acontece o trabalho assistencial de enfermagem, o enfermeiro tem se responsabilizado, de modo geral, pelo gerenciamento do ambiente terapêutico e pelas ações de enfermagem realizadas pela equipe de enfermagem, além da realização dos cuidados de maior complexidade. Os técnicos e auxiliares de enfermagem realizam a maior parte dos cuidados diretos aos doentes, sob a supervisão do enfermeiro (PIRES, 2008).

No contexto da instituição hospitalar, Capella (1998, p. 104) afirma que o **trabalhador de enfermagem** é “aquele indivíduo que em seu percurso de vida, tem como atividade básica o exercício da enfermagem, prestando atendimento de enfermagem ao sujeito hospitalizado, em conjunto com os demais trabalhadores da área da saúde”.

Na instituição hospitalar, o ser humano que necessita dos cuidados prestados pelos trabalhadores de enfermagem é conceituado como “**sujeito hospitalizado**” por Capella, (1998, p. 103) e representa aquele ser humano que

em seu percurso de vida, por alguma circunstância, necessita da intervenção dos serviços de saúde, submetendo-se à hospitalização. [...] constitui-se em um ser natural, humano, histórico, social, que se relaciona com outros seres humanos, mas que é único, particular.

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.

No espaço hospitalar, as relações entre os sujeitos sofrem interferências em função de diversos fatores, dentre eles, as relações de trabalho, o modo como o trabalho é organizado e as condições estabelecidas para a realização das atividades. As diversas profissões se organizam para prestar assistência de acordo com as condições postas para a realização do trabalho, seu desenvolvimento técnico científico e

sua maior ou menor capacidade organizativa (CAPELLA, 1998; PIRES, 1999).

A composição da equipe de enfermagem no Brasil, aliada às condições de trabalho da categoria nas instituições de saúde, resulta em que, tradicionalmente, na prestação de cuidados, especialmente nas instituições hospitalares, o trabalho tem sido organizado pela distribuição de tarefas parcelares entre os diferentes agentes de enfermagem, de acordo com sua formação e com o quadro de pessoal disponível em cada instituição de saúde (PIRES, 1999; MATOS, 2002).

Na enfermagem, tem-se debatido a fragmentação do cuidado a partir do modo de organização do trabalho, sendo que na realidade brasileira esta condição é agravada pela composição da equipe de enfermagem, formada por profissionais com diferentes níveis de formação, com habilidades e conhecimentos diferenciados, reforçados pela Lei do Exercício Profissional da Enfermagem que estabelece diferentes competências para enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem (PIRES, 1999).

A Lei do Exercício Profissional legitima a divisão do trabalho entre as categorias. Cabe ao enfermeiro exercer todas as atividades de enfermagem, sendo em caráter privativo a organização/prescrição de cuidados de enfermagem, a direção dos serviços de enfermagem e a execução de atividades complexas junto ao paciente. Ao técnico e auxiliar de enfermagem cabe realizar atividades de nível médio e em grau de auxiliar na equipe de enfermagem, cabendo especificamente ao auxiliar de enfermagem, executar, sob supervisão, atividades de natureza simples nos processos de tratamento (COREN/SC, 2010). Frente a isso, torna-se fundamental aprofundar o significado do trabalho de enfermagem enquanto prática coletiva e complementar entre os diversos trabalhadores da Enfermagem de modo a minimizar a fragmentação da assistência.

A tentativa de organização do trabalho pelo modelo de cuidados integrais faz parte deste debate, uma vez que o objeto de trabalho da enfermagem é um ser humano com características únicas, desejos, vontades e necessidades, portanto compreendê-lo como ser integral possibilita atendê-lo melhor em sua multidimensionalidade.

Estudos que abordam a organização do trabalho da enfermagem apontam duas principais modalidades de organização dos cuidados entre os integrantes da equipe de enfermagem: o modelo de cuidados funcionais e o modelo de cuidados integrais (PIRES, 1999; 2008).

Segundo a literatura, a modalidade de distribuição das atividades pelo modelo de cuidados funcionais, amplamente utilizada nos serviços

de Enfermagem, baseia-se na divisão por tarefas, no qual cada trabalhador executa determinado cuidado de acordo com sua formação e atribuições de forma fragmentada (PIRES, 2008). A ênfase é dada à técnica, ao procedimento, importando com a quantidade de atividades e a necessidade do cliente perde-se em meio ao número de procedimentos a serem executados (PIRES, 1999). Neste modelo o trabalhador é alienado do processo de trabalho, realiza pequenas parcelas da assistência, desconhecendo o todo. As atividades são distribuídas de modo que um trabalhador fique responsável, por exemplo, pela administração de medicamentos a todos os pacientes internados, outro com a verificação de sinais vitais, outro com os cuidados de higiene durante todo o turno de trabalho. Ocorre a fragmentação do cuidado, que neste modo de organização do trabalho, fragmenta também a pessoa cuidada, transformando-a na visão de Costa (2004), em um “depositário” de cuidados. Esse modo de atuação pode tornar-se um fator desmotivador, que “desresponsabiliza” o trabalhador pelo resultado global da assistência gerando conseqüentemente perda da qualidade da assistência e insatisfação por parte do doente no atendimento de suas necessidades pela ausência de uma atuação melhor coordenada (PIRES, 1999).

A organização do trabalho pelo modelo de cuidados funcionais resulta que, ao final de um dia de trabalho, o trabalhador tem uma noção do quantitativo de tarefas realizadas por ele ao longo da jornada, mas pouco conhece do resultado final do trabalho. A realização de tarefas repetitivas possibilita maior agilidade na execução do serviço, valorizando a produtividade (TIBIRIÇÁ, 1970). Além disso, tal modo de organizar o trabalho tem relação direta com o déficit de pessoal de enfermagem e com a formação diferenciada dos profissionais, fatores que determinam tanto quem deve prestar um cuidado específico quanto a complexidade das ações a serem realizadas. Na prática dos serviços, nessa modalidade de cuidados há um rodízio de tarefas entre os trabalhadores, de modo que todos estejam preparados para realizar as diversas tarefas, porém, Pires (1999, p. 41) descreve que

apesar da existência de sistema de rodízio, nos quais todos podem desenvolver o conjunto das atividades, o cotidiano do trabalho é alienante. É uma repetição de tarefas específicas e desintegradas. Quem executa o trabalho se exime do entendimento da totalidade e quem recebe a assistência tem dificuldade de saber a quem solicitar ajuda.

Na realidade brasileira, no entanto, a modalidade de cuidados funcionais, ainda é realizada na grande maioria dos serviços de Enfermagem, seja em função do número insuficiente de profissionais, da composição da categoria - que conta com trabalhadores de nível de formação e atribuições diferenciadas em função da formação -, de decisão política ou de alienação.

Por outro lado, a assistência de enfermagem pelo modelo de cuidados integrais tem sido defendida como uma alternativa para superar a fragmentação da assistência e suas consequências negativas tanto para os trabalhadores como para os pacientes. Essa modalidade significa a prestação de todos os cuidados a um ou mais pacientes por uma única pessoa durante um turno de trabalho. “Esse modelo possibilita uma visão mais global das necessidades do paciente/cliente, tornando o trabalho potencialmente mais criativo” (PIRES, 1999, p. 41)

Muito embora ainda persista a divisão entre trabalho intelectual e manual, uma vez que o enfermeiro planeja a assistência que será prestada pelos demais agentes da equipe de enfermagem, pois, legalmente, apenas ele pode diagnosticar e prescrever os cuidados de enfermagem, esta modalidade de cuidado traz benefícios para o sujeito hospitalizado e para o trabalhador (MATOS, 2002).

A perspectiva de atendimento mais integral ao sujeito hospitalizado, com vistas à integralidade da assistência, quando abordada no âmbito da assistência de enfermagem implica em refletir acerca da organização do trabalho da categoria e os modelos de cuidados, uma vez que eles podem influenciar diretamente os resultados e a qualidade da assistência.

3 METODOLOGIA

*Deveríamos ser como as águas do riacho que,
tranquilamente, contornam os obstáculos.
(DeRose)*

Para responder aos objetivos de pesquisa, este estudo adotou como proposta metodológica a abordagem qualitativa de caráter Convergente-Assistencial. De acordo com Trentini e Paim, (2004) tal modalidade de pesquisa possibilita refletir a prática assistencial partindo das situações vivenciadas no cotidiano, conduzindo para descobrir novas realidades e introduzir inovações na prática assistencial. Ela consiste na articulação intencional da pesquisa com a prática assistencial e, as ações de assistência vão sendo incorporadas ao processo de pesquisa e vice-versa.

As razões que levaram a optar por essa modalidade de pesquisa estão relacionadas ao objeto em estudo, qual seja a organização do trabalho da enfermagem vista a partir da prática de um grupo de trabalhadores que atua em uma Unidade de Internação de Clínica Médica, sendo que a pesquisadora é parte integrante desta equipe. O estudo, portanto, partiu de suas inquietações cotidianas por perceber a necessidade de promover mudanças na organização do trabalho da equipe, com vistas à maior satisfação profissional e a melhores práticas no contexto social pesquisado.

A Pesquisa Convergente-Assistencial (PCA) valoriza o saber e o pensar instrumentalizando o aprender, o pensar e o fazer. Portanto, este caminho pareceu mais adequado à realização do estudo, pois, como afirmam as autoras citadas abaixo, a PCA:

(...) sempre requer participação ativa dos sujeitos de pesquisa, estando orientada para novas formas de resolver, minimizar ou prevenir problemas, facilitando as inovações na prática assistencial. A pesquisa convergente é compreendida e realizada em articulação com as ações que envolvem pesquisadores e demais pessoas representativas da situação a ser pesquisada, numa relação de cooperação mútua (TRENTINI; PAIM, 2004, p. 24).

Tais aspectos, salientados pelas autoras, foram ao encontro das expectativas da pesquisadora, pois, ao mesmo tempo em que foi realizada a investigação, refletiu-se e experienciou-se, com os trabalhadores, novos modos de organização do trabalho, promovendo as mudanças possíveis na realidade investigada.

Este processo de pesquisa seguiu as quatro fases estruturadas metodologicamente pela PCA:

1) **Fase de Concepção:** envolveu desde a escolha do tema - organização do trabalho e modelos de distribuição de cuidados-, o qual tem aderência com a prática do pesquisador, passando pela formulação do problema de pesquisa, revisão de literatura e escolha do referencial teórico;

2) **Fase de Instrumentação:** envolveu a tomada de decisão acerca do caminho metodológico a ser adotado, tendo o cuidado de focalizar a modalidade Convergente-Assistencial, ou seja, estabelecendo uma estreita aproximação entre os fundamentos da pesquisa e a prática;

3) **Fase de Perscrutação:** envolvendo as estratégias utilizadas para a dinâmica de obtenção e sistematização das informações;

4) **Fase de Análise e Interpretação:** que na pesquisa convergente-assistencial ocorre de maneira concomitante à coleta de dados, possibilitando ao pesquisador refletir sobre o processo. O processo de apreensão que se inicia na coleta de dados possibilita a organização das informações pelos processos de síntese, teorização e transferência, momentos estes que articulam de forma consistente o referencial teórico com os dados coletados, na perspectiva da significação dos mesmos procurando contextualizá-los (TRENTINI; PAIM, 2004).

3.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO

O estudo foi desenvolvido em Unidade de Internação de Clínica Médica num hospital geral, de ensino, localizado no sul do Brasil. O hospital é vinculado ao Serviço Público Federal e atende somente pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Atende à comunidade local, estadual e nacional sem distinção. Foi concebido na perspectiva do trinômio ensino-pesquisa-extensão na área da saúde e de outras áreas de conhecimento inseridas neste campo de estudos. A instituição atende a várias áreas de especialidades, dentre as quais, obstetrícia, neonatologia,

ginecologia, pediatria, cirurgia, hemodiálise, tratamento intensivos e clínico, inseridos nas diversas unidades assistenciais.

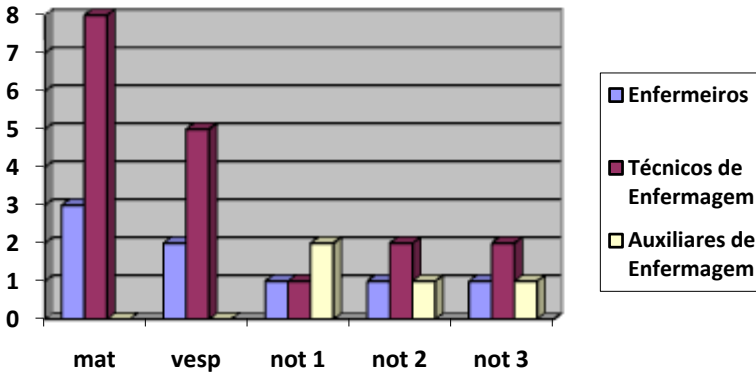
A Unidade de Clínica Médica onde foi realizado este estudo está localizada no terceiro andar da instituição e conta atualmente com dezenove leitos, todos para pacientes do sexo masculino, distribuído em seis leitos para a especialidade de Pneumologia, seis leitos para a Clínica Médica, seis leitos para a Gastroenterologia e um leito para isolamento. O espaço físico para internação conta com quartos de dois leitos e um quarto com um leito, utilizado para isolamento. No momento da realização do estudo, a unidade original de internação de clínica médica estava desativada para reforma e o trabalho desta unidade estava sendo desenvolvido em uma área que futuramente será destinada ao transplante de órgãos.

3.2 SUJEITOS PARTICIPANTES DO ESTUDO

Considerou-se como universo deste estudo todos os trabalhadores da equipe de enfermagem que ao realizar-se a investigação estivessem desenvolvendo suas atividades na Unidade de Clínica Médica, perfazendo um total de trinta e quatro pessoas, assim distribuídas: uma enfermeira na função de chefe da unidade; sete enfermeiras assistenciais e vinte e seis técnicos e/ou auxiliares de enfermagem nos respectivos turnos: matutino, vespertino e três turnos noturnos.

Neste grupo de trabalhadores, o único critério de inclusão para o estudo foi a manifestação de interesse e a concordância em participar da pesquisa. Participaram da pesquisa trinta trabalhadores de enfermagem, distribuídos por turnos segundo a figura 1. Os três trabalhadores que não participaram do estudo estavam em período de férias ou em licença para tratamento de saúde, e uma enfermeira era a própria pesquisadora.

Figura 1: Distribuição da amostra de trabalhadores de enfermagem por turno de trabalho que participaram da pesquisa, 2011.



Fonte: dados da pesquisa, 2011.

3.3 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto de estudo foi apresentado à instituição de saúde onde foi realizada a pesquisa e submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina (CEP/UFSC) no mês de setembro de 2010, com aprovação sob o certificado número 1014/2010 (Anexo A).

Por se tratar de uma pesquisa com seres humanos, os aspectos éticos a serem seguidos durante o desenvolvimento da pesquisa obedecem aos requisitos estabelecidos pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e demais resoluções complementares que dispõem sobre as diretrizes e normas que regulamentam a pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 2010).

Um dos compromissos éticos ressaltados pela PCA é a preocupação do pesquisador em socializar e divulgar a apresentação da idéia do projeto, conquistando a participação e o reconhecimento do desenho da pesquisa pela equipe de trabalho do local a ser realizada. (TRENTINI; PAIM, 2004). Sobre esse aspecto, já no momento de elaboração do projeto de pesquisa, a proposta foi apresentada informalmente à equipe, buscando motivá-la, aproximá-la e obter

parceria na realização do estudo.

A PCA requer uma explicitação ética que permita novas possibilidades de progressos do conhecimento e ações a partir delas mesmas. Envolve, portanto, os comportamentos que caracterizam a cultura de um determinado grupo profissional ao desenvolver investigação científica no contexto da própria prática, por defender e respeitar alguns valores reconhecidos como princípios morais que entendem a vida como fundamental e o respeito à dignidade humana como fundamento das relações entre o sujeito que cuida e o sujeito que é cuidado. (TRENTINI; PAIM, 2004).

O desenvolvimento do estudo incluiu a realização de oficinas iniciadas após a aprovação pelo CEP/UFSC. A fidedignidade dos dados foi preservada mediante a validação, por parte dos sujeitos de pesquisa, dos relatórios das oficinas, o que foi realizado no decorrer das mesmas. As oficinas foram gravadas em meio digital de voz com autorização dos participantes do estudo.

A adesão dos participantes foi voluntária, sendo-lhes assegurando o direito de se retirarem da pesquisa a qualquer momento. A proteção das informações foi garantida através do armazenamento do material produzido em local de acesso restrito aos pesquisadores. Ainda, preservou-se o anonimato dos participantes utilizando-se as letras iniciais da palavra Sujeito de Enfermagem (SE) e um número correspondente à ordem de participação nas oficinas, assim sucessivamente (SE-1, SE-2, SE-3,...).

Os dados obtidos tiveram por finalidade exclusiva esta pesquisa e as publicações que dela resultarem. Após o término do estudo, as informações levantadas serão arquivadas e armazenadas por um período de cinco anos e, posteriormente, serão destruídas.

Os aspectos éticos seguidos durante a pesquisa estão descritos no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), conforme Apêndice A.

3.4 OPERACIONALIZAÇÃO DO ESTUDO

O desenvolvimento do estudo incluiu o planejamento das oficinas, escolhendo-se as técnicas a serem utilizadas para a coleta de dados. As etapas da coleta de dados foram elaboradas de modo a atender um dos principais objetivos do estudo, ou seja, promover a reflexão crítica dos trabalhadores acerca do cuidado e da organização do

trabalho, de modo a promover mudanças na realidade, as quais se aproximem do modelo de cuidados integrais.

A etapa da coleta de dados para Trentini e Paim (2004) corresponde à fase da perscrutação, podendo ser entendida como uma forma de obtenção das informações. O caminho escolhido para operacionalizar este estudo consistiu basicamente em oficinas, articuladas pela pesquisadora, com os sujeitos de estudo, as quais desenvolveram o processo reflexivo com vistas a repensar criticamente a atual organização do trabalho da enfermagem numa unidade de internação de clínica médica.

As oficinas foram planejadas para reunir os integrantes do estudo segundo o seu turno e equipe de trabalho, possibilitando deste modo a reflexão sobre como o trabalho acontece em cada turno. A reflexão coletiva realizada com os trabalhadores nas oficinas atende também aos objetivos do mestrado profissional, pela reflexão, experimentação e inovações na organização do trabalho.

Foram realizadas quatro oficinas com cada turno de trabalho (matutino, vespertino e três noturnos) totalizando vinte encontros, com duração aproximada de duas horas. Participaram do estudo trinta trabalhadores, dentre enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem. Em cada oficina participaram entre quatro e onze trabalhadores, dependendo do turno de trabalho. As oficinas aconteceram entre os meses de outubro de 2010 a abril de 2011.

Para viabilizar as oficinas foi necessária a aquiescência do Centro de Educação e Pesquisa em Enfermagem (CEPEn) e da Direção de Enfermagem (DE), facilitando assim a participação dos mesmos, nesta pesquisa. As atividades educativas promovidas pelo CEPEn incluem programas que tem por objetivo o desenvolvimento da pesquisa, a reflexão acerca da organização do trabalho e a assistência de enfermagem, as quais podem ser realizadas no horário de trabalho. A opção por realizar o estudo em oficinas exigiu a cobertura da unidade por outros profissionais e este processo foi facilitado pela DE. A realização das oficinas por turno de trabalho, além de facilitar a ação da pesquisadora, garantiu a assistência aos sujeitos hospitalizados pelos demais grupos de trabalhadores, possibilitando que cada grupo de trabalho repensasse ações para suas práticas cotidianas.

O desenvolvimento do estudo propriamente dito iniciou com convite à participação das equipes de Enfermagem em seus turnos de trabalho, divulgando de maneira geral o projeto de pesquisa, os objetivos e a metodologia que seria utilizada no estudo. No convite à equipe, a pesquisadora, em acordo com os trabalhadores, agendou a data

das oficinas.

Todas as oficinas foram desenvolvidas em sala localizada na própria unidade, e tiveram três momentos: acolhimento; desenvolvimento do processo reflexivo pela utilização de dinâmicas elaboradas de acordo com os objetivos propostos; e o fechamento que incluía o preparo para a próxima oficina. Os integrantes do estudo tiveram oportunidade de propor alterações na programação das oficinas durante todo o processo, porém isso não se fez necessário.

O planejamento e a descrição do modo como foi conduzida cada oficina estão apresentados a seguir.

Oficina 1: Cuidado, Cuidado de enfermagem e Organização do trabalho: compreendendo conceitos e fazendo as primeiras aproximações com a realidade do trabalho.

Para o primeiro momento, buscou-se a aproximação entre os sujeitos participantes e o objetivo da pesquisa, estimulando a reflexão acerca do cuidado humano, cuidado de enfermagem e modos de cuidar. Foram utilizadas técnicas que possibilitaram a abordagem de aspectos do cotidiano assistencial da unidade em análise. Neste encontro, os sujeitos foram estimulados/sensibilizados para expressar suas percepções, fazendo uma primeira leitura da realidade a ser problematizada: o Cuidado prestado ao sujeito hospitalizado na Unidade de Internação de Clínica Médica.

Objetivo do primeiro encontro: identificar o que é cuidado de enfermagem e os aspectos que caracterizam o cuidado integral, a fim de promover a reflexão sobre os elementos da organização do trabalho que potencializam a modalidade de cuidados integrais.

Para cumprir o objetivo proposto, no momento inicial deste encontro, a pesquisadora recebeu e deu as boas-vindas a todos, fazendo a exposição do projeto, valorizando principalmente o referencial teórico, os objetivos e a metodologia utilizada para sua realização. Logo após, foi distribuída, a cada participante da pesquisa, uma pasta com duas cópias do TCLE (Apêndice A). Em seguida, a pesquisadora realizou a leitura do documento e fez os esclarecimentos necessários a respeito. Os profissionais da equipe de enfermagem que concordaram em participar do estudo devolveram uma das cópias assinada e ficaram com a outra. Subsequentemente, foi solicitado aos participantes que preenchessem a ficha de identificação (Apêndice B) contendo dados pessoais e profissionais. (Tempo desta atividade: 40 minutos).

No segundo momento, aconteceu o desenvolvimento do objetivo investigativo/reflexivo e a pesquisadora estimulou o grupo a debater o

tema proposto. Com base na realidade vivenciada no dia-a-dia no trabalho, através de uma “tempestade de idéias”, foram lançadas as seguintes questões instigadoras: O que é cuidado? O que é cuidado de enfermagem? O que é cuidado integral? As idéias que surgiam foram registradas por um voluntário do grupo ou pela própria pesquisadora em cartolinas. (Tempo desta atividade: 40 minutos).

Em seguida, foi proposto ao grupo a seguinte situação: Com base nos aspectos discutidos por vocês sobre o que é cuidado, o que é cuidado de enfermagem, o que é cuidado integral, responda a seguinte questão: Se você estivesse na condição de sujeito hospitalizado nesta clínica, como seria ser cuidado a partir do referencial do modelo de cuidados integrais?

Para responder a essa pergunta foi apresentado ao grupo um instrumento: a questão deveria ser respondida por escrito, sendo recolhida posteriormente. As respostas dos integrantes do grupo serviram de estímulo para mediar a discussão, estimulando-os ao debate coletivo. (Tempo desta atividade: 35 minutos).

Codinome:

Se você estivesse na condição de sujeito hospitalizado nesta clínica, como seria ser cuidado a partir do referencial do modelo de cuidados integrais?

O resultado dos aspectos apontados pelo grupo foi sintetizado pela pesquisadora sob o formato de contribuições para pensar nos modos de cuidar, os quais foram abordados posteriormente, na segunda oficina.

Como fechamento, refletiu-se sobre a dinâmica realizada e foram recolhidas sugestões para encaminhamentos dos encontros posteriores. Foi oferecido material didático relacionado com a organização do trabalho e modelos de cuidados para leitura e debate a ser realizado na próxima oficina. Recolheu-se todo o material produzido e foi feito o agendamento da próxima oficina. (Tempo desta atividade: 15 minutos).

Tempo total da oficina: 2 horas e 10 minutos.

Oficina 2: Modelos de Distribuição de Cuidados e a Organização do Trabalho na Unidade de Internação de Clínica Médica: Teorização e Realidade.

Objetivo do segundo encontro: Discutir os modelos de cuidados (funcional, integral) fazendo relação com o modo como na atualidade é

organizado o trabalho na unidade. Neste encontro, os participantes puderam identificar na realidade os aspectos negativos e positivos da organização do trabalho.

No primeiro momento, foi feito o acolhimento, sendo utilizado como estratégia o conto *O Lago de Leite* (Anexo B) objetivando despertar o prazer do trabalho em conjunto e a importância da ação individual na contribuição com o todo. (Tempo utilizado: 15 minutos).

No segundo momento, resgatou-se o conteúdo desenvolvido na oficina anterior e a pesquisadora devolveu a síntese do que foi discutido. Propiciou-se a discussão dos textos distribuídos no encontro anterior sobre organização do trabalho e modelos de cuidados, possibilitando que os participantes se manifestassem sobre aquilo que apreenderam do material. Na sequência, realizou-se uma atividade intitulada “Vitrine e Lixeira”, em que foi solicitado aos participantes que anotassem em ficha individual, conforme modelo abaixo, os aspectos do trabalho relacionados aos modos de cuidar, conforme acontece na atualidade. Os aspectos considerados positivos (vitrine) e dois aspectos negativos (lixreira).

Codinome:	
Aspectos relacionados ao modo de cuidar atual, realizado na Unidade de Clínica Médica	
Aspectos positivos/Vitrine	Aspectos negativos/Lixeira

Abriu-se então espaço para o debate entre os participantes e devolução daquilo que anotaram. A discussão foi estimulada de modo a iniciar a reflexão sobre os aspectos negativos que podem ser reciclados ou inovados, dando a abertura para as tarefas a serem realizadas na oficina seguinte. (Tempo desta atividade: 01 hora e 15 minutos).

Como fechamento da oficina, realizou-se a reflexão sobre a dinâmica utilizada, acolhendo-se sugestões para o encaminhamento dos encontros posteriores; fez-se o recolhimento dos materiais produzidos e o agendamento da próxima oficina. Para finalizar, leu-se do conto *O beija-flor e o incêndio* (Anexo C) estimulando o grupo a repensar mudanças na prática assistencial. (Tempo da atividade: 30 minutos).

Tempo total da oficina: 2 horas.

Oficina 3: Identificando e elegendo aspectos da Organização do Trabalho para experimentação de mudanças na realidade.

Objetivo do terceiro encontro: ampliar a fundamentação teórica

acerca dos modelos de cuidados; construir com o grupo ações de mudança, estimulando-os à experimentação destas na realidade.

O acolhimento dos integrantes da pesquisa foi realizado, neste encontro, com a leitura do conto: Quatro Cegos e o Elefante (Anexo D), que teve como pretensão estimular o debate acerca do processo de trabalho e dos modelos de cuidados. (Tempo da dinâmica: 10 minutos).

No segundo momento, a pesquisadora, apresentou a proposta de “confeção de uma boneca”, (Apêndice C), inspirada em dinâmica de grupo utilizada por Spagnol et al., (2001). Nesta atividade, pretendeu-se introduzir os aspectos referentes à satisfação no trabalho como resultado do modo como este é realizado. Os integrantes do grupo foram orientados a confeccionar a boneca com os materiais disponibilizados pela pesquisadora e conforme orientações. Ao concluir a atividade os participantes relataram a experiência, ressaltando os aspectos comunicação, satisfação, planejamento e tomada de decisão. (Tempo da atividade: 50 minutos).

Após a dinâmica, a pesquisadora fez uma devolutiva da totalidade dos aspectos positivos e negativos relacionados ao modo como organizam o trabalho na atualidade, construídos na oficina anterior. Utilizando-se destes aspectos, que ficaram expostos visualmente em cartolina afixada na sala, os integrantes do estudo foram convidados a pensar sobre os temas potencialmente possíveis de “reciclagem” (mudanças), bem como a iniciar a formulação de solução para os problemas apontados.

Os aspectos referentes às proposições e ações/planos de mudanças foram registrados em cartolina à medida que as idéias iam sendo apresentadas, estando sujeitas à discussão e à reformulação pelo próprio grupo. Esta atividade teve por objetivo elaborar o plano de aplicação na realidade. A pesquisadora disponibilizou a lista dos itens propostos bem como todo o material desenvolvido nas dinâmicas anteriores para consulta, se houvesse necessidade. Terminada a oficina, o grupo retornou à realidade com a perspectiva de aplicar, nos dias subseqüentes, pelo menos uma das mudanças propostas por eles que se aproximasse do modelo de cuidado integral. A experimentação prática do(s) aspecto(s) escolhidos(s) pelos integrantes do grupo aconteceu durante um período que variou entre dez e trinta dias dependendo de cada equipe de trabalho. A pesquisadora permaneceu disponível para acompanhar as mudanças na prática, auxiliando o grupo a concretizá-la. (Tempo desta dinâmica: 50 minutos).

Para finalizar, a pesquisadora solicitou a avaliação do encontro. Logo após, aconteceu o recolhimento dos registros e a marcação da

próxima oficina. (Tempo da atividade: 10 minutos)

Tempo total da oficina: 2 horas.

Oficina 4: Sintetizando a experiência prática e construindo encaminhamentos para efetivação de mudanças na realidade.

Objetivo do quarto encontro: Sintetizar os principais limites e possibilidade de efetivação de mudanças no modelo de organização do cuidado a partir do envolvimento dos trabalhadores no processo.

Este momento possibilitou a reflexão acerca da intervenção realizada pelos integrantes do estudo sobre a realidade do cuidado no cotidiano. Neste momento, os integrantes do grupo puderam apontar e estabelecer as soluções encontradas como aplicáveis, contribuindo com a transformação da realidade, assim como apresentando os limites da experiência. Sinalizaram também sobre o compromisso de cada um quanto à mudança.

A pesquisadora deu início às atividades fazendo o acolhimento, deixando exposto no mural uma frase de autoria de DeRose em escritos de Santos (2006, p.104): “É pela ação efetiva que conseguiremos o que tantos sonharam e não conseguiram – porque apenas sonharam, mas não agiram”.

Dando continuidade, os integrantes do estudo relataram como foram os últimos dias de trabalho, como discutiram e como colocaram em prática aquilo que haviam proposto. O encontro foi conduzido de modo a facilitar as diversas experiências, a reflexão sobre as facilidades e dificuldades para pensar e realizar mudanças na realidade. Este espaço foi reservado para a reflexão e discussão das aplicações concretas da iniciativa experimentada pelo grupo, com vistas à construção e efetivação do modelo de cuidado integral. (Tempo desta atividade: 60 minutos).

Esgotada a discussão sobre aquilo que foi pensado e realizado na prática, conforme a proposta da reunião anterior, foi distribuída uma ficha em branco para descrever e avaliar o processo de pesquisa, registrando as atitudes que de algum modo podem potencializar o (re)pensar a organização do trabalho com vistas à construção de modelos de cuidados que potencializem a realização do cuidado integral. (Tempo desta atividade: 20 minutos).

Após escreverem, abriu-se espaço para que cada um pudesse expor suas idéias, realizando a seguir o encerramento das oficinas com o recolhimento das fichas. A pesquisadora deixou a cada integrante do grupo uma frase de Charles Chaplin (Anexo E) de estímulo à vida e seu significado, permanecendo à disposição para realizar outros encontros se

assim o grupo desejasse. (Tempo desta atividade: 20 minutos).
Tempo total da oficina: 1 hora e 40 minutos.

3.5 REGISTROS E ANÁLISE DOS DADOS

Para reforçar a necessidade da organização das informações obtidas durante a realização da pesquisa, Trentini e Paim (2004) descrevem que não existe uma forma única de registrar estes dados, porém o diário de campo é um instrumento indispensável de anotações das práticas vivenciadas. Este registro deve contemplar aspectos minuciosos das informações, detalhes pertinentes ao estudo, sendo que o uso de gravações, filmagens e fotografias podem evidenciar pequenos detalhes, sutis, que ocorreram durante a coleta de dados.

O presente estudo foi elaborado considerando os registros de observação dos acontecimentos nas oficinas e nas gravações destas por meio de voz. O total do tempo gravado nas vinte oficinas foi de vinte e quatro horas, trinta e quatro minutos e trinta e dois segundos. Para evitar o esquecimento de fatos, as anotações e transcrições foram realizadas logo após o desenvolvimento de cada oficina. Essa estratégia também foi necessária para a utilização do material para encaminhamento da oficina seguinte. No diário de campo a pesquisadora teve o cuidado de descrever as falas e realizar o registro minucioso das informações e impressões vivenciadas pelos participantes do grupo. Para estes registros foi utilizado um arquivo construído no Microsoft Office Word 2007 (Apêndice D).

Com as informações das oficinas já transcritas, os dados encontrados durante o processo de apreensão foram examinados minuciosamente, agrupados por aproximação e semelhança das informações, para posteriormente compor as categorias de análise. Nesta fase, a pesquisadora realizou um processo de imersão nos materiais transcritos das oficinas para apreensão do conteúdo, pois, segundo Trentini e Paim (2004, p. 96) para alcançar a fase de síntese é necessário que a pesquisadora domine o tema investigado, ou seja, “se o pesquisador conseguir criar, para ele mesmo, material ilustrativo, terá certeza de que conseguiu sintetizar e memorizar todo o processo de trabalho”.

Como parte do processo de análise dos dados aconteceu o processo de teorização pelo qual se desenvolve o desenho teórico, a partir das relações reconhecidas durante o processo de síntese. Os temas

foram finalmente definidos com base no referencial teórico-metodológico do estudo e do resultado constituiu-se as categorias finais de análise, as quais apontam as possibilidades evidenciadas de dar significado aos achados do estudo.

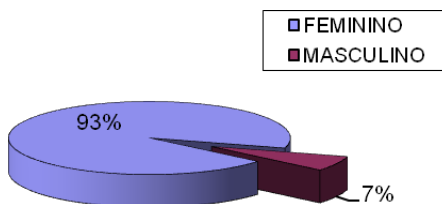
4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

*A liberdade é o nosso bem mais precioso.
Ao confrontar a liberdade com a disciplina,
se esta violentar aquela, opte pela liberdade.
(DeRose)*

4.1 PERFIL DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO

Participaram do estudo trinta (30) profissionais. Destes, vinte e oito (28) trabalhadores, ou seja, 93% pertencem ao gênero feminino e dois (2), o equivalente a 7%, ao gênero masculino, confirmando que as mulheres constituem a maioria dos trabalhadores de enfermagem (Figura 2).

Figura 2: Número de participantes do estudo por gênero, 2011.



Fonte: dados da pesquisa, 2011.

Quanto à situação empregatícia, observa-se que dez (10) trabalhadores, ou 33% do total, possuem dois vínculos empregatícios e vinte (20) trabalhadores, ou 67% atuam apenas na instituição em estudo (Figura 3).

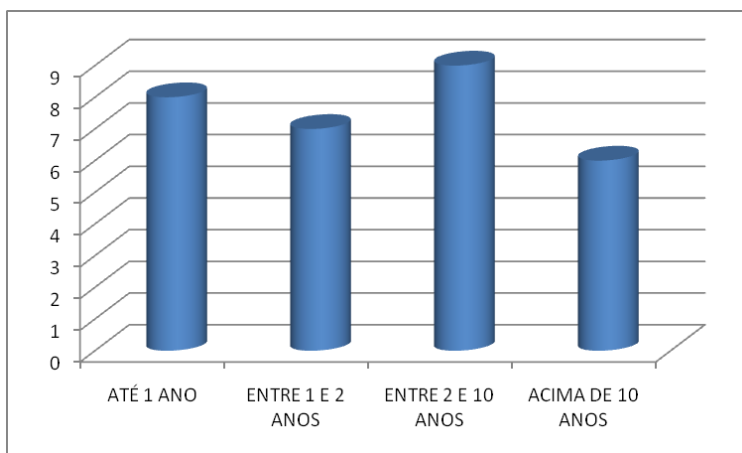
Figura 3: Situação dos trabalhadores em relação ao número de vínculos empregatícios, 2011.



Fonte: dados da pesquisa, 2011.

Quanto ao tempo de serviço na unidade de internação de clínica médica, 26,66% dos integrantes do estudo trabalham neste local há menos de um ano; 23,33% estão trabalhando entre um e dois anos; 30% entre dois e dez anos e somente 20% atuam na unidade há mais de dez (10) anos. Percebe-se que a equipe de enfermagem possui um contingente de pessoas ainda jovens e com pouco tempo de atuação em Clínica Médica, ou seja, 50% dos trabalhadores estão exercendo suas funções há menos dois anos neste local (Figura 4).

Figura 4: Participantes da pesquisa em relação ao tempo de serviço na Unidade de Internação Clínica Médica, 2011.



Fonte: dados da pesquisa, 2011.

Seguindo a Instrução Normativa 03/MP-PEN/2011, apresentam-se os resultados em forma de três manuscritos, que pretendem responder os objetivos definidos para o estudo.

4.2 MANUSCRITO 1: REFLEXÕES SOBRE CUIDADO E ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO DA ENFERMAGEM SEGUNDO TRABALHADORES DE ENFERMAGEM DE UM HOSPITAL ESCOLA

REFLEXÕES SOBRE CUIDADO E ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO DA ENFERMAGEM SEGUNDO TRABALHADORES DE ENFERMAGEM DE UM HOSPITAL ESCOLA¹

REFLECTIONS UPON CARE AND THE ORGANIZATION OF NURSING WORK GIVEN BY NURSING WORKERS FROM A BRAZILIAN UNIVERSITY HOSPITAL

REFLEXIONES SOBRE EL CUIDADO Y LA ORGANIZACIÓN DEL TRABAJO DE ENFERMERÍA SEGÚN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE UN HOSPITAL UNIVERSITARIO

Julieta Oro²
Eliane Matos³

RESUMO: Pesquisa de natureza qualitativa, tipo Convergente Assistencial, que teve por objetivo conhecer as percepções de

¹ Recorte da Dissertação “O Cuidado Integral de Enfermagem em Unidade de Internação Hospitalar” do Mestrado Profissional Gestão do Cuidado em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (PEN/UFSC), 2011.

² Enfermeira, Chefe do Serviço de Clínica Médica I, HU/UFSC. Mestranda pelo mestrado Profissional em Enfermagem, PEN/UFSC. Membro do Núcleo de Estudos sobre Trabalho, Cidadania, Saúde e Enfermagem (GRUPO PRÁXIS). Rua Luiz Oscar de Carvalho, 75, Bl.6/13, Trindade, Florianópolis, SC, Brasil. Fone: (48)99673659. juliettaoro2009@hotmail.com

³ Enfermeira chefe da Divisão de Enfermagem de Emergência e Ambulatório, HU/UFSC. Doutora em enfermagem pela UFSC. Professora credenciada mestrado Profissional do PEN/UFSC. Membro do Núcleo de Estudos sobre Trabalho, Cidadania, Saúde e Enfermagem (GRUPO PRÁXIS). Florianópolis, SC, Brasil.

trabalhadores de enfermagem de uma unidade de clínica médica de um hospital escola do sul do Brasil acerca do cuidado de enfermagem e da organização do trabalho da enfermagem. Foi realizada com a participação de trinta trabalhadores: enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem. A coleta de dados foi realizada em oficinas, por turno de trabalho. Foram realizados quatro encontros com cada turno (matutino, vespertino e três noturnos) totalizando vinte encontros. Os resultados apontam que os conceitos de cuidado dos trabalhadores estão relacionados a noções de esforços interpessoais de sujeitos entre si, com o objetivo de promover a saúde/proteção dos seres humanos e do ambiente. Sobre os cuidados de enfermagem os trabalhadores acrescentam uma dimensão de trabalho profissional, com caráter científico. O cuidado integral em enfermagem é percebido como aquele que contempla a multidimensionalidade do ser humano, contribuindo para a promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde, de modo a produzir o maior bem estar possível em cada situação vivida pelos sujeitos. Conclui-se que os trabalhadores conhecem e compreendem os fundamentos da assistência integral, relacionando os conceitos a sua prática cotidiana e a organização do trabalho da enfermagem.

DESCRITORES: cuidado, enfermagem, organização e administração, cuidado de enfermagem.

ABSTRACT: The objective of this Convergent Care qualitative study was to better understand perceptions about nursing care and the organization of nursing work from nurses who work in a clinical medicine ward in a university hospital in southern Brazil. Data was collected from workshops involving the participation of thirty workers, among them nurses, nursing technicians, and nursing assistants organized according to work shifts. Four encounters with each shift (morning, afternoon, and three night shifts) were carried out, totaling twenty encounters. Results point out that workers' concepts for care are related to their notions of interpersonal efforts among the subjects themselves, seeking to promote the health/protection of human beings and the environment. Concerning nursing care, these workers add a professional work dimension of scientific nature. Comprehensive nursing care is understood to be that which contemplates the multidimensionality of being human; contributing to the promotion, protection, recovery, and rehabilitation of health in a way that produces the greatest well-being possible in each situation lived by these subjects. This study concludes that workers know and comprehend the

foundations of comprehensive care, relating its concepts to their daily nursing practices and organization of work.

KEYWORDS: care, nursing, organization and administration, nursing care.

RESUMEN: Se trata de un estudio que aborda la organización del trabajo de enfermería desde la perspectiva del cuidado integral, teniendo en cuenta las interpretaciones de los sujetos de la investigación acerca de la atención. Tuvo como objetivo conocer las percepciones del personal de enfermería en una clínica médica de un hospital universitario en el sur de Brasil, acerca del cuidado de enfermería y de la organización del trabajo de enfermería. Se trata de una investigación convergente asistencial que se llevó a cabo con la participación de treinta trabajadores, enfermeros, técnicos y auxiliares de enfermería. La recolección de datos se hizo en grupos focales, por cada turno de trabajo. Se realizaron cuatro encuentros con cada turno (matutino, vespertino y tres en el período nocturno) para un total de veinte sesiones. Los resultados revelan que los conceptos de cuidado de los trabajadores tienen relación con las nociones de los esfuerzos interpersonales de los individuos entre sí, con el fin de proteger y promover los seres humanos y el ambiente. Sobre el cuidado de enfermería, los trabajadores añaden una dimensión del trabajo profesional de carácter científico. El cuidado integral de enfermería es percibido como aquél que considera la multidimensionalidad del ser humano, contribuyendo a la promoción, protección, recuperación y rehabilitación, a fin de producir el mayor bienestar posible en cada situación vivida por los sujetos. Se concluye que los trabajadores conocen y comprenden los fundamentos de la atención integral, y relacionan los conceptos a su práctica cotidiana y a la organización del trabajo de enfermería.

DESCRIPTORES: cuidado, enfermería, organización y administración, atención de enfermería.

INTRODUÇÃO

As políticas públicas de saúde no Brasil têm estimulado, nas últimas décadas, a reflexão acerca do processo de trabalho dos trabalhadores de saúde, por entender que as mudanças no modo de gestão dos serviços e no modo de prestar cuidados em saúde dependem de mudanças estruturais, mas também de ações nos microespaços em

que se realizam os cuidados, o que demanda o envolvimento de gestores, trabalhadores e usuários nas decisões sobre a assistência à saúde (CAMPOS; AMARAL, 2007; BRASIL, 2009).

A Política Nacional de Humanização (PNH) da atenção e gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) “aposta na indissociabilidade entre os modos de produzir saúde e os modos de gerir os processos de trabalho”, e tem entre seus objetivos “provocar inovações nas práticas gerenciais e nas práticas de produção de saúde, propondo para os diferentes coletivos/equipes implicados nestas práticas o desafio de superar limites e experimentar novas formas de organização dos serviços” (BRASIL, 2009, p. 4). A experimentação de novas formas de organização do trabalho em saúde depende, dentre outros aspectos, da iniciativa das diversas profissões em compreender seu processo de trabalho no conjunto do trabalho em saúde, tanto no que diz respeito à organização do trabalho quanto em relação ao seu objeto de trabalho, fazendo a inter-relação entre os diversos saberes e fazeres.

O trabalho em saúde, na atualidade, ainda acontece de forma fragmentada, cada núcleo profissional assume determinada parcela da assistência, sem considerar que o objeto de trabalho em saúde é um ser humano, único, indivisível, com múltiplas necessidades, e que, para ter suas necessidades atendidas, satisfatoriamente, necessita ser visto em sua totalidade (MATOS; PIRES, 2009).

Como parte integrante da equipe de saúde e responsável por uma parcela significativa dos cuidados prestados às pessoas que procuram os serviços de saúde, na enfermagem tem-se debatido a fragmentação do cuidado a partir do modo de organização do trabalho, que, no Brasil, é agravado pelas condições de trabalho da categoria e pela composição da equipe, composta por profissionais com diferentes níveis de formação e competências diferenciadas para enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem. Geralmente o trabalho de enfermagem é organizado pela distribuição de tarefas parcelares entre os diferentes trabalhadores, considerando a formação e o quadro de pessoal disponível nas instituições. Neste cenário, o enfermeiro realiza os cuidados de maior complexidade e coordena, planeja e avalia os cuidados prestados pela equipe de enfermagem. Este modo de organização do trabalho compromete a visão do sujeito integral gerando fragmentação da assistência e afastando-se dos indicativos de humanização da assistência e da assistência integral, os quais poderiam imprimir maior qualidade aos cuidados (MATOS; PIRES, 2009; ORO; MATOS, 2011).

Estudos que tratam do trabalho da enfermagem apontam dois modos principais de organização das atividades entre os integrantes da

equipe de enfermagem: o modelo de cuidados funcionais e o modelo de cuidados integrais (PIRES, 1999, 2008).

O modelo de cuidados funcionais baseia-se na divisão por tarefas, ou seja, cada trabalhador executa os cuidados de forma fragmentada, sem articulação com o todo assistencial, distanciando-se do resultado global da assistência e das necessidades da pessoa a ser cuidada (PIRES, 1999). Segundo Costa (2004, p. 236), neste modo de organização do trabalho “parte-se das tarefas para padronizar as necessidades dos doentes e não dos doentes para a definição das tarefas”. A ênfase do trabalho está na técnica a ser realizada e não na necessidade do sujeito hospitalizado, que se perde em meio ao número de procedimentos a serem executados; “o doente se torna tão somente o ‘lugar’ em que são realizadas as tarefas”.

Já o modelo de cuidados integrais é entendido como aquele em que um profissional realiza a prestação de todos os cuidados a um ou mais sujeitos hospitalizados durante um turno de trabalho. Para Pires (1999, p. 41), “esse modelo possibilita uma visão mais global das necessidades do paciente/cliente, tornando o trabalho potencialmente mais criativo,” beneficiando sujeitos hospitalizados e trabalhadores.

Os indicativos de assistência integral no âmbito do SUS, no Brasil, e a experiência em Unidade de Internação de Clínica Médica em um hospital geral universitário no qual a distribuição das atividades de enfermagem é realizada, no período diurno baseada no modelo de cuidados integrais e, no noturno, pelo modelo de cuidados funcionais, estimularam a empreender esse estudo. Isto porque se percebe que nos dois modos de organização do trabalho a prática dos trabalhadores apresenta aspectos que se aproximam e se distanciam da assistência pelo modelo de cuidados integrais. Na prática diária, percebem-se que a lógica de fragmentação do cuidado mantém-se em muitos momentos e o cuidado é realizado pelos trabalhadores da enfermagem sem a devida reflexão sobre o que venha a ser a assistência pelo modelo de cuidados integrais.

Também observa-se que, em muitas situações, a exemplo do trabalho noturno, não se consegue implantar o modelo de cuidados integrais, por especificidades do turno de trabalho. No período diurno em que a prática predominante é pelo modelo de cuidados integrais, muitas vezes os trabalhadores acabam por promover o parcelamento das atividades assistenciais. A carência de reflexão acerca do que venha a ser o cuidado e a integralidade da assistência dificulta a organização do trabalho pelo modelo de cuidados integrais e a percepção das necessidades do sujeito hospitalizado em sua totalidade, resultando em

fragmentação da assistência prestada.

Entende-se, como Pires (2008) e Matos (2006), que o modo como o trabalho é organizado pode contribuir para estimular a criatividade e a satisfação do trabalhador de enfermagem com o seu trabalho, trazendo resultados positivos para a qualidade do cuidado prestado; além disso, a organização do trabalho de enfermagem pelo modelo de cuidados integrais responde mais adequadamente as necessidades assistenciais do sujeito hospitalizado, podendo ser mais prazeroso para o trabalhador de enfermagem.

No entanto, percebe-se que no cotidiano é frágil a reflexão dos trabalhadores sobre o seu trabalho e o modo como é prestado o cuidado. A percepção do sujeito hospitalizado como um ser multidimensional se perde em meio às inúmeras atividades desenvolvidas pela equipe de enfermagem. Em decorrência, o trabalho, aos poucos, vai assumindo mais e mais características do trabalho repetitivo, fragmentado, distanciando-se da assistência integral, que possibilitaria uma visão mais complexa das múltiplas necessidades do sujeito que necessita de cuidados.

Assim sendo, entende-se que repensar a organização do trabalho pela discussão crítica reflexiva acerca do cuidado, do cuidado de enfermagem e dos modelos de cuidados pode contribuir para que os trabalhadores envolvidos repensem sua prática e busquem alternativas de organização que se aproximem dos cuidados integrais aos sujeitos hospitalizados. Conhecer o que pensam os trabalhadores sobre o cuidado e a organização do trabalho e propiciar a discussão crítico-reflexiva acerca do tema podem vir a ser um caminho para a humanização da assistência, valorizando e estimulando a prestação de cuidados mais próxima da chamada assistência integral, valorizando a um só tempo os sujeitos trabalhadores e os sujeitos hospitalizados.

Diante deste cenário, o presente estudo tem por objetivo: conhecer, a partir de um processo crítico-reflexivo, as percepções de trabalhadores de enfermagem, de uma Unidade de Clínica Médica de um hospital-escola do sul do Brasil, acerca do cuidado, do cuidado de enfermagem e da organização do trabalho da enfermagem.

METODOLOGIA

O estudo caracteriza-se como sendo uma pesquisa de abordagem qualitativa do tipo convergente-assistencial (PCA). Esta modalidade possibilita refletir a prática assistencial, partindo das situações

vivenciadas no cotidiano conduzindo à descoberta de novas realidades e introduzindo inovações na prática assistencial; articula intencionalmente a pesquisa com a prática assistencial. (TRENTINI; PAIM, 2004).

Participaram da investigação trinta (30) trabalhadores de enfermagem (enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem) que atuam em uma Unidade de Internação Médica, de um hospital-escola, os quais concordaram em participar assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A coleta de dados foi feita em oficinas, realizadas nos turnos e horários de trabalho dos participantes. Com cada equipe, foram realizadas quatro oficinas de duas horas, totalizando oito horas de participação por sujeito de pesquisa. No total foram vinte (20) encontros, que incluíram a equipe do turno matutino, do vespertino e das três equipes do período noturno. As oficinas aconteceram entre os meses de outubro de 2010 a abril de 2011. Todos os encontros foram organizados em três momentos: acolhimento, desenvolvimento do processo reflexivo para realização do objetivo proposto e o fechamento. Os encontros foram gravados por meio digital de voz com autorização dos participantes e o material proveniente das discussões, assim como as anotações da pesquisadora, foram transcritos e organizados após cada oficina para apresentação aos participantes no encontro seguinte. As oficinas incluíram o debate acerca de questões teóricas sobre o cuidado e a organização do trabalho, assim como questões do cotidiano de trabalho. Os resultados da reflexão dos trabalhadores de enfermagem acerca do cuidado, cuidado de enfermagem e organização do trabalho na perspectiva do modelo de cuidados integrais foram sistematizados a partir da leitura cuidadosa das falas dos participantes, as quais foram analisadas com base no objetivo da investigação, resultando nas categorias de análise.

Os aspectos éticos foram respeitados, no desenvolvimento do estudo, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), (BRASIL, 2010), e o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética de Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (CEP/UFSC), sob o protocolo número 1014/10. Os sujeitos da pesquisa foram identificados pelas letras SE (Sujeito de Enfermagem), seguido por um número (SE-1, SE-2) e assim sucessivamente para garantir o anonimato dos participantes.

RESULTADOS E DISCUSSÃO: construindo um caminho na busca pelo modelo de cuidados integrais

A discussão/reflexão coletiva dos trabalhadores nas oficinas

possibilitou o debate acerca dos modelos de cuidados na enfermagem tanto em seus aspectos teóricos como na vivência prática do cuidar, estimulando os trabalhadores a repensar sua atuação com vistas a proporcionar ao sujeito hospitalizado uma assistência mais próxima ao modelo de cuidados integrais. O processo reflexivo mobilizado pelas oficinas possibilitou apreender a compreensão dos participantes, as quais estão expressas nas categorias: **cuidado, cuidado de enfermagem e organização do trabalho pelo modelo de cuidados integrais.**

Quando tratou-se acerca do **Cuidado** os integrantes da pesquisa debateram coletivamente os significados do cuidar/cuidado de modo geral, construindo em conjunto, ao final do encontro, cinco noções sobre cuidado, as quais se complementam em um entendimento coletivo, conforme demonstrado a seguir.

Respeito; proteção; educação; reconhecer as emoções dos outro. (SE-5, SE-6, SE-7 e SE-8).

[...] a dignidade, o dever e a obrigação de cuidar de seus familiares. É o cuidado com o próximo e o cuidado a distancia (preocupação). É a doação. (SE-12, SE-13, SE-14 e SE-15).

É a atenção do bem-estar do outro, respeitar a cultura, as crenças, se colocar no lugar do outro. Saber ouvir. Ação governamental voltada para o bem-estar de uma população. O cuidado engloba tanto as ações macro quanto as micro. As questões do autocuidado, do cuidado instintivo, o amor para o próximo, paciência, tolerância e dedicação. (SE-20, SE-21, SE-22, SE-23, SE-24, SE-25, SE-26, SE-27 e SE-28).

[...] solidariedade, respeito à individualidade das pessoas, à essência e à existência humana. (SE-16, SE-17 e SE-18).

[...] passa pelos valores culturais de quem cuida e de quem é cuidado, implica em dedicação, amor, solidariedade, comprometimento e respeito às diferenças; a necessidade do cuidado pode ser transitória ou permanente; o cuidado não necessariamente é desenvolvido pelo profissional da saúde. (SE-1, SE-2, SE-3 e SE-4).

A percepção dos trabalhadores de enfermagem sobre o que vem a ser o cuidado aproxima-se do referido em estudos que tem discutido o tema na sociedade de modo geral. Destacam-se, nas falas dos trabalhadores, a necessidade que os seres humanos têm de proteção, de afeto, de amor, de atenção, estando em conformidade com as teorizações de Boff (2001, p.91) para quem cuidado significa “desvelo, solicitude, diligência, zelo, atenção, bom trato”. Traz também aspectos relacionados à vida em sociedade e as condições estruturais mais amplas, ou seja, condições sociais, tais como educação e ações governamentais que promovam o bem-estar do ser humano e seu pleno desenvolvimento (BOFF, 2001).

Outras questões fundamentais que surgem é a relação entre cuidado e solidariedade, respeito à individualidade e à unicidade do ser humano. Os sentidos dado ao cuidado pelos integrantes do estudo vêm ao encontro das discussões de Souza et al. (2005, p. 267) para quem “o cuidado manifesta-se na preservação do potencial saudável dos cidadãos e depende de uma concepção ética que contemple a vida como um bem valioso em si”. Para os autores a complexidade do conceito de cuidado implica na incorporação de diversos significados. Em alguns momentos “quer dizer solidarizar-se, evocando relacionamentos compartilhados entre cidadãos em comunidades”, em outros, dependendo das circunstâncias, “transmite uma noção de obrigação, dever e compromisso social”.

Ao abordar o **Cuidado de Enfermagem**, os participantes repetiram o processo de discussão construindo, ao final, coletivamente, um entendimento sobre o tema. A percepção do cuidado de enfermagem abarca a visão do cuidado em sentido genérico e incorpora aspectos do cuidado profissional, apreendido pela formação em enfermagem, conforme pode ser observado nas construções grupais apresentadas a seguir.

É a assistência a saúde prestada por profissionais de enfermagem, estando esta [pessoa] em hospital ou não; implica em uma organização prévia, [...] planejamento de acordo com as necessidades/prioridades do momento; segue-se uma rotina predeterminada das ações com possibilidade de flexibilização de acordo com a demanda; o objetivo do cuidado de enfermagem é promover, prevenir, restabelecer ou manter o estado de saúde dos sujeitos. (SE-1, SE-2, SE-3 e SE-4).

É o cuidado específico, profissional, sendo remunerado para cuidar. Pode englobar o cuidado ao ser humano de maneira geral. A enfermagem cuida 24h no dia do paciente e cuida também do acompanhante. É o cuidado biopsicossocial e espiritual do paciente e do familiar, a atenção individualizada. Faz parte dos cuidados de enfermagem: agilidade, responsabilidade, inteligência, destreza, persistência, criatividade, improvisação, estimular a melhora. (SE-12, SE-13, SE-14 e SE-15).

É o conhecimento científico aplicado no bem estar do outro. Os cuidados de enfermagem englobam: educação/orientação, prevenção e assistência, pesquisa, coordenação, reabilitação, atuação com ética, encaminhamentos para outros profissionais se houver necessidade. O atendimento do ser humano de forma holística. A enfermagem faz a articulação entre os diversos profissionais da saúde visando o bem estar do paciente. Os cuidados de enfermagem fazem parte de normas/legislação inerente à profissão. É uma profissão dedicada que deve se colocar no lugar do outro e trabalhar em equipe, com agilidade e administrar o tempo da assistência. O profissional da enfermagem precisa estar bem consigo mesmo para cuidar do outro. [...] Engloba a previsão de materiais necessários e estrutura específica para o desenvolvimento do trabalho. Envolve a criatividade. É orientado pela SAE [Sistematização da Assistência de Enfermagem] e um olhar crítico/percepção/investigação do cuidado/do tratamento que está sendo realizado. Engloba prioridades, logística, responsabilidade e humanização. (SE-20, SE-21, SE-22, SE-23, SE-24, SE-25, SE-26, SE-27 e SE-28).

[...] Vinculo com o paciente (SE-5; SE-6; SE-7, SE-8).

É a continuidade do cuidado humano só que de maneira profissional, acrescido de ética, sigilo,

compromisso. É um cuidado especializado. (SE-16, SE-17 e SE-18).

A discussão dos sujeitos da pesquisa sobre o cuidado de enfermagem mostra aspectos importantes para compreender os entendimentos que os trabalhadores têm a respeito do ser humano, da profissão e de suas responsabilidades no contexto do trabalho em saúde. Traz também um forte conteúdo de valorização e de consciência sobre o seu trabalho e da importância social do mesmo, aspecto que vem sendo salientado por muitos autores (MATOS, 2006; PIRES, 2008). Os trabalhadores de enfermagem estão presentes em praticamente todos os locais onde se presta atenção à saúde e nestes ambientes os trabalhadores tem sido responsáveis, além do cuidado ao sujeito hospitalizado, pela organização/gerenciamento dos espaços assistenciais de modo a assegurar a atuação dos demais profissionais de saúde (PIRES, 1999).

Os aspectos salientados pelos participantes da pesquisa trazem ainda o referencial do que vem sendo discutido como uma boa prática e aspectos presentes na discussão acerca da integralidade em saúde, ou seja, uma prática que considere as necessidades biopsicossociais e espirituais dos indivíduos; a necessidade de promoção, proteção e recuperação da saúde; que o cuidado pode e deve ser praticado em todas as esferas da atenção à saúde; incluem a família no rol das pessoas a serem cuidadas, portanto compreendem o ser humano como um ser de relações. Trazem também aspectos relevantes da relação necessária ao estabelecimento do processo terapêutico, tais como vínculo, compreensão da individualidade de cada pessoa que busca os serviços de saúde. Esses aspectos são hoje defendidos pela PNH e considerados elementos de uma boa prática em saúde; refletem a responsabilização dos profissionais de saúde pelos sujeitos cuidados para além da ação específica sobre a doença ou queixa que os levou a buscar os serviços (MATOS, 2006; CAMPOS; AMARAL, 2007; BRASIL, 2009, 2011).

Associados aos aspectos anteriores, pode-se perceber, na fala dos participantes da pesquisa, que o cuidado profissional significa competência, habilidade, destreza para o cuidado, valores estes que fazem parte, historicamente, da formação profissional de enfermagem e que se relacionam a uma prática resolutiva, ou seja, uma prática que assegure ao sujeito hospitalizado o atendimento e a resolução dos problemas que o levaram aos serviços de saúde (MATTOS, 2001; CAMPOS; AMARAL, 2007; BRASIL, 2009).

No que diz respeito às percepções dos trabalhadores acerca do cuidado e do cuidado de enfermagem, as quais se aproximam de princípios da assistência integral e do modelo de cuidados integrals, os sujeitos do estudo foram convidados a responder à pergunta: “Se você estivesse na condição de sujeito hospitalizado nesta clínica, como seria ser cuidado a partir do referencial do modelo de cuidados integrals?” Os resultados desta reflexão estão articulados na categoria: **cuidado integral na organização do trabalho da enfermagem**.

Os achados obtidos nesta categoria relacionam-se com os debates anteriores e incorporam aspectos da vivência dos trabalhadores no cotidiano de trabalho. Neste sentido, é importante ressaltar que, no local da pesquisa, os trabalhadores do turno diurno organizam o trabalho pelo modelo de cuidados integrals, em que cada trabalhador presta assistência a cerca de seis sujeitos hospitalizados, aos quais executam todos os cuidados. No período noturno, por outro lado, o trabalho é organizado pelo modelo de cuidados funcionais, ou seja, por distribuição de tarefas, em que cada trabalhador realiza um grupo de tarefas a todos os sujeitos hospitalizados. A organização do trabalho por tarefas no período noturno foi definida pela enfermagem, desde a abertura da instituição, em função das especificidades do trabalho noturno, devido ao número reduzido de trabalhadores para prestar o cuidado e à existência de períodos de repouso para os trabalhadores.

Na reflexão, no entanto, o discurso dos trabalhadores traz um conteúdo de defesa do cuidado integral, independente do modo como é organizado o trabalho nos diferentes turnos. Sobre esse aspecto a formação dos profissionais de enfermagem tem reforçado as múltiplas necessidades do ser humano que procura os serviços de saúde e defendido um atendimento holístico as pessoas (PINHO; SIQUEIRA; PINHO, 2006; SENA et al., 2008). Também na instituição estudada, a enfermagem utiliza o referencial das Necessidades Humanas Básicas de Wanda Horta na realização da Sistematização da Assistência de Enfermagem. Na prática diária e nas capacitações oferecidas sistematicamente pelo órgão de educação permanente da instituição, o tema é abordado e os trabalhadores de enfermagem discutem que o ser humano sob nossos cuidados possui necessidades nas esferas biopsicossociais e espirituais (UFSC, 1983). Esta condição institucional pode contribuir para o entendimento dos trabalhadores sobre a importância da distribuição das atividades pelo modelo de cuidados integrals.

Para os integrantes do estudo, assistir integralmente o sujeito hospitalizado é **preservar sua individualidade e autonomia para**

decidir sobre sua vida e seu processo saúde-doença. A noção de preservação da autonomia surge associada à educação em saúde, pois para decidir o sujeito necessita conhecer, estar informado de sua condição e daquilo que será realizado. Neste sentido cabe à equipe de enfermagem dar as informações de sua responsabilidade quanto ao ato assistencial.

Acredito que ao administrar medicamentos ou realizar algum procedimento técnico, ele compartilhasse comigo o que vai ser realizado, esclarecendo dúvidas e respeitando a minha autonomia. (SE-17).

Gostaria de ser escutada, respeitada na minha individualidade. (SE-12).

Gostaria de ser informada sobre o meu estado de saúde. (SE-24).

Estudos apontam que os sujeitos, ao serem internados em uma instituição hospitalar, perdem parte de sua individualidade e de sua autonomia, são tratados pelo número do leito, pela doença e não pelo nome (CAPELLA, 1998). A idéia de autonomia e individualidade dos usuários nos serviços de saúde tem sido defendida na última década pelas políticas de saúde e caracterizam um atendimento humanizado. Entende-se que toda pessoa ao buscar um serviço de saúde tem direito a manter sua identidade, a tomar decisões sobre sua vida, seu tratamento e a tudo que envolve sua saúde e o processo de adoecimento (BRASIL, 2007; SENA et al. 2008; BRASIL, 2009).

Outro aspecto presente na fala dos participantes da pesquisa, ao expressarem como gostariam de ser cuidados, está associado ao respeito, à **empatia, à gentileza, à cordialidade nas relações**. Respeitar esses aspectos pressupõe que o trabalhador se apresente ao sujeito hospitalizado, estabeleça com ele uma relação cordial, de apoio, de solidariedade.

Em primeiro lugar gostaria que o funcionário que fosse realizar este cuidado, se apresentasse dizendo o seu nome, sendo gentil, agindo com empatia. (SE-17).

Cuidada com respeito, carinho, atenção, estímulo a melhorar. Que possa sentir confiança naqueles

que estão cuidando do meu bem mais precioso que é a vida. [...] Que também tenham bom humor para conversar e ouvir, pois estou internada num hospital. Aflorará um pouco a minha carência. (SE-13).

Gostaria de ser atendido de maneira respeitosa, ser chamado pelo nome, saber o nome da pessoa que está me atendendo. (SE-23).

Estudos que tratam do trabalho em saúde têm apontado a insatisfação dos usuários com o serviço e com os profissionais no que se refere ao atendimento de suas necessidades não encontram receptividade e compreensão dos profissionais de saúde em relação às suas queixas (MATOS; PIRES; CAMPOS, 2010). As considerações dos integrantes do estudo demonstram que estes não estão alheios a tais demandas.

Ainda ao expressarem como gostariam de ser cuidados, foi possível apreender que entendem que a definição da organização do trabalho da enfermagem pelo modelo de cuidados integrais implica em profissionais competentes tecnicamente, com habilidades e aptidão para prestar cuidados seguros ao sujeito hospitalizado.

Ser cuidada por profissionais competentes passando segurança nos serviços prestados. (SE-14).

[...] E que em qualquer circunstância este profissional tenha habilidade técnica e competência, para que eu tenha segurança com este profissional. (SE-17).

Receber uma assistência de qualidade por profissionais qualificados (SE-12).

Eu teria confiança em todos os membros da equipe de enfermagem, pois sei que com o trabalho integral desenvolvido por eles a minha segurança seria preservada. (SE-21).

A competência profissional e a segurança do usuário dos serviços de saúde fazem parte do rol de responsabilidades de todo profissional de saúde e do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem

(COREN/SC, 2010), independente do modo como é organizado o trabalho. Faz parte também das aspirações e preocupações de todo cidadão que necessita de cuidados de saúde. Na atualidade, essa preocupação tem se destacado tanto em relação à população, que com frequência toma conhecimento ou mesmo é exposta a alguma situação de risco nos serviços de saúde, como no meio profissional, pelo aprofundamento das discussões acerca da segurança na assistência à saúde (SIQUEIRA; PETROLINO; CONISHI, 2011).

A discussão travada pelos integrantes do estudo durante as oficinas acerca do cuidado e do cuidado profissional de enfermagem leva a uma definição de **como é ser cuidado a partir do modelo de cuidado integral**.

Permeia a discussão dos integrantes do estudo muitos aspectos que estão presentes na definição e no debate de autores que têm abordado a divisão do trabalho e os modelos de cuidados em enfermagem (CAPELLA, 1998; COSTA, 2004; MATOS, 2006; PIRES, 2008), a integralidade na assistência à saúde (MATTOS, 2001) e a humanização da assistência (CAMPOS; AMARAL, 2007; BRASIL, 2009).

O profissional seria, para mim, uma referência, apoio, no qual eu, como paciente, me sentiria segura de que todas as atividades e cuidados seriam realizados de conformidade com as minhas necessidades. [...] eu não seria atendido por partes e ou etapas, [No cuidado integral] é mais difícil de qualquer informação a respeito das minhas necessidades ser esquecida, pois o cuidador é o responsável por mim durante o período de sua jornada de trabalho. [Prestar todos os cuidados] orientando, auxiliando, fazendo e até mesmo encaminhando. Quando se recebe um cuidado integral você se sente um ser completo e digno. (SE-16).

Acredito que os cuidados que necessito seriam prestados pelo mesmo profissional, em um determinado período, como por exemplo: cuidados de higiene, alimentação, medicações, conversas sobre os meus sentimentos, ansiedades, dúvidas sobre a patologia, tratamento, orientações sobre o período de alta. Desta forma, acredito que teria mais confiança no atendimento que estou recebendo e também que não preciso

expor a minha situação a diversas pessoas em um mesmo dia. (SE-19).

Outro aspecto presente na fala dos participantes do estudo atesta o conhecimento dos trabalhadores de enfermagem sobre a **unicidade do ser humano** sob os cuidados da enfermagem e da necessidade de uma organização do trabalho que se distancie da fragmentação da assistência.

É o cuidado ideal, sentir-me-ia amparada em todas as esferas do cuidado (emocional, física); ser vista como um todo e não de maneira fragmentada. (SE-3).

Gostaria de receber os cuidados de forma integral pelos seguintes motivos: o cuidado individualizado fornece uma visão geral do paciente. Seja o motivo de sua internação, sua patologia, prognóstico, pois uma pessoa é diferente das outras. O paciente identifica o profissional que está prestando a assistência. E sentirá mais confiança em transmitir suas necessidades humanas e dúvidas. O profissional que assiste à passagem de plantão de todos os pacientes se atentarà aos cuidados específicos dos seus pacientes. O cuidado integral é mais humano, pois possibilita um cuidado geral, e não o cuidado fragmentado. (SE-27).

A percepção do potencial do modelo de cuidados integrais traz à discussão a noção de cuidado ético, competente, realizado por trabalhadores que constituíssem uma equipe integrada, conhecedora de suas responsabilidades profissionais e que realiza seu trabalho de modo contínuo, sem quebras na assistência. Para os integrantes do estudo isto caracterizaria uma assistência humanizada.

A assistência integral parece ser a maneira ideal de prestação de cuidados ao ser humano. Eu seria chamada pelo nome, minhas aflições e ansiedades seriam ouvidas. Minhas necessidades humanas básicas seriam supridas com amor, atenção, respeito, privacidade, ética e com qualidade. Eu me sentiria especial e importante, e não uma pessoa qualquer/um paciente qualquer/uma

patologia qualquer [...] O cuidado integral envolve e se envolve com o paciente, de saber o porquê que ele está ali pra poder prestar o cuidado que ele necessita. (SE-21).

Algumas falas chamam a atenção para a questão da família, que no ambiente hospitalar também necessita de cuidados, de inclusão e de orientações para o seguimento do tratamento. Sob este aspecto, entender o sujeito hospitalizado em sua integralidade pressupõe reconhecer que os seres humanos são seres de relação. Ao ser internado em uma instituição de saúde, os pacientes não podem ser isolados; a participação da família e das demais pessoas de suas relações contribui para o sucesso e continuidade do tratamento (BRASIL, 2007).

50% da atenção é para o acompanhante, pra família, porque eles querem saber, eles perguntam. [...] se uma pessoa da família não ajuda, outra ajuda mais. (SE-18).

Seria importante, ainda, que a minha família tivesse um mesmo tipo de relacionamento. (SE-22).

As considerações dos participantes do estudo acerca dos diferentes modelos de cuidados não ignoram a realidade da equipe de enfermagem no país. Neste sentido, citam que o modelo de cuidados integrais seria prestado por um técnico ou auxiliar de enfermagem sob o comando do enfermeiro. Autores que tratam dos modelos de cuidados destacam que a conformação da equipe de enfermagem em nossa realidade é um limite para a implementação dos cuidados integrais (PIRES, 1999; SENA et al., 2008). Pires e Matos (2009) salientam que mesmo com os limites impostos pela composição da equipe de enfermagem, formada por trabalhadores com diferentes níveis de formação e com habilidades e conhecimentos diferenciados, não inviabilizam a construção de alternativas mais integradoras de organização do trabalho.

Seria realizada por um profissional técnico de enfermagem com a supervisão dada pelo enfermeiro e chefia. (SE-20).

Os diversos aspectos apontados pelos integrantes do estudo sobre

o modelo de cuidados integrais estão em consonância com a literatura que trata a respeito do tema (PIRES, 1999, 2008; COSTA, 2004) e demonstram que os trabalhadores de enfermagem têm consciência sobre o potencial deste modo de organização do trabalho para a construção da assistência integral.

CONCLUSÕES

As percepções dos participantes do estudo acerca da organização do trabalho pelo modelo de cuidados integrais têm estreita relação com o modo como percebem o cuidado na sociedade e o cuidado de enfermagem. Assim sendo, independentemente do modo como vivenciam na prática a organização do trabalho, seja pelo modelo de cuidados funcionais ou integrais, os trabalhadores reconhecem a importância de organizar a prestação de cuidados e a atenção ao sujeito hospitalizado considerando sua necessidade de atenção individual, de relações solidárias, de autonomia, de acolhimento, de reconhecimento de sua totalidade como ser humano.

Em seus muitos aspectos, a concepção dos integrantes do estudo sobre o cuidado integral traz a idéia de colocar-se no lugar do outro, de capacidade de colaboração e de solidariedade para com o próximo.

A compreensão que os trabalhadores fazem do sujeito hospitalizado como um ser integral com múltiplas dimensões abre espaço para a busca de inovações na organização do trabalho da profissão que favoreçam a atenção integral e o rompimento com as práticas fragmentadas. As mudanças na organização do trabalho podem-se dar, dentre outras ações, pela instalação de processos de educação permanente contínuos, desenvolvidos crítica e reflexivamente, de modo a aproveitar o potencial dos trabalhadores para a promoção da mudança.

Com o exposto, observou-se que, ao refletir acerca do cuidado e da organização do trabalho da enfermagem em unidade hospitalar de clínica médica, os trabalhadores puderam repensar também sua prática cotidiana, o que vem ao encontro das diretrizes políticas públicas de humanização da assistência e aos indicativos de discussão do processo de trabalho em saúde como uma das formas de provocar inovações gerenciais e mudanças na prática de produção de saúde.

REFERÊNCIAS

BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano –compaixão pela terra**. 7. ed.

Petrópolis: Vozes, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O Humaniza SUS na atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 40 p.

_____. Ministério da Saúde. **Carta dos direitos dos usuários da saúde**. Disponível em <bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_direito_usuarios_2ed2007.pdf>

_____. **Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão do SUS**. Disponível em: <www.saude.sc.gov.br/hijg/gth/Cartilha%20da%20PNH.pdf>. Acesso em: 10 set. 2011.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 196/96**. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo Seres Humanos. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/docs/Resolucoes/Reso196.doc>> Acesso em: 03 set. 2010.

CAMPOS, G. W. S.; AMARAL, M. A. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. **Ciências e Saúde Coletiva**, v. 12, n. 4, p. 849-859, 2007.

CAPELLA, B. B. **Uma abordagem sócio-humanista para um “modo de fazer” o trabalho de enfermagem**. Pelotas: Universitária/UFPEL, 1998.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM – SEÇÃO SC. Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. IN: PIRES, D. E. P. et al. (Orgs). **Consolidação da legislação e ética profissional**. Florianópolis: Conselho Regional de Enfermagem SC: Quorum Comunicação, 2010. p. 98-113.

COSTA J. S. **Métodos de prestação de cuidados**. 2004. Disponível em: <www.ipv.pt/millennium/Millennium30/19.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2010.

MATOS, E. **A contribuição da prática interdisciplinar na**

construção de novas formas de organização do trabalho em saúde. 2006. 355p. Tese (Doutorado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006.

MATOS, E.; PIRES, D. E. P. Práticas de cuidado na perspectiva interdisciplinar: um caminho promissor. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 18, n. 2, p. 338-346. 2009.

MATOS E.; PIRES D. E. P.; CAMPOS, G. W.S Relações de trabalho em equipes interdisciplinares: contribuições para novas formas de organização do trabalho em saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.63, n.5, p. 775-781, 2010.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca dos valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde.** Rio de Janeiro: UERJ/IMS/ABRASCO, 2001. p. 39-64.

ORO, J. MATOS, E. Organização do trabalho da enfermagem e assistência integral em saúde. **Enfermagem em Foco**, v. 2, n. 2, p. 137-140, 2011.

PINHO, I. C.; SIQUEIRA, J. C. B. A. ; PINHO ,L. M. O. As percepções do enfermeiro acerca da integralidade da assistência. **Rev. Eletrônica de Enfermagem**, v. 1, p. 42-51, 2006. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_1/original_05.htm>. Acesso em: 05 mai. 2010.

PIRES, D. E. P. A estrutura objetiva do trabalho em saúde. In: LEOPARDI, M. T. (Org). **Processo de trabalho em saúde: organização e subjetividade.** Florianópolis: Papa-Livros, 1999. 176p.

_____. **Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil.** 2. ed. São Paulo: Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social – CUT/Annablume, 2008. 254p.

SENA, R.R et al. O cuidado no trabalho em saúde: implicações para a formação de enfermeiros. **Interface** (Botucatu), v. 12, n. 24, p. 23-34, 2008.

SIQUEIRA, I. L. C. P.; PETROLINO, H. B. S.; CONISHI, R. **Gestão em saúde**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. 400 p.

SOUZA, M., L. et al. O Cuidado em Enfermagem: uma aproximação teórica. **Texto Contexto Enfermagem**, v.14, n.2, p. 266-270, 2005.

TRENTINI, M.; PAIM, L. **Pesquisa convergente-assistencial**: um desenho que une o fazer e o pensar na prática assistencial em saúde-enfermagem. 2. ed. rev. amp. Florianópolis: Insular, 2004. 144p.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. Hospital Universitário. Diretoria de Enfermagem. **Documento básico**: modelo assistencial. 1983. Disponível em: <<http://www.hu.ufsc.br/enfermagem/index.html>>. Acesso em: 15 out. 2011.

4.3 MANUSCRITO 2: PROCESSO DE TRABALHO NA PERSPECTIVA DE TRABALHADORES DA ENFERMAGEM DE UM HOSPITAL ESCOLA

PROCESSO DE TRABALHO NA PERSPECTIVA DE TRABALHADORES DA ENFERMAGEM DE UM HOSPITAL ESCOLA⁴

THE NURSING WORK PROCESS FROM THE PERSPECTIVE OF BRAZILIAN UNIVERSITY HOSPITAL NURSING WORKERS

EL PROCESO DE TRABAJO DE LA ENFERMERÍA DESDE LA VISIÓN DE LOS TRABAJADORES DE ENFERMERÍA DE UN HOSPITAL ESCUELA

⁴ Recorte da Dissertação “O Cuidado Integral de Enfermagem em Unidade de Internação Hospitalar” do Mestrado Profissional Gestão do Cuidado em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (PEN/UFSC).

RESUMO: O presente estudo tem por objetivo conhecer a percepção de um grupo de trabalhadores de enfermagem de uma unidade de clínica médica sobre o processo de trabalho em enfermagem e os modelos de cuidados, evidenciando as potencialidades e as limitações para a implantação de novas formas de organização do trabalho com base modelo de cuidados integrais. Pesquisa qualitativa convergente-assistencial que contou com a participação de trinta trabalhadores da enfermagem: enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem. A coleta de dados foi realizada em oficinas organizadas por turno de trabalho dos participantes. Congregou momentos de reflexão coletiva, com abordagem teórica sobre organização do trabalho e modelos de cuidados. Os resultados foram discutidos a partir do processo de trabalho em saúde e em enfermagem: finalidade, objeto, instrumentos e resultados do trabalho; distribuição das atividades pelos modelos de cuidados; relações de trabalho na equipe de enfermagem e na equipe de saúde; e condições de trabalho. Conclui-se que os participantes do estudo compreendem o processo de trabalho e os modelos de cuidados fazendo relação com sua prática. Apontam limitações para mudanças nas condições de trabalho, dificultando a aproximação para o modelo de cuidados integrais. Entendem que dependendo das condições de trabalho é possível produzir mudanças que beneficiem o sujeito hospitalizado e o trabalhador. Evidenciou-se também, fragilidades nas relações com os demais trabalhadores da saúde, interferindo na qualidade da assistência.

DESCRITORES: cuidado, enfermagem, organização e administração, cuidados de enfermagem.

ABSTRACT: The objective of the present study is to learn of and better comprehend the perception of a group of nursing workers from a clinical medicine ward concerning the nursing work process and care models, evidencing potentialities and limitations of implanting new forms of

⁵Enfermeira, Chefe do Serviço de Clínica Médica I, HU/UFSC. Mestranda pelo mestrado Profissional em Enfermagem, PEN/UFSC. Membro do Núcleo de Estudos sobre Trabalho, Cidadania, Saúde e Enfermagem (GRUPO PRÁXIS). Rua Luiz Oscar de Carvalho, 75, Bl.6/13, Trindade, Florianópolis, SC, Brasil. Fone: (48)99673659. julietaoro2009@hotmail.com

⁶Enfermeira chefe da Divisão de Enfermagem de Emergência e Ambulatório, HU/UFSC. Doutora em enfermagem pela UFSC. Professora credenciada mestrado Profissional do PEN/UFSC. Membro do Núcleo de Estudos sobre Trabalho, Cidadania, Saúde e Enfermagem (GRUPO PRÁXIS).

work organization based on the comprehensive care model. This qualitative convergent-care study counted upon the participation of thirty nursing workers: nurses, technicians, and nursing assistants. Data was collected through workshops organized by participant work shift. Moments of collective reflection were congregated with a theoretical approach concerning the organization of work and care models. Results were discussed based on the nursing and health care work process; finality, object, instruments, and work results; the distribution of activities within care models; work relationships in the nursing and health care team; and working conditions. This study concludes that these participants comprehend the work process and care models, relating them to their practice. They point out limitations to changes in working conditions, making it approximation towards a comprehensive care model difficult. They understand that it is possible to produce change which would benefit the hospitalized subject as well as the worker. This study also evidences fragilities in the relationships among other health care workers, which interfere with the quality of care given.

KEYWORDS: care, nursing, organization and administration, nursing care.

RESUMEN: El presente estudio tiene como objetivo conocer la visión de un grupo de trabajadores de enfermería, de una unidad de una clínica médica, sobre el proceso de trabajo y los modelos de cuidados, al destacar el potencial y las limitaciones para la aplicación de las nuevas formas de organización del trabajo basado en el modelo del cuidado integral. Se trata de una investigación cualitativa, convergente asistencial, en la que participaron treinta trabajadores de enfermería: enfermeras, técnicos y auxiliares de enfermería. La recolección de datos se llevó a cabo en los talleres organizados por turno de trabajo de los participantes. Se vivieron momentos de reflexión colectiva, con enfoque teórico, sobre la organización del trabajo y los modelos de distribución de cuidados. Los resultados se examinaron a partir del proceso de trabajo en salud y enfermería, a saber: finalidad, objeto, los instrumentos y los resultados del trabajo; distribución de las actividades por el modelo de cuidados; las relaciones de trabajo en el equipo de enfermería y en el equipo de salud; y, las condiciones de trabajo. Se concluye que los participantes del estudio comprenden el proceso de trabajo y los modelos de cuidado relacionándolos con su práctica. Señalan limitaciones para realizar cambios en las condiciones de trabajo, por lo que se dificulta la aproximación al modelo de atención integral. Ellos

entendem que, según sean las condiciones de trabajo se pueden producir cambios que beneficien a la persona hospitalizada y al trabajador. También se encontraron debilidades en las relaciones con los demás trabajadores del área de la salud lo que interfiere en la calidad de la atención.

DESCRIPTORES: cuidado, enfermería, organización y administración, cuidados de enfermería

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS), desde a sua implantação, tem destacado a importância de investir na gestão e organização dos processos de trabalho de modo a provocar inovações gerenciais envolvendo os coletivos/equipes de trabalho, na perspectiva de construir novas formas de organização dos serviços e do trabalho que estimulem o protagonismo dos sujeitos envolvidos, a superação do modelo tradicional de organização do trabalho dos profissionais e a construção de modelos mais integradores de atenção à saúde (BRASIL, 2006; BRASIL, 2009).

Historicamente, o trabalho em saúde vem sendo fundamentado pela lógica dominante de organização do trabalho na sociedade, com forte influência do modelo de administração científica do trabalho, oriundo da produção industrial (PIRES, 2008) e

as organizações de saúde não ficaram imunes à fragmentação do processo de trabalho decorrente da Revolução Industrial. Nas organizações de saúde, a fragmentação produziu uma progressiva redução do objeto de trabalho através da excessiva especialização profissional (BRASIL, 2009, p.18).

A lógica da administração científica introduzida por Taylor e Fayol tem influenciado de algum modo a organização do trabalho dos diferentes núcleos profissionais da área da saúde (MATOS, PIRES, 2006).

A enfermagem, em sua trajetória como profissão, tem organizado seu trabalho com base no modelo de administração científica que se fundamenta “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” (MATOS, 2002, p.14). Neste modelo, o enfermeiro coordena o trabalho da equipe de

enfermagem e o ambiente assistencial, e planeja a assistência de enfermagem que é prestada ao doente, principalmente por técnicos e auxiliares de enfermagem. Estes últimos geralmente se organizam para a prestação dos cuidados dividindo as atividades, de modo que um trabalhador de nível técnico de enfermagem ministra a medicação a todos os pacientes internados, outro presta os cuidados de higiene, outro cuida das nebulizações e assim por diante (PIRES, 2008).

Estudos realizados mostram uma preocupação com a forma como o trabalho é organizado nas instituições de saúde, principalmente as hospitalares, com base no parcelamento das atividades, o que, em tese, traz efeitos negativos tanto para o trabalhador, que não tem domínio sobre o seu processo de trabalho, quanto para o sujeito hospitalizado, que no dia a dia é atendido por inúmeros trabalhadores de enfermagem e recebe uma série de cuidados parcelares sem, no entanto, reconhecer quem é seu cuidador. Os questionamentos sobre este modelo de organização do trabalho abrem espaço para a reflexão e experimentação de novas formas de organização do trabalho que se aproximem dos cuidados integrais (MATOS, 2002; PIRES, 2008).

Os cuidados integrais surgem em oposição aos cuidados parcelares ou funcionais e são entendidos como aqueles em que um trabalhador de enfermagem presta todos os cuidados a um ou mais pacientes durante um turno de trabalho. Os cuidados integrais fazem uma aproximação com o trabalho profissional, que possibilita uma maior aproximação do trabalhador com os resultados de seu trabalho, tornando-se potencialmente mais motivador e criativo, podendo trazer resultados positivos para a assistência prestada (MATOS; PIRES, 2006; PIRES, 2008).

Aproximar-se dos cuidados integrais para se fortalecer na prática dos serviços, no entanto, depende da compreensão que os trabalhadores fazem de seu processo de trabalho, assim como do contexto social em que se dá o trabalho em saúde. Este debate geralmente não acontece no dia a dia do trabalho da enfermagem. O cotidiano assistencial é marcado por um acúmulo de tarefas a cumprir, de sujeitos hospitalizados a cuidar e o que se percebe na realidade é uma prática pouco reflexiva por parte das equipes de trabalho.

Observar esta realidade na instituição, como enfermeira, em que os trabalhadores do turno diurno dividem o trabalho com base no modelo de cuidados integrais e os trabalhadores do noturno dividem o trabalho por tarefas, foi o motivo para empreender este estudo. Através da percepção da realidade dos trabalhadores observa-se a carência de reflexão acerca do processo de trabalho em saúde e enfermagem. Vê-se

que os trabalhadores do diurno, pouco refletem no cotidiano acerca da organização do trabalho e muitas vezes no decorrer do trabalho, acabam parcelando as atividades. Já os trabalhadores do noturno apresentam ‘resistências’ as mudanças para modos mais integradores de prestar o cuidado.

Considerando estes aspectos, o objetivo deste estudo é: conhecer a percepção de um grupo de trabalhadores de enfermagem de uma Unidade de Clínica Médica sobre o processo de trabalho em enfermagem e os modelos de cuidados, evidenciando as potencialidades e as limitações para a implantação de novas formas de organização do trabalho com base no modelo de cuidados integrais.

METODOLOGIA

O presente estudo, de natureza qualitativa, foi conduzido pelos princípios da Pesquisa Convergente Assistencial (PCA), que consiste na articulação intencional da pesquisa com a prática assistencial em um processo em que as ações de assistência vão sendo incorporadas no processo de pesquisa e vice-versa (TRENTINI; PAIM, 2004).

Este modelo de condução de estudos científicos mantém, durante todo seu processo, estreita relação com a intencionalidade de encontrar soluções para problemas, realizar mudanças e introduzir inovações na situação social, apresentando potencial para, a partir das situações vivenciadas no cotidiano, conduzir os envolvidos a descoberta de novas possibilidades facilitando a introdução de inovações na prática assistencial (MOREIRA et al., 2003; TRENTINI; PAIM, 2004).

A reflexão acerca do processo de trabalho e da organização do trabalho e modelos de distribuição de cuidados foi organizada pela discussão da realidade de trabalho dos integrantes do estudo e com o auxílio de textos que tratam do processo de trabalho em saúde e enfermagem (PIRES, 1999; COSTA, 2004; PIRES; GELBCKE; MATOS, 2004), os quais subsidiaram as discussões.

A pesquisa foi realizada com a participação de trinta trabalhadores de enfermagem, sete enfermeiros, dezenove técnicos e quatro auxiliares de enfermagem lotados em uma Unidade de Internação de Clínica Médica de um hospital geral universitário localizado no sul do Brasil, os quais aceitaram voluntariamente participar.

A coleta de dados se deu por oficinas, realizadas nos turnos de trabalho de cada uma das equipes. Foram realizadas quatro oficinas com cada equipe de trabalho, totalizando vinte encontros de aproximadamente duas horas cada um. As oficinas aconteceram entre os

meses de outubro de 2010 a abril de 2011 e todos os encontros foram organizados em três momentos: acolhimento, desenvolvimento do processo reflexivo para atender o objetivo proposto e fechamento.

Os encontros foram gravados por meio digital de voz com autorização dos participantes e o material proveniente das discussões, assim como as anotações da pesquisadora foram transcritos e organizados após cada oficina, retornado aos participantes após cada encontro para sua validação. Os resultados das oficinas foram sistematizados a partir da leitura cuidadosa das falas dos participantes, as quais foram analisadas com base no objetivo da investigação, resultando nas categorias de análise.

Para o desenvolvimento do estudo, os aspectos éticos foram respeitados de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), (BRASIL, 2010) e o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética de Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (CEP/UFSC), sob o protocolo número 1014/10. Os sujeitos da pesquisa foram identificados pelas letras SE (Sujeito de Enfermagem), seguido por um número sequencial para garantir o anonimato dos participantes.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As discussões dos trabalhadores acerca do processo de trabalho fizeram emergir quatro categorias assim definidas: processo de trabalho em saúde e em enfermagem: finalidade, objeto, instrumentos e resultados do trabalho; distribuição das atividades pelos modelos de cuidados; relações de trabalho na equipe de enfermagem e na equipe de saúde; e condições de trabalho.

Processo de trabalho em saúde e em enfermagem: finalidade, objeto, instrumentos e resultados do trabalho

Os participantes do estudo destacaram que o trabalho da enfermagem não acontece de modo isolado, sofre influências da hierarquia hospitalar, das políticas públicas e da organização do trabalho predominante na sociedade.

Somos trabalhadores, nós pertencemos a um sistema [...] claro que somos trabalhadores que controlam a produção de conhecimentos necessários ao seu trabalho [...] que pertence a uma classe social, ou seja, a entidade que presta serviço. Nós somos uma profissão que tem regras,

temos uma unidade que tem normas, [...] tem que prestar conta no final do plantão do teu serviço, da execução daquelas ações. [...] envolve também as questões de políticas socioeconômicas. [...] É uma cadeia, uma hierarquia, tanto na instituição que se trabalha, no setor, como no grupo todo. Temos que responder diante de tua gerente, do diretor do hospital, do próprio paciente. [...] Tem o conselho [Coren]. Não é só o cuidado, tu tens que cuidar bem, mas não é só cuidar bem, [...] Você tem um espaço que você pode fazer ou não. Mas o que deu para perceber é que [...], embora se queira evoluir não se deve esquecer o que veio antes, a história, e a gente acaba se encaixando nisso [...]. Por mais que a gente queira mudar tem uma hora que tem que fazer funcional [modelo de cuidados funcionais] porque a coisa é toda como para ser funcional. (SE-4).

A enfermagem é parte integrante do setor de serviços e acompanha as tendências tecnológicas e organizacionais do setor na produção do trabalho e é influenciado pelo trabalho parcelado e mudanças que ocorrem no setor industrial. No Brasil, em termos legais, há avanços no que diz respeito ao direito universal à saúde, no entanto, são poucas as mudanças visualizadas em relação às práticas assistenciais. O gerenciamento do trabalho segue o modelo hierarquizado, e, embora cada categoria profissional exerça certa autonomia sobre seu processo de trabalho, o médico é o profissional que centraliza as decisões sobre a internação, o tratamento e a alta hospitalar (PIRES, 2008).

A respeito do processo de trabalho da enfermagem, os participantes da pesquisa fazem a relação da teoria com a prática assistencial cotidiana, compreendendo que o trabalho de enfermagem responde a determinadas necessidades (atenção à saúde); envolve um objeto de trabalho (o ser humano); acontece em várias situações e espaços; utiliza-se de instrumentos de trabalho (materiais, equipamentos e conhecimento) e produz um resultado (o próprio cuidado de enfermagem).

A qualidade do nosso trabalho, da nossa assistência prestada, que ainda é um grande desafio, em como fazer esta qualidade da assistência, lembrando que se o nosso objeto de trabalho é um ser humano, é um objeto complexo

para gente trabalhar, ele tem diversos fatores que influenciam a vida dele, o estado dele, que para gente acaba sendo como um trabalho complexo [...]. O produto do nosso trabalho é consumido na mesma hora, não tem como a gente fazer um estoque do nosso trabalhinho. O que a gente faz é prestar o cuidado e o paciente ou o cliente recebe naquele momento ali, ele consome no mesmo momento que a gente está produzindo este trabalho. [...] Qual que é a finalidade do sapateiro? É fazer a bota, de fazer o casaco e qual que é a nossa finalidade? É a nossa ação terapêutica. (SE-21).

O nosso trabalho não é uma coisa que vai planejar para depois, quase sempre é uma ação que tem que ser imediata, que a gente não pode dizer: o fulano de tal está com dor, amanhã sem falta eu quero medicar, então a ação tem que ser imediata. (SE-1).

O trabalho de enfermagem tem por finalidade o cuidado dispensado a um ser humano, grupo ou coletividade que, em algum momento de sua vida, necessita de cuidados terapêuticos de enfermagem. Na realização do cuidado, o trabalhador de enfermagem utiliza instrumentos específicos para imprimir determinadas ações sobre seu objeto de trabalho – o ser humano. O resultado deste trabalho, no caso da enfermagem, é o próprio cuidado, algo que é consumido no mesmo momento em que é produzido (PIRES, 2008).

Distribuição das atividades pelos modelos de cuidado

Discutindo a organização do trabalho na enfermagem, os integrantes do estudo abordaram os modelos de cuidados integrais e funcionais apresentando posições polarizadas acerca das vantagens e desvantagens de cada um deles, dependendo do modo como é vivenciada a organização do trabalho em cada turno de trabalho.

Distribuição das atividades pelo modelo de cuidados integrais

Sobre o modelo de cuidados integrais, os participantes do estudo fizeram uma apreensão da teoria, relacionando-a ao trabalho cotidiano. De modo geral, a totalidade dos integrantes percebe os aspectos

positivos deste modo de organização do trabalho e destacam suas vantagens, tanto em relação ao sujeito hospitalizado, como para o trabalhador de enfermagem, quais sejam: a visão do sujeito como um todo, a cumplicidade e o vínculo que se estabelece na relação, o respeito à individualidade e autonomia, maior conhecimento sobre o sujeito hospitalizado e maior responsabilidade sobre o trabalho.

O cuidado integral é aquele jeito que a gente divide os pacientes e cada um fica responsável por um. Aquilo é o cuidado integral. Uma coisa é chegar e falar: oi tudo bem eu vou te dar a medicação e ir embora. Outra coisa é chegar e dizer que está cuidando dele e que está responsável e que vão ficar aquele período juntos. [...] se torna diferente. Quanto eu estou em cuidado integral eu estou preocupada com ele, com a perna, com o curativo, com a medicação, com a alimentação, isso aproxima mais. O cuidado integral traz comprometimento e cumplicidade tanto do profissional para com o paciente tanto do paciente para com o profissional. (SE-1).

[...] Sentindo-se atendido em todas as esferas em suas necessidades não só aquela que levou a internação [...] mais “empoderado”. (autonomia). (SE-1).

Tem mais conhecimento no integral, tu sabes mais detalhes. (SE-3).

É a assistência prestada de forma globalizada ao indivíduo necessitado. [...] o funcionário acaba se empenhando mais. [Estabelece] uma cumplicidade com o doente. (SE-4).

Olhar holístico ao paciente. [...] é respeitar a individualidade do paciente. [...] ele sabe que naquele período, [...] ele está comigo e que eu vou cuidar de tudo nele. [...] quando você tem um vínculo com uma pessoa você fica mais tranquilo, ainda mais quando está na posição de paciente, então se tens um vínculo com alguém, com certeza vai se sentir melhor, vai saber o que é para quem dizer aquilo que precisa. (SE-7).

Pode-se perceber que as falas dos trabalhadores acerca do cuidado integral vão ao encontro das diretrizes de construção do SUS, da integralidade da assistência, da humanização da assistência no país e da teorização sobre o processo de trabalho em saúde e enfermagem (BRASIL, 2007; PIRES, 2008; BRASIL, 2009).

Os trabalhadores do turno diurno que organizam o trabalho por cuidados integrais defendem a percepção acerca da superioridade deste modo de organizar o trabalho.

O cuidado integral é mais humano, pois possibilita um cuidado geral, e não o cuidado fragmentado, uma pessoa é diferente dos outros. O paciente identifica o profissional que está prestando a assistência. (SE-27).

Se estiver nervoso, ansioso porque não recebeu a visita, se está incomodado porque o paciente do lado está preocupado com o diagnóstico que vai vir. [...] Tu acabas fazendo a associação, às vezes, ele está com a pressão lá em cima, mas é porque está ansioso com o resultado do exame. (SE-25).

Quando é o cuidado integral eu presto muito mais atenção nisso porque eu sei que todo mundo sabe que se aquele paciente disser que não fez higiene oral, fui eu que não fiz, não foi a minha equipe que não fez [...] (SE-1).

O único aspecto considerado negativo na organização do trabalho pelo modelo de cuidados integrais foi:

Já quando tem a pessoa responsável por aquela pessoa, que é dividido [cuidado integral], a primeira que entra em contato com este problema nem sempre é a pessoa responsável por ele e não faz nenhum esforço para tentar resolver, ou manda ele falar de novo para pessoa que é responsável ou fica de dar o recado e esquece, ou então dá o recado. (SE-20).

O debate acerca do cuidado integral e de sua potencialidade para

um cuidado de melhor qualidade fica evidenciado na fala dos envolvidos no estudo, destacando-se a compreensão que este modo de trabalhar possibilita ao trabalhador conhecer melhor seu objeto de trabalho, contribuindo para a aproximação com o sujeito hospitalizado e suas necessidades. No que diz respeito ao aspecto negativo apontado pelos integrantes do estudo, ressalta-se que, independentemente do modelo de organização do trabalho adotado, o trabalho em enfermagem é realizado em equipe, pois um único trabalhador de enfermagem não tem como garantir a qualidade da assistência ao sujeito hospitalizado (PIRES, 2008; MATOS, 2006).

Distribuição das atividades pelo modelo de cuidados funcionais

As equipes que atuam no período noturno e que organizam as atividades pelo modelo de cuidados funcionais compreendem os aspectos teóricos que envolvem a temática, porém consideraram que o modo como acontece em sua realidade não tem relação com a teoria da organização do trabalho parcelar.

As discussões nas oficinas mobilizaram significativamente os trabalhadores e provocou, para alguns, resistência ao referencial utilizado, não aceitando que a sua prática tivesse alguma relação com a teoria. Neste sentido, o primeiro espaço de discussão foi marcado pelas justificativas das potencialidades da organização do trabalho pelo modelo de cuidados funcionais. Para os integrantes da pesquisa este modelo é positivo, pois proporciona a visão geral de todos os sujeitos hospitalizados, enquanto que no modelo de cuidados integrais o trabalhador conhece apenas os sujeitos sob seus cuidados.

O problema é que o nosso cuidado funcional não é um cuidado funcional, não é tão rígido como aquele do escrito, a gente junta um pouco com o integral. Não sei a gente não consegue olhar o paciente só assim só o cuidado. (SE-13).

A diferença que eu vejo do cuidado integral do funcional é que o funcional tem uma visão mais ampla [geral] de todos os pacientes, embora não saiba de todos os detalhes, porém mais ampla, do integral não, do integral você sabe dos teus [...] Eu não consigo classificar a nossa equipe nesse tipo de conceito, algumas coisas se encaixam sim, mas não da forma que são descritas. [...] O que discute nestes textos não é realidade daqui. [...] o

texto falou: a visão do trabalho exige que cada membro da equipe esteja mais atento as tarefas do que aos doentes o que torna vulgar a fragmentação do cuidado. A ênfase é fazer [...] levando a enfermagem funcional a ser descrita como método de atendimento tipo linha de montagem, a técnica é muito mais importante que a interação com o cliente e os clientes sentem muitas vezes uma diminuição do interesse humano durante a sua estada no hospital. Não que eu considere digamos o modelo ideal, nossa equipe como o modelo ideal, [...] eu não consigo enxergar o nosso trabalho como o funcional descrito, essa coisa fragmentada, robotizada [...] não que a gente não fragmente algumas coisas, às vezes é inevitável pelo andamento do serviço, mas eu não consigo enxergar. (SE-3).

O modelo da “organização científica do trabalho” proposto por Taylor previa a separação total da concepção e execução do trabalho, o parcelamento da atividade em tantas partes quanto necessário para aumentar a produção e o controle absoluto do processo de trabalho (MATOS; PIRES, 2006). Este projeto, segundo Pires (2008), faz parte de um modelo idealizado, mas a administração científica nunca conseguiu promover a separação total do processo de trabalho. Os trabalhadores sempre detêm uma parte da concepção, constroem estratégias de resistência à alienação no trabalho. Em se tratando do trabalho em saúde, em que o trabalho se dá na relação direta entre trabalhador e usuário, o trabalhador mantém certa autonomia no processo.

Reforçando essa noção, a reflexão dos trabalhadores aponta para a organização do trabalho na realidade estudada como um “misto” do modelo de cuidados integrais e funcionais, independente da forma como o trabalho é organizado.

Gostaria de dizer que a gente faz um pouco de diferença nisso. Eu não me sinto alienada fazendo o cuidado funcional da noite e eu não sinto, eu não acho que eu fragmento o paciente quando eu não fico só com os meus quatro para cuidar assim. Eu me esforço eu sempre tentei manter, de passar, de conhecer os pacientes, a família, de tratar todos bem, mesmo fazendo uma tarefa com

ele, mas eu sempre tento incluir, respeitar a autonomia dele. (SE-17).

O cuidado aqui no noturno não é caracterizado, assim como o cuidado funcional escrito ali, não é. Até tem uma pessoa que fica na medicação, até tem as gurias que passam para verificar os sinais vitais e fazer troca, mudar de decúbito e tal, mas se naquele momento o paciente reclama com dor ele reclama para qualquer um da equipe e qualquer um vai lá e faz a medicação e comunica para o enfermeiro. Ele passa a visita, e tem sempre muita comunicação, não é uma coisa que eu só faço isso e deu; eu só faço aquilo e deu. Eu acho que as equipes são pequenas, é um jeito de otimizar o trabalho até para dar conta mas tem sempre muita comunicação, tem sempre muito cuidado de saber se o paciente está precisando de mais alguma coisa ou não. Quantas vezes quem está fazendo medicação, diz: oh! Ele já está sujo, tem que começar por ele, que está precisando da troca, então, isso é feito assim, eu não acho que é funcional à noite (SE-20).

Pode-se perceber que os integrantes do estudo destacam a integração e a articulação das equipes do turno noturno, que, por serem equipes pequenas, formadas por um enfermeiro e três técnicos/auxiliares de enfermagem, e atuarem há bastante tempo juntas, conseguem manter uma comunicação adequada, fazendo com que diminua a fragmentação do cuidado, a sobrecarga de trabalho e permitindo um cuidado mais individualizado e com qualidade.

O cuidado funcional e humanizado só vai funcionar se estiver com uma equipe integrada, com uma equipe que compartilhe informações, que compartilhe o trabalho. Ou seja, uma equipe que não anda junto, não vai funcionar. O cuidado funcional não é que seja a maravilha, ele funciona dependendo muito da equipe que trabalha [junto] se não trabalha em equipe não tem como. (SE-13).

No funcional, no nosso plantão é diferente porque a gente sabe que os três se ajudam, a gente

chegou numa sintonia que a gente consegue trabalhar os três juntos, muito bem, toda aquela parte de avaliação, tudo muito bem de forma que se consegue fazer com que a unidade ande certinha, fazer o serviço. (SE-3).

O cuidado funcional [...] envolve muita coisa, a equipe em si, a confiança que a gente tem nos outros colegas, o tempo de trabalho em equipe. Se fosse para pensar, chegar num local totalmente novo e eu fazer um plantão em uma unidade que eu não conheço, então é diferente eu estar especificamente com aquele paciente fazendo cuidado integral e funcional. Agora quando é aqui, eu acho que consigo prestar atenção num todo mesmo fazendo o funcional, mas aí acho que vai muito de cada profissional, de cada equipe (SE-3).

A atuação em equipe, o conhecimento e a confiança que os trabalhadores têm nos colegas de turno contribuem para diminuir os aspectos negativos da organização do trabalho parcelar. Entretanto, a fragmentação do cuidado e outros aspectos negativos deste modo de organização do trabalho aparecem na prática assistencial.

A gente acaba virando tarefeiro, acaba fazendo com a nossa habilidade, sem pensar. Porque dá para fazer, porque 20 anos fazendo medicação, punctionado veia, tu não precisa mais, vai no automático, tu sabe que tem que fazer isso, isso, isso e isso e tu fica com preguiça de pensar mesmo, é um modelo que acaba te alienando mesmo, não te leva a pensar, a reproduzir, a criar, a ter mais crítica no teu trabalho. (SE-17).

A dificuldade deste cuidado compartimentalizado que é o cuidado funcional, onde só entra e entrega um copo de medicação, tudo bem, está bonzinho, o Sr. toma o seu remedinho e tchau, [...], mas quando ele fica o tempo todo com aquele funcionário que ele sabe que está cuidando dele, a tarde toda, a manhã toda ou a noite toda, aquilo já existe uma troca, a gente percebe que a troca é muito mais produtiva [...] O

fato da higiene oral ser tão difícil dentro de todos os serviços ainda, é uma pequena prova da fragmentação do cuidado, o quanto ela interfere, claro, no meu pensar [...]. (SE-1).

Apesar dos trabalhadores considerarem a otimização dos cuidados na organização do trabalho quando realizado pelo modelo de cuidados funcionais/parcelar, reconhecem que esta forma aliena o trabalhador e torna o trabalho repetitivo. Este modo de organizar o trabalho vai ao encontro da opinião de Pires (2008), para quem o trabalho repetitivo não contribui para a reflexão e motivação do trabalhador. Prioriza-se a realização da tarefa e o trabalhador perde a noção do todo do trabalho. O modelo funcional tem relação direta com o aumento da produtividade, otimização de tempos e movimentos e padronização das tarefas. Ainda, segundo Bellato, Pasti e Takeda (1997), a divisão do trabalho por categorias funcionais é inspirada no modelo da organização científica, em que se valorizam mais o “como fazer” ao invés de “porque fazer” priorizando os procedimentos, as técnicas, normas e rotinas e reduzindo a relevância das relações interpessoais. Este modelo possibilita economia de tempo e maior agilidade na execução do serviço pela repetição das mesmas atividades.

Ainda com respeito ao debate acerca da organização do trabalho pelo modelo de cuidados funcionais, os participantes do estudo trazem situações preocupantes, que interferem negativamente na organização das equipes e na qualidade da assistência. Geralmente, entre os trabalhadores de enfermagem, existe a preferência por uma ou outra atividade. Assim, ao dividirem o trabalho por tarefa, muitas vezes um mesmo trabalhador permanece quase sempre com as mesmas atividades. Essa condição afeta a sua habilidade para realizar as demais atividades quando necessário, colocando em risco a qualidade da assistência ao sujeito hospitalizado.

Neste sentido, os participantes do estudo entendem que quando não é possível realizar os cuidados integrais deve haver rodízio de atividades entre os trabalhadores, de modo a garantir a habilidade para a realização de todas as tarefas que envolvem os cuidados. É o que registram os recortes abaixo apresentados.

É que a noite eles fazem sempre a mesma coisa, toda a noite ele está na medicação. [...] Este é um erro da equipe porque deveria, pelo menos, se

não dá para fazer o cuidado integral, mas ter um rodízio. (SE-28).

Eu trabalhei uma noite em que as duas pessoas eram acostumadas a ficar só nos cuidados e uma delas teve que assumir a medicação e eu fiquei no cuidado com a outra. Esta ficou bem perdida com a medicação. É uma pessoa antiga, com muito tempo de casa, e não sabia certas diluições, não sabia certos nomes, este nome é tal remédio. Eu notei que atrasou toda a medicação, atrasou muito a medicação porque ela está tão acostumada a só trocar fralda que se perdeu na hora da medicação, e isso é ruim. (SE-25).

A atividade de enfermagem envolve um ser humano prestando cuidados a outro com necessidades de cuidados de saúde. É um trabalho contínuo desenvolvido nas vinte e quatro horas do dia, durante sete dias da semana e trezentos e sessenta e cinco dias do ano. Não existe, portanto, possibilidade de manutenção de um mesmo trabalhador em determinada atividade continuamente. Geralmente, no decorrer do trabalho, acontecem imprevistos, afinal, os trabalhadores são seres humanos sujeitos às mesmas condições do seu objeto de trabalho: apresentam intercorrências em sua trajetória de vida que os afasta do trabalho, gozam férias, adoecem, participam de outras atividades na instituição. Segundo Costa (2004) e Pires (2008) a garantia da continuidade e da qualidade da assistência somente pode ocorrer se todos estiverem preparados técnica e humanisticamente para a realização do conjunto das atividades de cuidado.

Para alguns integrantes do estudo, a manutenção deste modo de organização do trabalho no período noturno tem relação com a acomodação pessoal. Geralmente os profissionais de enfermagem que atuam à noite são os mais antigos da instituição, estão há muito tempo atuando sob esta lógica de organização do trabalho, tornando-se, em decorrência, mais resistentes às mudanças.

Porque desde que a gente veio para a noite é esta a forma de cuidar, porque desde que entrei no HU era esta a forma que era feito, não é culpa minha que é feito assim, digamos. [...] eu acho que mesmo que se a gente fizer um integral, a gente vai fazer um integral funcional ou funcional integrado. Eu estou sendo sincera [...]. (SE-3).

Outra coisa que eu observei, pode até não ser real, mas o pessoal da noite, geralmente são pessoas que tem mais tempo de casa, mais experiência na instituição, então se tornam de certa forma mais resistentes à inovação, a tentar um método diferente de realizar as coisas, até em querer dar o primeiro passo em direção à tentativa do cuidado integral; ficam só, as vezes, bitolados àquele tipo de cuidado sem ter uma brechinha para gente tentar o novo. (SE-24).

Moscovici (2003), ao discutir a organização do trabalho, diz que o profissional, quando ingressa em uma organização, possui muitos sonhos, projetos a realizar. A maioria das organizações, no entanto, são pouco porosas às mudanças, funcionam de tal modo que os sonhos e projetos se perdem no decorrer dos anos, transformando esse impulso do trabalhador em acomodação e aceitação das regras estabelecidas e já consolidadas no ambiente. Para a autora, com o passar dos anos o trabalhador se acomoda à organização do trabalho, às rotinas e regras institucionais com prejuízos para ele mesmo, para o grupo e para a organização. Neste sentido, é necessária a reflexão permanente e a facilitação dos processos coletivos que possibilitem ao trabalhador exercitar sua criatividade, experimentar novas possibilidades que mantenham vivas as expectativas presentes quando do início da carreira.

Relações de trabalho na equipe de enfermagem e na equipe de saúde

Discutindo o processo de trabalho, os integrantes ressaltaram ainda a importância das boas relações entre os membros da equipe de saúde e enfermagem como fator fundamental para um cuidado mais integrador, seja ele pelo modelo de cuidados funcionais ou integrais. Eles apontaram que as relações no trabalho podem influenciar na motivação e na satisfação dos trabalhadores de enfermagem e interferir na qualidade dos serviços realizados.

Uma coisa que a gente tem é o espaço com as enfermeiras, eu falo com as minhas colegas, e em qualquer dúvida, qualquer intercorrência que tenha, sempre vai ter o respaldo de vocês, isso é uma coisa bem importante para a gente. (SE-24).

Nós aqui somos como a segunda casa. Muitas vezes a gente vem com problema de casa e começa a conversar aqui e melhora. (SE-12).

A gente tem um vínculo, tem uma equipe formada e que a gente consegue trabalhar assim, tanto que isso teoricamente não é rotina, a gente consegue perceber o mal-estar de um, o cansaço de outro, sei lá, a tristeza, neste sentido. (SE-3).

No que se refere à equipe de saúde, os integrantes do estudo abordaram a relação com os sujeitos hospitalizados, com as famílias destes e com outros profissionais, dando destaque à relação com a área médica, a qual tende a ser bastante conflituosas interferindo na organização e na qualidade do trabalho da enfermagem.

O trabalho em equipe, a ética acima de tudo, a gente respeita bastante isso, comunicação, diálogo entre a equipe, com os familiares, com os pacientes, com os outros profissionais [...]. (SE-3).

A gente tem um pouco de culpa também, porque a gente acaba colocando o médico como o centro, como a profissão central do trabalho da assistência da saúde. A partir do momento que a enfermagem e as outras profissões começarem a ver como no coletivo, como equipe isto também vai melhorar porque vai acabar diminuindo o poder deles. (SE-17).

O próprio modelo é difícil de mudar. O ato médico já é uma forma de manter esta hegemonia, este poder sobre as outras profissões, mas se a gente parar e pensar, até durante um conflito, um problema, que a gente tem dificuldade de decidir, podem estar várias disciplinas, a nutrição, a enfermagem, o poder decisório acaba ficando com o médico. O médico muitas vezes acaba decidindo e nem sempre ele é o mais capaz ou ele tem a melhor forma de decidir, muitas vezes a gente tem outra visão, outra opinião e acaba não colocando pela história da enfermagem de se intimidar com o médico, ou acaba se silenciando

e o médico nem sempre dá a conduta ideal ou o julgamento exato que deveria ter sido feito, muitas vezes teria outra forma mas acaba ficando na mão dele. (SE-1).

A enfermagem é cobrada, é a categoria que é mais cobrada dentro do hospital porque nós somos cobrados pela medicina, pelos pacientes, pelos acompanhantes, pelos visitantes. (SE-6).

Repensar a organização do trabalho da enfermagem no âmbito das instituições hospitalares implica em repensar a própria articulação das equipes assistenciais, visto que na saúde o trabalho é coletivo. Neste sentido, vencer a fragmentação do trabalho ainda é um desafio quando pensamos em assistência integral. A articulação e a integração das ações dos diversos trabalhadores podem potencializar a prática da assistência integral, mas para isso é necessário clareza sobre a finalidade de seu trabalho. Segundo Marques e Silva (2004), o trabalho em equipe facilita a identificação do objeto de trabalho na saúde coletiva, permitindo que os trabalhadores focalizem sua ação para o usuário e não para o procedimento em si. As falas dos integrantes do estudo confirmam a importância das relações, sejam elas entre os trabalhadores de enfermagem ou da equipe de saúde, para o atendimento às necessidades dos sujeitos hospitalizados.

Reconsiderando os problemas existentes na relação com a categoria médica, algumas falas mostram que embora esta relação ainda apresente muitas dificuldades, a prática tem apresentado alguns avanços, e que é possível trabalhar multiprofissionalmente.

Ele [falando de um profissional médico] é fora do sério mesmo. [consulta a enfermagem]: Olha, a gente está pensando em dar alta para o fulano de tal amanhã, o que você acha? Tem condições? A gente dizia: tem que ver assistente social porque mora longe. [Ele]: então você providencia isso e nos avisa quando nós podemos dizer para a família que vai de alta. [...] quando era um caso especial a gente tinha tempo de se organizar, não ficava naquela coisa enlouquecida, como nós vamos levar para casa? e o oxigênio? e a ambulância? [...] Apesar de a gente falar que a formação [médica] está deixando muito a desejar mas tem algumas coisas que já melhorou. (SE-1).

O trabalho em saúde, na perspectiva da assistência integral, exige a construção de ações interdisciplinares, de horizontalização das relações, de articulações dos saberes e fazeres para se efetivar na prática (MATOS; PIRES; CAMPOS, 2010).

Condições de trabalho

As condições de trabalho têm estreita relação com o modo como o trabalho é organizado. Sobre esse aspecto, os trabalhadores de enfermagem envolvidos no estudo destacam fatores que interferem na adoção de um ou outro modelo de organização do trabalho, quais sejam: baixos *salários*, que influenciam na opção de manter mais de um vínculo empregatício, o excesso de atividades, o dimensionamento inadequado de pessoal para a assistência, dentre outros

Os próprios salários, que não são motivos para gente justificar, mas é porque eu estou cansado, mas os baixos salários acabam nos empurrando pra termos dois empregos e aí você acaba trabalhando, trabalhando, trabalhando e esgotando a tua energia pra poder transformar o que tu está vivendo, de buscar, lutar pra uma profissão que seja mais respeitada, que tenha mais autonomia, e até quando se fala em ser protagonista da nossa história, porque a gente precisa correr pra fazer as tarefas [...]. Nós profissionais da saúde, da enfermagem, nós somos humanos, nós temos dias que estamos alegres, tristes. Temos alegrias, tristezas, sofrimentos, e às vezes, a gente precisa interagir com a equipe, contar o que está acontecendo, ter uma pausa no trabalho, pra gente sentar, conversar, refletir, não só sobre trabalho, mas sobre nós. [...] esta pausa no trabalho que é importante pra liberdade, pra crítica pra observação, a gente acaba não tendo muitas vezes pelo excesso de trabalho e talvez um número, um dimensionamento de pessoal não adequado pra forma de cuidado que a gente se propõe. [...] Que não deixa de ser uma forma do próprio sistema nos alienar, nos amarrar e nos impedir de pensar e de mudar. Este sistema capitalista que te põe a trabalhar, não te dá tempo de parar pra pensar. (SE-17).

A enfermagem é uma profissão que presta um importante serviço à sociedade no cuidado às pessoas, famílias e comunidades em situações de saúde-doença. Entretanto, apesar de sua importância social, nem sempre ela tem recebido o reconhecimento pelo seu trabalho. Os trabalhadores de enfermagem, em sua maioria, exercem uma atividade assalariada em instituições destinadas ao cuidado de pessoas com necessidades especiais de saúde. Estão sujeitos às regras das instituições, aos constrangimentos da organização do trabalho, aos baixos salários e a pouca autonomia. Os limites da organização do trabalho interferem negativamente na organização dos trabalhadores para pensar e articular mudanças mais integradoras de cuidado (PIRES, 2008).

Também no entendimento dos integrantes do estudo, a característica da instituição em foco e sua condição de hospital-escola interferem na escolha do modelo de organização do trabalho. No turno diurno, o fluxo de profissionais, estudantes e visitantes nas unidades faz com que a organização do trabalho pelo modelo de cuidados integrais torne-se mais seguro e possibilite ao sujeito hospitalizado reconhecer seu cuidador em meio às tantas pessoas que o abordam. No trabalho noturno, tal situação não ocorre, pois a equipe de enfermagem é composta por poucas pessoas, a circulação de pessoas é pequena ou mesmo ausente e os sujeitos hospitalizados reconhecem a equipe.

À noite todos os pacientes conhecem toda a equipe, eles sabem o nome de todos eles...[...] uma equipe menor de pessoas circulando no hospital. Agora, com uma equipe maior, eu acho que é importante está assistência individualizada para o paciente ter uma referência a quem recorrer. [...] eles já sabem que quando a responsável é a enfermeira, eles já sabem quem é a enfermeira. (SE-12).

Aqui à noite, só tem o nosso pessoal circulando na unidade, eles vão ver a gente passando, às vezes eles chamam a gente para chamar o outro, eles já falam. (SE-13).

A esse respeito, os hospitais-escola são centros de ensino de diversas profissões da saúde: medicina, enfermagem, nutrição, psicologia, serviço social, dentre outras. Além disso, a condição de hospital-escola faz com que durante o período diurno haja grande

circulação de pessoas, interferindo na organização do trabalho.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Muitos dos aspectos apontados pelos integrantes do estudo sobre o processo de trabalho, a organização, a divisão e as relações de trabalho na equipe de saúde e na equipe de enfermagem já foram abordadas por autores que tratam do tema na atualidade, tais como Matos (2002) e Pires (1999, 2008).

A composição da equipe de enfermagem, as condições de trabalho e as relações que se estabelecem no trabalho funcionam como fatores limitadores ou potencializadores de mudanças, além de servirem de justificativa para a adoção de um ou de outro modelo de organização do cuidado de enfermagem. Também as dificuldades de se efetivar a relação multiprofissional e interdisciplinar no contexto do trabalho hospitalar, de modo a produzir trocas e construir projetos terapêuticos comuns, interferem no trabalho da enfermagem e na organização do trabalho. Evidenciou-se a necessidade de buscar meios de aproximação entre os profissionais da instituição, com a finalidade de atender ao sujeito hospitalizado em suas necessidades e individualidade, aproximando o conjunto das ações assistenciais de um modelo mais integral de atenção à saúde.

Neste sentido, a abordagem do processo de trabalho no cotidiano da organização é fundamental. A prática reflexiva pode funcionar como estímulo a mudanças que se traduzam em benefícios para trabalhadores e sujeitos hospitalizados, pelo protagonismo dos trabalhadores na definição das questões que envolvem o processo de trabalho.

Este estudo foi o primeiro passo para conhecer o entendimento dos trabalhadores sobre seus processos de trabalho e as possibilidades de efetivação de um modelo de organização do trabalho de enfermagem com base nos cuidados integrais. A discussão coletiva mostrou que, embora os trabalhadores entendam que os cuidados integrais configuram-se em um modelo mais adequado de organização do trabalho da enfermagem, muitas são as dificuldades para sua concretização na prática. Estas dificuldades ficam mais evidentes entre os trabalhadores do turno noturno, no qual a organização do trabalho por tarefas tem uma história já consolidada: eles resistem mais às mudanças e as condições de trabalho apresentam aspectos que dificultam a adoção do modelo de cuidados integrais.

O envolvimento dos trabalhadores no estudo, a disposição para repensar o próprio trabalho e a exposição que estes fazem de suas

práticas demonstram que a construção de modelos mais integradores de cuidar em enfermagem é possível se estimulada sistematicamente a reflexão. Por meio dela, é possível surgirem novas propostas, assim como estímulos para vencer as limitações existentes.

REFERÊNCIAS

BELLATO, R.; PASTI, M. J.; TAKEDA, E. Algumas reflexões sobre o método funcional no trabalho da enfermagem. **Rev. Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 5, n. 1, p. 75-81, jan. 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS**. Clínica ampliada e compartilhada. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 196/96**. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo Seres Humanos. Disponível em:
<<http://conselho.saude.gov.br/docs/Resolucoes/Reso196.doc>> Acesso em: 03 set. 2010.

COSTA J. S. **Métodos de prestação de cuidados**. 2004. Disponível em: <www.ipv.pt/millennium/Millennium30/19.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2010.

MARQUES, D.; SILVA, E. M. A enfermagem e o Programa Saúde da Família: uma parceria de sucesso? **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 57, n. 5, p. 545-50, 2004.

MATOS, E. **Novas formas de organização do trabalho e aplicação na enfermagem**: possibilidades e limites. 2002. 140f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

MATOS, E.; PIRES, D. E. P. Teorias administrativas e organização do trabalho: de taylor aos dias atuais, influências no setor saúde e na

enfermagem. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 15, n. 3, p. 508-14, jul-set. 2006.

MATOS, E.; PIRES, D. E. P.; CAMPOS, G. W.S Relações de trabalho em equipes interdisciplinares: contribuições para novas formas de organização do trabalho em saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.63, n.5, p. 775-781, 2010.

MOREIRA, T.M.M., et al. Pesquisa convergente-assistencial: êxitos e dificuldades em sua utilização. **Texto e Contexto Enfermagem**, v.12, n.2, p. 166-173, abr-jun. 2003.

MOSCOVICI, F. **Renascença organizacional**. 10 ed. Rio de Janeiro: José Olympio, 2003.

PIRES, D. A estrutura objetiva do trabalho em saúde. In: LEOPARDI, M. T. (Org.). **Processo de trabalho em saúde: organização e subjetividade**. Florianópolis: Papa-Livros, 1999

_____. **Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil**. 2. ed. São Paulo: Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social – CUT/Annablume, 2008.

PIRES, D.; GELBCKE, F.; MATOS, E. Organização do trabalho em enfermagem: implicações no fazer e viver dos trabalhadores de nível médio. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 2, n. 2, p. 311-325, 2004.

TRENTINI, M.; PAIM, L. **Pesquisa convergente-assistencial: um desenho que une o fazer e o pensar na prática assistencial em saúde-enfermagem**. 2. ed. rev. ampl. Florianópolis: Insular, 2004. 144p.

4.4 MANUSCRITO 3: POSSIBILIDADES E LIMITES DE ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO DE ENFERMAGEM PELO MODELO DE CUIDADOS INTEGRAIS EM INSTITUIÇÃO HOSPITALAR

POSSIBILIDADES E LIMITES DE ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO DE ENFERMAGEM PELO MODELO DE CUIDADOS INTEGRAIS EM INSTITUIÇÃO HOSPITALAR⁷

POSSIBILITIES AND LIMITS FOR THE ORGANIZATION OF NURSING WORK THROUGH THE COMPREHENSIVE HOSPITAL CARE MODEL

POSIBILIDADES Y LÍMITES DE ORGANIZACIÓN DEL TRABAJO DE ENFERMERÍA SEGÚN EL MODELO DE CUIDADOS INTEGRALES EN EL HOSPITAL

Julietta Oro⁸
Eliane Matos⁹

RESUMO: Pesquisa de natureza qualitativa do tipo convergente-assistencial com o objetivo de promover a reflexão e a experimentação de práticas alternativas de organização do trabalho coletivo que se aproximem do modelo de cuidados integrais. Realizada em uma unidade de clínica médica de um hospital escola do sul do Brasil, traz a experiência de um grupo de trinta trabalhadores de enfermagem (enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem) que aceitou o

⁷ Recorte da Dissertação “O Cuidado Integral de Enfermagem em Unidade de Internação Hospitalar” do Mestrado Profissional Gestão do Cuidado em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (PEN/UFSC).

⁸ Enfermeira, Chefe do Serviço de Clínica Médica I, HU/UFSC. Mestranda pelo mestrado Profissional em Enfermagem, PEN/UFSC. Membro do Núcleo de Estudos sobre Trabalho, Cidadania, Saúde e Enfermagem (GRUPO PRÁXIS). Rua Luiz Oscar de Carvalho, 75, Bl.6/13, Trindade, Florianópolis, SC, Brasil. Fone: (48)99673659. julietaoro2009@hotmail.com

⁹ Enfermeira chefe da Divisão de Enfermagem de Emergência e Ambulatório, HU/UFSC. Doutora em enfermagem pela UFSC. Professora credenciada mestrado Profissional do PEN/UFSC. Membro do Núcleo de Estudos sobre Trabalho, Cidadania, Saúde e Enfermagem (GRUPO PRÁXIS). Florianópolis, SC, Brasil.

desafio de, no processo de pesquisa, introduzir em seu cotidiano algum aspecto de inovação na organização do trabalho, com vista a aproximá-lo do modelo de cuidados integrais. A coleta de dados realizada através de oficinas e congregou momentos de reflexão coletiva, definição do aspecto de mudança a ser experimentado na prática e avaliação da experiência. Os resultados são apresentados em cinco categorias, as quais trazem a vivência dos trabalhadores na aproximação do modelo de cuidados *integrais* – cuidados na insulino terapia; grau de dependência do sujeito hospitalizado; comunicação; registro das observações complementares de enfermagem e organização do trabalho noturno. Conclui-se que a realização da assistência de enfermagem pelo modelo de cuidados integrais implica em ações institucionais que passam por condições de trabalho adequadas e pela tomada de decisões dos próprios trabalhadores no cotidiano de trabalho.

DESCRITORES: cuidado, enfermagem, organização e administração, cuidado de enfermagem.

ABSTRACT: The objective of this qualitative convergent care study is to promote reflection on experimenting alternative collective work organization practices that approximate the comprehensive care model. This study was carried out in the clinical medicine ward in a university hospital in southern Brazil and offers the experience of a group of thirty nursing workers (nurses, nursing technicians, and nursing assistants) who accepted the research challenge of introducing some work organization innovation into their daily practices, seeking to approximate said organization to the comprehensive care model. Data was collected through workshops which congregated moments of collective reflection, after defining the aspect of change to be attempted in practice, and later evaluating the experience. Results are presented in five categories, which offer worker experience towards approaching the comprehensive care model – insulin care; the hospitalized subject's level of dependency; communication; registering complementary nursing observations; and organization of the night shift. This study concludes that nursing care given through the comprehensive care model implies institutional actions which include adequate work conditions an worker participation in decision-making in the day-to-day work process.

KEYWORDS: care, nursing, organization and administration, nursing care.

RESUMEN: Investigación de carácter cualitativo, convergente

asistencial, con el fin de promover la reflexión y la experimentación de prácticas alternativas de organización del trabajo colectivo próximas al modelo de cuidados integrales. El estudio se llevó a cabo en una clínica médica de un hospital universitario en el sur de Brasil, sobre la experiencia de un grupo de treinta trabajadores de enfermería (enfermeras, técnicos y auxiliares de enfermería) que en el proceso de investigación, aceptó el reto de introducir en su práctica cotidiana algún aspecto de la organización del trabajo con la finalidad de aproximarlo al modelo de cuidados integrales. La recolección de los datos se hizo en talleres donde surgieron momentos de reflexión colectiva, definición de los aspectos de cambio que se viven en la práctica y la evaluación de la experiencia. Los resultados son presentados en cinco categorías que reúnen la experiencia de los trabajadores en la aproximación del modelo de cuidados integrales en la terapia de insulina, el grado de dependencia de cada sujeto hospitalizado, la comunicación, el registro de las observaciones adicionales de la enfermería y la organización del trabajo nocturno. Se concluye que la realización de la atención de enfermería según el modelo del cuidado integral supone acciones institucionales según condiciones de trabajo adecuadas y por la toma de decisiones de los propios trabajadores en el trabajo diario.

DESCRIPTORES: Cuidado, enfermería, organización y administración, cuidados de enfermería.

INTRODUÇÃO

Na última metade do século passado, intensifica-se a discussão acerca do futuro do trabalho na sociedade, assim como da organização do trabalho segundo o modelo hegemônico taylorista-fordista, amplamente difundido tanto na indústria como na produção de serviços.

O modelo taylorista-fordista caracteriza-se por um modo de produzir que se fundamenta no parcelamento da tarefa, na especialização e individualização do trabalhador, na imposição de tempos e movimentos, separação das funções de controle e execução do trabalho e na separação das funções de concepção, decisão e coordenação das funções de execução (GRAÇA, 2002).

Segundo Pires (2008), o setor da saúde e a enfermagem sofreram fortes influências deste modo de organização do trabalho e, ao longo do tempo, o trabalho em saúde tornou-se extremamente fragmentado com consequências nocivas tanto para o trabalhador como para os usuários dos serviços de saúde. Para ela, as consequências deste modo de

organização do trabalho são visíveis na organização do trabalho da enfermagem, especialmente nas instituições hospitalares em que atuam enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem.

A constituição da equipe de enfermagem na realidade brasileira, composta por profissionais com diferentes níveis de formação e com atribuições diferenciadas pela Lei do Exercício Profissional, potencializa a fragmentação do cuidado. O enfermeiro, profissional com formação universitária, dirige os serviços de enfermagem, realiza o planejamento e a avaliação da assistência que é prestada majoritariamente por técnicos e auxiliares de enfermagem, reforçando, deste modo, a fragmentação entre trabalho manual e intelectual (PIRES, 2008; COREN/SC, 2010).

Este modo de produzir cuidados de enfermagem tem demonstrado sua insuficiência para atender às múltiplas necessidades do sujeito do cuidado e, nas últimas décadas, surgem indicativos e experiências de organização do trabalho com vistas à assistência integral (MATOS, 2002; MATOS; PIRES, 2009).

A proposta de organização do trabalho pelo modelo de cuidados integrais, especialmente nas instituições hospitalares, é colocada na literatura como uma alternativa ao modelo fragmentado (COSTA, 2004; MATOS; PIRES, 2006; PIRES, 2008). Neste modo de organização do trabalho, o cuidado é organizado de forma que um trabalhador de enfermagem realiza todos os cuidados para um sujeito hospitalizado ou para um grupo de sujeitos em seu turno de trabalho. Contrapõe-se ao modelo fragmentado, em que um trabalhador presta um conjunto de cuidados a todos os sujeitos hospitalizados, ou seja, um trabalhador realiza os cuidados de higiene, outro, a medicação, outro verifica os sinais vitais e assim por diante. Nos dois modelos de organização do trabalho, o enfermeiro realiza o planejamento e avaliação da assistência e presta os cuidados de enfermagem mais complexos (COSTA, 2004; PIRES, 2008).

Atuando em uma instituição hospitalar que organiza o trabalho de enfermagem utilizando a distribuição das atividades pelo modelo de cuidados integrais no período diurno e pelo modelo de cuidados funcionais no período noturno, percebe-se que a lógica de fragmentação dos cuidados está presente na organização do trabalho da enfermagem, independentemente do turno de trabalho. O pessoal de enfermagem que atua no período noturno, por motivos diversos, resiste a mudanças na organização do trabalho. Já os turnos diurnos dividem o trabalho segundo o modelo de cuidados integrais, porém, em muitos momentos, promovem o parcelamento das atividades assistenciais.

Existe uma carência de reflexão acerca da organização do trabalho. Mudanças podem acontecer pela discussão crítica e reflexiva,

entre os integrantes da equipe, sobre as questões fundamentais do cotidiano. O modo como o trabalho é organizado pode contribuir para estimular a criatividade e a satisfação do trabalhador de enfermagem com o seu trabalho, com resultados positivos para a qualidade do cuidado prestado ao sujeito hospitalizado (MATOS, 2002; COSTA, 2004; PIRES, 2008).

Vencer a fragmentação do trabalho ainda é um desafio para a enfermagem e a articulação e a integração das ações dos diversos trabalhadores pode potencializar a prática da assistência integral, mas, para isso, é necessário clareza sobre o objeto e a finalidade deste trabalho. O ser humano integra múltiplas dimensões: biológicas, psicológicas, sociais, espirituais, e a construção de um cuidar mais integrador ao sujeito hospitalizado depende de um olhar atento às suas múltiplas necessidades, do respeito à individualidade e unicidade e de modelos de organização do cuidado que se distanciem da fragmentação do cuidado (MORAIS et al., 2009).

Os hospitais são parte importante da rede de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS) e constituem-se em locais em que a fragmentação do cuidado é mais significativamente percebida. A enfermagem, como integrante deste contexto, deverá pensar em formas mais integradoras de organização de seu trabalho. Afinal, a profissão é responsável por parte significativa dos cuidados prestados aos sujeitos atendidos nos hospitais. Portanto, falar em assistência integral implica em repensar a organização do trabalho da categoria buscando modelos de organização do trabalho que potencializem uma atenção mais integral.

O presente estudo buscou, pela reflexão e experimentação coletiva, construir alternativas de organização do trabalho de enfermagem que potencializem a assistência integral ao sujeito hospitalizado.

METODOLOGIA

Atendendo à especificidade do estudo, que tem por objetivo provocar mudanças na prática assistencial, e partindo-se da realidade vivenciada pelos trabalhadores, utilizou-se a Pesquisa Convergente-Assistencial (PCA), em função de seu potencial para estimular mudanças na prática. A PCA consiste na articulação intencional da pesquisa com a prática assistencial em um processo em que as ações assistenciais vão sendo incorporadas no processo de pesquisa e vice-versa (TRENTINI; PAIM, 2004).

A pesquisa foi realizada em uma Unidade de Internação em Clínica Médica, de um hospital-escola no sul do Brasil e contou com a participação de trinta trabalhadores de enfermagem, correspondentes a 91% do efetivo de pessoal da unidade. Três trabalhadores (09%) não participaram em função de férias e licença para tratamento de saúde e um era a própria pesquisadora. Dos participantes, sete são enfermeiros, dezenove são técnicos de enfermagem e quatro são auxiliares de enfermagem. Os sujeitos do estudo foram selecionados segundo os seguintes critérios de inclusão: trabalhar na unidade de internação pré-selecionada, manifestar interesse e concordância em participar do estudo.

A investigação foi conduzida em oficinas que aconteceram entre os meses de outubro de 2010 a abril de 2011, nos quais se desenvolveu o processo crítico-reflexivo, a experimentação de propostas de mudanças no cotidiano e a avaliação coletiva dos resultados da experiência.

O processo de pesquisa incluiu a realização de vinte oficinas: quatro encontros por equipe de trabalho (equipe matutina, equipe vespertina e três equipes do período noturno) de duas horas de duração, totalizando oito horas de trabalho por equipe.

As oficinas com cada equipe foram planejadas de modo que os três primeiros encontros ocorreram com um intervalo aproximado de uma semana entre eles. A última oficina aconteceu, em média, trinta (30) dias após a terceira oficina em cada grupo. Nos dois primeiros encontros, foram discutidos aspectos referentes ao cuidado, cuidado de enfermagem e organização do trabalho. No terceiro encontro, os integrantes do estudo identificaram, em sua prática cotidiana, aspectos da organização de trabalho em que gostariam de implementar alguma mudança, aproximando-o ao modelo de cuidados integrais, assim como elaboraram estratégias para experimentação da mudança na realidade. No intervalo entre o terceiro e o quarto encontro, os integrantes de cada grupo/turno de trabalho experimentaram a inovação proposta. No quarto encontro, os trabalhadores fizeram a síntese da experiência apontando os principais limites e possibilidades de efetivação das mudanças no cotidiano de trabalho.

As oficinas foram realizadas no horário de trabalho, com a aprovação da Direção de Enfermagem, de modo a facilitar a participação. Todos os encontros foram organizados em três momentos: acolhimento; desenvolvimento do processo reflexivo para realização do objetivo proposto; e fechamento. As oficinas foram gravadas por meio digital de voz com autorização dos participantes, as quais foram transcritas pela pesquisadora e apresentada aos participantes do estudo

para validação após cada encontro.

Os aspectos éticos foram respeitados no desenvolvimento do estudo, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), (BRASIL, 2010) e o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética de Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (CEP/UFSC), sob o protocolo número 1014/10. Os integrantes do estudo foram identificados pelas letras “SE” (Sujeito de Enfermagem), seguidas de uma numeração sequencial para preservação do anonimato.

O presente estudo apresenta o resultado das vivências experimentadas pelos trabalhadores neste processo, assim como as reflexões dos grupos sobre o potencial e as limitações presentes no cotidiano de trabalho para a adoção de propostas que se aproximem dos cuidados integrais aos sujeitos hospitalizados.

REPENSANDO A ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO: RESULTADOS E DISCUSSÕES

Desenvolver o estudo em oficinas de trabalho possibilitou aos trabalhadores repensar internamente suas práticas avaliando facilidades e dificuldades para a organização do trabalho pelo modelo de cuidados integrais, bem como formular propostas a serem experimentadas na realidade. Os trabalhadores do período diurno (matutino e vespertino), que organizam seu trabalho pelo modelo de cuidados integrais, utilizaram o espaço da pesquisa para discutir e aprimorar alguns aspectos de suas práticas, entendidos por eles como ainda distantes do modelo de cuidados integrais. São eles: o cuidado ao sujeito hospitalizado com insulino terapia; a introdução de mudanças na divisão de sujeitos hospitalizados por trabalhador de enfermagem para a prestação de cuidados; e a construção de modos mais adequados de comunicação. Dois grupos que atuam no período noturno, os quais organizam suas atividades pelo modelo de cuidados funcionais, experimentaram organizar o trabalho pelo modelo de cuidados integrais; e um grupo introduziu mudanças na organização e na forma de registro das atividades de enfermagem no prontuário do sujeito hospitalizado.

O cuidado integral ao sujeito hospitalizado com insulino terapia

O cuidado ao sujeito hospitalizado com diabetes inclui, normalmente, a realização do teste de glicemia capilar (HGT), realizado, em geral, antes das refeições, para avaliar o tratamento e/ou definir a

dose de insulina a ser ministrada pelos trabalhadores de enfermagem, em cumprimento à prescrição médica. Na unidade em estudo, mesmo nos períodos matutinos e vespertinos, em que o trabalho é organizado pelo modelo de cuidados integrais, o teste de glicemia era organizado de modo que um só trabalhador da enfermagem realizava essa atividade com todos os sujeitos hospitalizados. Esse modo de atuação distancia-se da lógica dos cuidados integrais, porém os trabalhadores entendiam que essa forma de organização agilizava o trabalho, já que cada unidade assistencial tem um aparelho de glicemia, o que dificulta a organização do trabalho individualizado.

Com a pesquisa, um dos grupos do período diurno propôs-se a experimentar a inclusão da verificação da glicemia capilar entre os cuidados integrais e cada trabalhador passou a realizar o teste e a correção da glicemia com insulino terapia dos sujeitos hospitalizados sob seus cuidados. Os motivos que levaram os trabalhadores a entender como procedente essa mudança em suas rotinas de trabalho é descrito a seguir:

Como cuidado individual quando uma pessoa que não está cuidando [do paciente] vai fazer o HGT e depois a outra vai fazer a insulina, o paciente se confunde dizendo que já fizeram, ele fica perdido. Se a mesma pessoa for fazer o HGT e fizer a correção, não tem como o paciente se confundir e o cuidado fica mais individualizado também. (SE-20).

Mais adequado cada um fazer dos seus [pacientes] o HGT e a correção até porque valoriza o cuidado integral. (SE-22).

Na avaliação da proposta, os integrantes do estudo apontaram como dificuldades para sua viabilização a existência de um único aparelho na unidade para realização de todos os controles de HGT. Esta realidade não impediu, no entanto, a realização da mudança, nem a avaliação positiva de seus resultados para a assistência.

Parece não ter tido muita dificuldade apesar de ser um aparelho só. Consegue-se mesmo assim fazer. Uma [trabalhadora] pega primeiro, depois vem a outra. Não teve brigas pelo aparelho. (SE-21).

Percebe-se a determinação deste grupo em potencializar e valorizar os cuidados a serem oferecidos aos sujeitos hospitalizados e a satisfação em *manter esta ação no cotidiano*.

Os HGTs que estão alterados eu já vou ao prontuário e já corrijo, eu achei melhor assim. (SE-30).

Eles sempre perguntam o resultado e a gente já informa na hora se vai precisar fazer insulina ou não [...] então ele já sabe, a mesma pessoa já retorna para fazer. E quando não precisa fazer é a mesma coisa, comenta que não vai ser preciso fazer a insulina regular naquele horário. Eu achei mais tranquilo, não tem aquela confusão: já fizeram? (SE-26).

A inovação proposta para a organização do trabalho tem reflexos na relação e no compromisso que a equipe estabelece com o sujeito hospitalizado no momento do cuidado. A experiência vivenciada pelos trabalhadores mostra o potencial do modelo de distribuição de cuidados integrais para oferecer um cuidado de enfermagem mais seguro, bem como para a realização e satisfação do trabalhador com o seu trabalho. A motivação que levou os trabalhadores a promover a mudança superou inclusive limites institucionais, tais como a insuficiência de material para o cuidado individualizado. O estímulo à criatividade e à inovação no trabalho, quando adequadamente conduzido, pode possibilitar que trabalhadores venham a orgulhar-se de seu trabalho com resultados positivos para ele e para o sujeito cuidado (CAMPOS, 1997).

A reorganização do trabalho pelo cuidado integral conforme o grau de dependência do sujeito hospitalizado

Normalmente, na unidade estudada, na divisão do trabalho, o cuidado de quatro a cinco sujeitos hospitalizados é assumido por um trabalhador de enfermagem, considerando-se o quantitativo de pessoal. Esta divisão é realizada pelos enfermeiros, que fazem a programação para toda a semana, observando o grau de dependência de cada sujeito hospitalizado e evitando a sobrecarga de trabalho para um mesmo trabalhador. Esta divisão, no entanto, nem sempre é considerada satisfatória, gerando descontentamentos entre os trabalhadores no turno de trabalho, interferência na relação com os enfermeiros e prejuízo à realização de cuidados integrais.

Na experiência proposta por esta pesquisa, os trabalhadores de enfermagem, enfermeiro, técnicos e auxiliares passaram a realizar conjuntamente a revisão diária da escala dos sujeitos hospitalizados a serem cuidados, buscando uma divisão mais equitativa do trabalho. Nesta, foi considerada também a proximidade dos quartos/leitos dos sujeitos hospitalizados a serem cuidados por um mesmo trabalhador, diminuindo o desgaste físico pela locomoção no espaço físico da unidade.

A gente precisa da supervisão delas pra corrigir estes tipos de coisas. [...] Eu faço muita associação de proximidade de não colocar uma pessoa no seis com o dez, porque daí a pessoa caminha menos também. (SE-22).

Avaliando o resultado desta inovação, os integrantes do estudo destacaram os aspectos positivos da experiência e decidiram pela sua adoção na realidade.

Quando vocês perceberem alguma coisa na escala que ficou ruim para vocês, tentar nos avisar antes da passagem de plantão, naqueles um, dois minutinho antes da gente sentar para pegar o plantão, para dar tempo de mudar antes das colegas tirarem os cuidados. (SE-21).

Nessa semana eu fiquei com pacientes diferentes a semana inteira e, tipo assim. um acamado e dois independentes. Nossa e foi bom! (SE-30).

Experimentar esta inovação na organização do trabalho mostrou o potencial das experiências participativas de gestão do cuidado para a satisfação do trabalhador e para o resultado do trabalho, coincidindo com achados já descritos por Campos (1997) e Matos; Pires; Campos (2010). A distribuição equilibrada de sujeitos hospitalizados por trabalhador pode potencializar a organização do trabalho pelo modelo de cuidados integrais.

Comunicação como fator potencializador do cuidado integral

Nas instituições da saúde, a comunicação é considerada uma das ferramentas necessárias para o desenvolvimento do trabalho e a realização do atendimento com qualidade (SANTOS; BERNARDES, 2010).

Na realidade estudada, a comunicação entre os trabalhadores de enfermagem e destes com os demais trabalhadores da instituição, bem como com os sujeitos hospitalizados/familiares é percebida, muitas vezes, como inadequada, interferindo no trabalho e na realização do cuidado integral.

Além de ter uma interação entre nós, no nosso período, nós temos que ter com os outros períodos. [...] Nem sempre é fácil se comunicar. (SE-6).

O problema da comunicação não é só com a equipe de enfermagem, com o serviço social, com a psicologia, com a fisioterapia, é da equipe médica. (SE-5).

Sobre esse aspecto, embora os trabalhadores não tenham planejado alguma ação mais específica, o compromisso de vivenciar modos mais efetivos de comunicar-se entre si foi considerado positivo pelo grupo, evidenciando a importância de abrir espaços para que os trabalhadores possam refletir sobre as suas vivências, identificando adequações e inadequações na comunicação que interferem na organização do trabalho. Ao assumirem o compromisso de melhorar a comunicação na própria equipe, os trabalhadores também assumem o compromisso de incorporar uma postura mais adequada em suas relações, apontando-a como positiva para a realização do cuidado integral.

Vi que está fluindo melhor, eu não percebi que foi uma coisa programada, entende, [...] Está acontecendo isso por causa do trabalho que foi realizado, eu até tinha esquecido o trabalho, mas realmente está fluindo bem melhor. (SE-7).

Algumas coisas melhoraram bastante como em questão do Rx com a nossa equipe, outras a gente fez a tentativa e não melhorou tanto. (SE-10).

O trabalho da enfermagem, no ambiente hospitalar, acontece de forma ininterrupta, embora as equipes se modifiquem a cada turno de trabalho. E a manutenção da continuidade do trabalho exige uma comunicação clara e objetiva entre os trabalhadores para que se

alcancem os objetivos e metas comuns entre os grupos de trabalhadores (SANTOS; BERNARDES, 2010).

As relações conflituosas entre trabalhadores, seja entre a equipe de enfermagem, seja da enfermagem com outras equipes, ou mesmo da enfermagem com pacientes e familiares é comum nas instituições hospitalares. Em relação aos demais trabalhadores da instituição, o conflito também acontece, pois a enfermagem além de cuidar do sujeito hospitalizado é responsável pelo ambiente assistencial, por garantir que tratamentos e exames sejam realizados, que o sujeito hospitalizado receba a alimentação, que as contas hospitalares sejam encaminhadas e tantas outras atividades que envolvem o conjunto dos trabalhadores. Esta atribuição da enfermagem nem sempre é bem vista pelas demais categorias atuantes no hospital, que, muitas vezes, percebem esta atuação como interferência da enfermagem e controle do seu trabalho. A comunicação adequada, embora com certos limites, pode melhorar as relações de trabalho entre as categorias (MATOS; PIRES, 2009; MATOS; PIRES; CAMPOS, 2010; SANTOS; BERNARDES, 2010). Do mesmo modo, preocupar-se com o desenvolvimento da comunicação eficiente, clara, aberta e harmônica entre trabalhador/sujeito hospitalizado e/ou familiar pode assegurar a qualidade terapêutica e um atendimento adequado em saúde. (SANTOS; BERNARDES, 2010).

O registro das ações de enfermagem

Os registros de enfermagem são considerados atividade importante no trabalho a ser realizado, pois possibilitam a disseminação das informações sobre a situação do sujeito hospitalizado, as quais são utilizadas pelos demais turnos de trabalho e demais profissionais de saúde.

Na instituição em estudo, a enfermagem utiliza um impresso denominado “Observações Complementares de Enfermagem” para cada sujeito hospitalizado. Nela, deve ser anotado, pelos trabalhadores de nível médio de ensino, a cada turno de trabalho, o relato de cuidados, tratamentos, intercorrências e outras situações relativas ao sujeito em questão.

No período diurno, que divide o trabalho pelo modelo de cuidados integrais, cada trabalhador registra os acontecimentos referentes aos sujeitos hospitalizados sob seus cuidados. No período noturno, que divide o trabalho por tarefa, um trabalhador registra tudo que se passou com todos os sujeitos hospitalizados, mesmo que não tenha sido ele a observar e ou prestar os cuidados. Esse modo de atuar, segundo a percepção do grupo, possibilita que situações sejam

esquecidas, resulta em anotações empobrecidas pelo excesso de informações a descrever, além de sobrecarregar o responsável pela atividade.

Esta percepção levou-os a definir mudanças no modo como estava sendo realizada esta atividade, como uma proposta de aproximação com o modelo de cuidados integrais, o que determinou que os registros passassem a ser realizados conjuntamente pelos três técnicos ou auxiliares de enfermagem que atuam no referido período. A efetivação desta proposta levou os trabalhadores a assumirem também o compromisso de trocar informações, acrescentando às mesmas aquilo que cada um havia observado. O resultado da experiência foi considerado positivo por todos os integrantes do grupo, pois possibilitou conhecer melhor os sujeitos hospitalizados sob sua responsabilidade, intensificou a relação entre trabalhadores e permitiu um relato mais fidedigno dos cuidados prestados e das intercorrências. *Essa prática passou a ser adotada* como rotina após o estudo.

Tem mais tempo para evoluir, para falar do paciente [...] foi uma coisa pequena, mas que a gente notou pontos positivos. (SE-14).

Para nós fez uma grande diferença. [...] A gente vai seguir, é uma coisa pequena, que mudou e faz a diferença. A divisão que fizemos [...] nos ajuda a conhecer melhor cada paciente. (SE-15).

O registro das ações de enfermagem e das intercorrências envolvendo o sujeito hospitalizado é um compromisso da enfermagem, não podendo estar dissociado da atividade assistencial. É ele que assegura, em parte, a continuidade da assistência, a segurança do sujeito hospitalizado e a proteção do trabalhador.

Segundo o Código de Ética da profissão, todo trabalhador de enfermagem tem a obrigação de anotar as situações e cuidados realizados, indispensáveis à continuidade do tratamento das pessoas sob seu cuidado (COREN/SC, 2010). Essa condição, no entanto, não tem sido observada pelos trabalhadores na realidade, interferindo no cuidado integral e na segurança do sujeito hospitalizado. A experiência dos trabalhadores descrita nesse estudo apresenta-se como uma primeira iniciativa para corrigir está distorção da prática, aproximando-se dos preceitos da profissão, de prestar cuidados seguros a todos aqueles que são cuidados pela enfermagem. Ao garantir anotações mais fidedignas e

seguras acerca da condição do sujeito hospitalizado e dos cuidados prestados, os profissionais colaboram com a continuidade do cuidado (SETZ; D'INNOCENZO, 2009).

O desafio de prestar cuidados integrais no período noturno

Duas equipes que atuam no período noturno aceitaram o desafio de experimentar a organização do trabalho pelo modelo de cuidados integrais em seu turno de trabalho. A experiência mostrou-se potencialmente positiva, propiciando em seu desenrolar: a discussão de aspectos da atenção; a revisão dos modos já cristalizados de “fazer” o trabalho; a percepção do sujeito hospitalizado em outras dimensões que não apenas a biológica; a formação de vínculo entre o trabalhador e o sujeito hospitalizado; e um olhar mais atento a estes sujeitos.

Eu consegui sentar com o Sr. X, no notebook e ver as suas fotos, da família, que é uma coisa que nem sempre tem tempo e naquele dia deu. Claro que, bem mais tarde, depois de ter feito tudo, mas eu consegui sentar dez minutos, conversar um pouquinho sobre o problema dele, que ele não contou para mãe, que ele não queria contar. [...] A gente acaba não se permitindo sentar com o paciente que tu estás cuidando e conversar. E achei legal. [...] Quando eu cuidei do seu Z, estava conversando e fui ajudar a se trocar, vi um curativo antigo, de uma punção lombar, que não mostrou para ninguém. Como eu fiquei ali conversando e fui ajudar a trocar a camisa e coisa e tal, por ele ser independente e não pedir muito ajuda, por ser mais reservado, ficou aquele curativo ali, então, algumas coisas tu acabas se dedicando mais mesmo ao paciente. A gente acabou discutindo as coisas que a gente faz há muitos anos juntas e que a gente acabou se habituando a fazer o que gosta, o que a equipe gosta de fazer, então teve mais troca de informação. (SE-17).

Em contrapartida, embora ocorresse o esforço e a disposição das equipes para fazer acontecer a distribuição das atividades pelo modelo de cuidado integral, sobressaíram da experiência os fatores limitantes para a manutenção deste modo de organização do trabalho no período noturno.

Uma primeira dificuldade apontada pelos integrantes do estudo diz respeito à inexperiência, à falta de habilidade e agilidade para organizar o trabalho pelo modelo de cuidados integrais.

Mesmo com poucos pacientes graves, [...] foi bem apertado, talvez pela falta de prática. Nossa! A gente não conseguiu se alimentar, os cuidados acabaram às 23 horas, foi à hora que conseguimos descer para jantar. A gente fez tudo, mas foi bem corridinho. [...] Acho que a gente iria se habituar, ficar mais ágil, com certeza. Falta de habilidade em realizar os cuidados prescritos dentro dos horários previstos, muitas vezes (todas) os funcionários sacrificaram o horário do lanche para dar conta da demanda do trabalho. (SE-17).

Eu achava que nós não íamos dar conta, essa sensação eu tinha todos os dias ao término do plantão. Diferente da maneira que a gente estava acostumada a fazer. [...] ficava uma na medicação e não precisamos entrar no posto para fazer a medicação, a gente pega e faz tudo o que tem para fazer fora e vai mais rápido. Agora tenho que parar porque tenho a minha medicação para fazer. (SE-19).

Eu me senti bastante perdida com a sensação de não saber o que estava acontecendo, porque tinha que fazer tudo dos meus [pacientes] e não conseguia acompanhar os outros. O primeiro dia foi mais difícil, [...] me senti sozinha, individualista, demorou mais para acontecer, atrasando o serviço, não andou tão bem, talvez porque estava acostumada a trabalhar em grupo. (SE-3).

Considerando o pequeno espaço de tempo (aproximadamente um mês) em que os trabalhadores experimentaram essa inovação em sua prática, é compreensível que tenham encontrado dificuldades para cumprir as diversas atividades individualizadas a cada sujeito hospitalizado, se comparado à atuação pelo modelo de cuidados funcionais ao qual o grupo já estava habituado. O modelo dos cuidados integrais demanda um tempo maior dos trabalhadores, inerente a

mudança de atividade, em contraposição a divisão do trabalho em atividades parcelares em que a repetição de tarefas com manutenção do trabalhador em uma mesma atividade agiliza o trabalho (GRAÇA, 2002).

Os aspectos positivos do modelo proposto por este estudo, no entanto, foram apontados pelos trabalhadores e justificam o investimento em formas mais integradoras de cuidar. Enquanto a organização parcelar do trabalho estimula uma visão mecanicista do objeto de trabalho em saúde, reduz a criatividade e o envolvimento do trabalhador, distanciando-se da visão global do sujeito a ser cuidado e de suas necessidades, no modelo de cuidado integral, por outro lado, o foco do trabalho está no sujeito hospitalizado e não apenas na tarefa a ser executada, intensifica-se o vínculo e a relação de confiança com este sujeito, gerando mais satisfação e segurança para todos os envolvidos (COSTA, 2004; PIRES, 2008).

Como aspecto negativo para a realização do cuidado integral, os trabalhadores que participaram do estudo apontaram o **quantitativo de pessoal** no período noturno e o **quantitativo de cuidados**, especialmente considerando os doentes acamados. Sobre esse aspecto eles sugerem que um modo de viabilizar a distribuição das atividades pelo modelo de cuidado integral seria a alocação de mais um técnico de enfermagem no período noturno, pois isso possibilitaria o trabalho em duplas, facilitando a organização do trabalho.

Foi naqueles dias que a unidade ficou pesada. [...] deixamos um paciente para trocar e mudar decúbito depois da meia-noite, que não deu tempo de fazer tudo. [Seria necessário o] aumento de mais um técnico de enfermagem para na hora das trocas formarmos duplas para agilizar o cuidado. [...] Era uma demanda muito grande, foi o que eu senti [...] um peso muito grande, que eu saia muito cansada. (SE-17).

Associada ao quantitativo de pessoal existe uma **concentração de atividades no período inicial do turno noturno** e este é um fator limitante para a organização do trabalho tanto no modelo de cuidado funcional como no modelo de cuidado integral. Segundo os participantes do estudo, a maior parte dos cuidados diretos ao sujeito hospitalizado ocorre até a meia-noite. Após este horário, a equipe tem a preocupação em preservar o sono e o repouso do sujeito hospitalizado.

Essa condição do trabalho noturno reduz o tempo necessário para realizar todas as tarefas.

A noite foi feita para dormir, então a gente dá prioridade, mas está preocupada com o horário também. [...] depois da meia-noite eles estão dormindo e a gente arrasta [móveis], liga a luz e abre a porta do banheiro. Não tem sentido. De dia tem até a uma hora da tarde para fazer, agora de noite a gente vai ficar fazendo barulho e mexendo nos pacientes até que horas? A gente dá preferência para até a meia-noite estar tudo pronto, só que o número de pacientes era tão grande que nós não estávamos conseguindo, eles tinham que ficar esperando e aquilo dali ia se arrastando. (SE-19).

Este aspecto do trabalho noturno não tem sido abordado pelos gerentes de enfermagem e pela literatura quando se trata dos modos de distribuição das atividades de enfermagem. Geralmente, quando se aborda o trabalho noturno, considera-se o montante de trabalho dividido na jornada de doze horas. A problemática do sono dos doentes é uma condição real e alguns estudos têm destacado as queixas dos sujeitos hospitalizados quando a equipe de saúde não observa o silêncio necessário para o repouso noturno (MATOS, 2002).

Outro aspecto limitador na organização do trabalho pelo modelo de cuidados integrais diz respeito à jornada de trabalho no turno noturno de doze horas com intervalo de sessenta horas de descanso antes da próxima jornada, bem como o intervalo para o repouso dos trabalhadores de enfermagem durante a jornada de trabalho no período noturno. A definição da jornada de trabalho, específica para os trabalhadores dos noturnos nesta instituição, ocorreu com base no entendimento sobre a interferência do trabalho noturno na fisiologia do trabalhador. Para os integrantes do estudo, a jornada de trabalho dificulta também que os trabalhadores conheçam todos os sujeitos hospitalizados devido à rotatividade de internações.

Quando o trabalho é realizado pelo modelo de cuidados funcionais, o trabalhador, nas suas doze horas de trabalho, consegue ter um conhecimento mínimo de todos os sujeitos hospitalizados. Quando o cuidado é realizado pelo modelo de cuidado integral ele conhece apenas um pequeno número de sujeitos hospitalizados a cada plantão. Considerando a rotatividade das internações, o trabalhador tem a

sensação de estar entrando em um ambiente “desconhecido”, uma unidade nova a cada plantão.

À noite a gente trabalha uma noite sim e duas não. Eu gosto de entrar em todos os quartos, de dar boa noite, conversar com todo mundo um pouquinho. Quando a gente está trabalhando no funcional, eu consigo fazer isso. [...] Então o que eu notei nesses plantões seguidos assim, eu não conheci todos os pacientes, por exemplo, quando eu vim no outro plantão, teve gente que foi de alta e eu não conheci. (SE-17).

Somando-se à situação da organização dos turnos de trabalho no período noturno: doze horas de trabalho com intervalo de sessenta horas e o repouso noturno dos trabalhadores, aumenta a sensação de insegurança em relação aos cuidados que devem ser prestados a cada sujeito hospitalizado. Atuam no noturno quatro trabalhadores de enfermagem, sendo um enfermeiro e três auxiliares, ou técnicos de enfermagem. O repouso é organizado de modo que dois trabalhadores descansam enquanto os outros dois assumem o cuidado de todos os sujeitos hospitalizados. Essa condição dificulta a distribuição das atividades pelo modelo de cuidado integral, pois, neste momento, os trabalhadores assumem todos os sujeitos hospitalizados, mesmo aqueles que não conhecem. Isso é considerado negativo tanto para o trabalhador como para o sujeito hospitalizado, que de um momento para outro, em meio à madrugada, quando está sonolento, vê aparecer a sua frente alguém que nem sabia que estava de trabalho.

Ao realizar o cuidado integral podemos observar que perdemos a noção do todo e demoramos mais para conhecer todos os pacientes internados. Podemos também observar que alguns pacientes só tiveram contato com funcionário na madrugada, podendo causar certa insegurança ou ansiedade no paciente. Na madrugada, o doente X que tinha antibiótico às duas [horas] e que já me conhecia disse assim: nem sabia que tu estavas aqui hoje, tu não veio aqui. Ele fez este comentário porque eu não tinha entrado no quarto ainda e eram duas horas da manhã. [...] Ele estranhou. Outro doente quando fui fazer o antibiótico das duas ele disse: De onde você surgiu? (SE-17).

Quando a gente volta do repouso passa o plantão das intercorrências, é muito ruim você assumir uma unidade inteira sem tu saber e ter uma noção de tudo o que aconteceu com todos os pacientes. (SE-2).

Os aspectos identificados pelos trabalhadores do turno noturno como limitadores da organização do trabalho pelo modelo de cuidados integrais levaram os trabalhadores a perceber situações negativas para si, como o aumento das **cargas de trabalho** e o **desgaste físico e psíquico** para efetivar esta forma de cuidado.

Fica mais cansativo assim, como vou dizer, fica mais pesado porque as coisas ficam mais picadas, é como se tivesse que fazer mais coisas, tens que dar conta de mais coisas mesmo. No funcional, no nosso plantão é diferente porque a gente sabe que os três se ajudam, a gente chegou numa sintonia que a gente consegue trabalhar os três juntos, muito bem. (SE-3).

Talvez o funcional seja melhor à noite. O que tem que levar muito em conta é esta questão: é um trabalho em equipe. (SE-4).

Grande parte dos estudos que trata do trabalho noturno na enfermagem com abordagem na ergologia e na saúde do trabalhador, relaciona seus efeitos na alteração dos hábitos de sono e nas implicações no desgaste do trabalhador (MUNIZ; VIDAL; VIEIRA, 2004; SCHWARTZ, 2004). No entanto, não se encontrou na literatura trabalhos que tratem desta especificidade sendo debatida pelos trabalhadores.

No hospital, o trabalho do turno da noite muitas vezes é encarado pela gestão e pelos profissionais que atuam no diurno como um trabalho mais leve, de menor compromisso, uma vez que o trabalhador pouco participa da vida institucional, além de ter um intervalo para descanso em seu turno de trabalho. Essa percepção acerca do trabalho noturno não contribui para pensar alternativas mais integradoras de organização do trabalho. Apesar de suas especificidades o trabalho noturno é muito semelhante ao trabalho diurno, mantém os mesmos objetivos e compromissos: garantir uma assistência de qualidade ao sujeito

hospitalizado.

Promover mudanças no trabalho noturno talvez seja uma tarefa mais difícil e lenta, pois do mesmo modo que os trabalhadores têm pouca participação na vida da instituição, também a instituição e seus dirigentes têm se envolvido pouco com as dramáticas situações vivenciadas pelo pessoal que atua nas noites hospitalares.

A abordagem ergológica sobre o trabalho traz significativa contribuição para compreender as questões levantadas pelo grupo integrante do estudo. Segundo Muniz, Vidal e Vieira (2004), a gestão do trabalho não pode ser dissociada da gestão que cada trabalhador faz de si mesmo. Existe, em cada situação, a vontade dos sujeitos determinando a cooperação que estabelecem entre si, as quais podem determinar o sucesso ou o fracasso de uma determinada experiência.

Para Schwartz (2004), toda gestão supõe escolhas, arbitragens, uma hierarquização de atos e de objetivos, portanto, de valores em nome dos quais essas decisões se elaboram. Na execução da atividade, sempre há variabilidade na gestão do trabalho por parte de quem o realiza. A atividade é resultado de muitos compromissos: a cadência de trabalho, os múltiplos incidentes a resolver, a gestão das obrigações colocadas por regras e valores. Para o autor todo trabalho é sempre uso de si, considerando ao mesmo tempo o uso de si por outros e o uso de si por si (SCHWARTZ, 1987 apud MUNIZ; VIDAL; VIEIRA, 2004). O uso de si significa dizer que o trabalho é local de problema, de uma tensão, um espaço de possíveis sempre negociáveis. A tarefa cotidiana requer recursos e capacidades infinitamente mais vastas do que aquelas que são explicitadas. Muniz, Vidal e Vieira (2004) destacam que o uso de si pelo outro é bastante estudado e que desde o nascimento dos indivíduos sua formação escolar e as experiências de trabalho delimitam seus campos de possibilidades, os espaços e temas das negociações a serem enfrentadas.

No entanto, nestes espaços, os trabalhadores, ao avaliarem as possibilidades de mudança, consideram as condições existentes, os limites e potencialidades da mudança - levando em conta aquilo que conhecem -, as vivências individuais e coletivas e o quanto vão ter que dar de si em prol das novas possibilidades. As escolhas se dão também considerando o menor desgaste para si e para o grupo. Neste processo o trabalhador considera valores que adota em sua prática e na enfermagem.

A visão do ser humano integral é um valor da profissão, inculcido desde a formação, inculcido desde a formação, independentemente do modelo de organização do trabalho. Essa visão, passada na formação

profissional, interfere na percepção que o trabalhador faz de sua prática. Mesmo entendendo a lógica da divisão parcelar do trabalho, no imaginário coletivo a visão de que “no nosso trabalho não acontece assim” é defendida pelos trabalhadores e justifica a não adoção dos cuidados integrais e a falta de visualização de outras propostas de organização do trabalho coletivo.

Se é verdade que o número de trabalhadores no período noturno é insuficiente, que o repouso dos sujeitos hospitalizados e dos próprios trabalhadores inviabiliza a distribuição das atividades pelo modelo de cuidado integral, não seria possível pensar em estabelecer dois turnos de trabalho neste período? Não seria procedente a organização dos trabalhadores para conquistar condições de trabalho que possibilitassem um cuidado mais integrador ao sujeito hospitalizado? Muitas propostas de viabilização desta prática podem surgir por meio da ação dos próprios trabalhadores, assim como pela gestão das instituições.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados do estudo evidenciaram possibilidades de efetuar mudanças na realidade, com construção de modos mais integradores de cuidar em enfermagem. Apesar dos limites da experiência realizada e das dificuldades apontadas pelos trabalhadores, percebeu-se, durante todo o processo, que eles estiveram abertos às propostas, pensaram e fizeram acordos entre si que possibilitaram repensar a assistência de enfermagem e o próprio trabalho.

Nesta perspectiva, todos os turnos de trabalho experimentaram uma ou mais propostas que visavam aproximar suas práticas do modelo de cuidados integrais e, ao final do processo, mudanças foram mantidas no cotidiano, tais como: o cuidado integral ao sujeito hospitalizado com insulinoterapia; a organização do trabalho segundo o modelo de cuidado integral conforme o grau de dependência do sujeito hospitalizado; a comunicação como fator potencializador do cuidado integral; e a organização e registro das atividades de enfermagem no prontuário do sujeito hospitalizado.

Sobre o processo de investigação, ficou claro que a modalidade de oficinas possibilitou a reflexão, mostrando-se positivo para a motivação dos trabalhadores, estimulando a iniciativa, a criatividade e a transformação da realidade de trabalho com benefícios para as equipes e para a assistência.

Mesmo na situação do trabalho noturno, em que as limitações mostraram-se ainda maiores, a capacidade dos trabalhadores para

realizar mudanças significativas na realidade do processo, gerou, entre eles, a necessidade de investir no cotidiano, buscando alternativas de trabalho que os aproximassem dos sujeitos hospitalizados e de suas necessidades. O processo crítico-reflexivo e a experimentação de propostas mais integradoras de realização do trabalho os fez retomar valores da própria profissão, adquiridos na formação, como, por exemplo, assistir o sujeito hospitalizado como um ser único, o que demanda uma atenção mais integradora.

As dificuldades percebidas pelo grupo na adoção do modelo de cuidados integrais não os impediu de reconhecer as potencialidades deste modo de organização do trabalho, superiores ao modelo tradicional. A concretização das mudanças na realidade, portanto, poderão ocorrer pela intensificação de processos reflexivos e melhorias nas condições de trabalho.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 196/96**. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo Seres Humanos. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/docs/Resolucoes/Reso196.doc>> Acesso em: 03 set. 2010.

CAMPOS, G. W. S. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: MEHRY, E. E.; ONOCKO, R. (Orgs.). **Praxis en salud: um desafio para lo publico**. São Paulo: HUCITEC, 1997.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM – SEÇÃO SC. Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. IN: PIRES, D. E. P. et al. (Orgs.). **Consolidação da legislação e ética profissional**. Florianópolis: Conselho Regional de Enfermagem SC: Quorum Comunicação, 2010. p. 98-113.

COSTA, J. S. **Métodos de prestação de cuidados**. Escola superior de enfermagem de Viseu - 30 anos. 2004. Disponível em: <www.ipv.pt/millenum/Millenum30/19.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2010. GRAÇA, L. **Novas formas de organização do trabalho**. Parte I. 2002. Disponível em: <<http://www.ensp.unl.pt/lgraca/textos164.html>>. Acesso em: 15 out. 2011.

MATOS, E. **Novas formas de organização do trabalho e aplicação na enfermagem: possibilidades e limites.** 2002. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

MATOS, E.; PIRES, D. E. P. Teorias administrativas e organização do trabalho: de taylor aos dias atuais, influências no setor saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 15, n. 3, p. 508-514, jul-set. 2006.

_____. Práticas de cuidado na perspectiva interdisciplinar: um caminho promissor. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 18, n. 2, p. 338-346. 2009.

MATOS E.; PIRES D. E. P.; CAMPOS, G. W.S Relações de trabalho em equipes interdisciplinares: contribuições para novas formas de organização do trabalho em saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.63, n.5, p. 775-781, 2010.

MORAIS, G. S. N. et al. Comunicação como instrumento básico no cuidar humanizado em enfermagem ao paciente hospitalizado. **Acta Paul. Enfermagem**, v. 22, n. 3, p. 323-327, 2009.

MUNIZ, H; VIDAL, M. C.; VIERA, S. Os ingredientes da competência na gestão da assistência em uma enfermagem hospitalar. In: FIGUEIREDO, M. et al. (Orgs). **Labirintos do trabalho: interrogações e olhares sobre o trabalho vivo.** Rio de Janeiro: DP&A, 2004. p. 322-344.

PIRES, D. E. P. **Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil.** 2. ed. São Paulo: Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social/Annablume, 2008.

SANTOS, M.C.; BERNARDES, A. Comunicação da equipe de enfermagem e a relação com a gerência nas instituições de saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 31, n. 2, p. 359-66, 2010.

SCHWARTZ, I. Trabalho e gestão: níveis, critérios, instâncias. In: FIGUEIREDO, M. et al. (Orgs). **Labirintos do trabalho: interrogações e olhares sobre o trabalho vivo.** Rio de Janeiro: DP&A, 2004. p.24-33.

SETZ, V. G; D'INNOCENZO, M. Avaliação da qualidade dos registros de enfermagem no prontuário por meio da auditoria. **Acta Paul. Enfermagem**, v. 22, n. 3, p. 313-317, 2009.

TRENTINI, M.; PAIM, L. **Pesquisa convergente-assistencial**: um desenho que une o fazer e o pensar na prática assistencial em saúde-enfermagem. 2. ed. rev. amp. Florianópolis: Insular, 2004. 144p.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

*É pela ação efetiva que conseguiremos
o que tantos sonharam e não conseguiram
– porque apenas sonharam, mas não agiram
(DeRose)*

Retomando o objetivo deste estudo, de empreender, junto aos trabalhadores de enfermagem um processo crítico-reflexivo acerca da organização do seu trabalho, com vistas à experimentação/construção de uma proposta de trabalho coletivo que se aproxime da perspectiva de distribuição das atividades pelo modelo de cuidados integrais, parte-se agora para as considerações finais.

Ao longo de sua história como profissão, a enfermagem tem se destacado por sua compreensão do ser humano enquanto um ser complexo de múltiplas necessidades. Neste sentido, desde a sua formação, os trabalhadores de enfermagem são orientados a cuidar do ser humano considerando não apenas a doença, mas o contexto que envolve o processo de viver saudável, adoecer e morrer.

Essa visão do ser humano multidimensional, no entanto, perde-se, muitas vezes, no contexto do trabalho em saúde em decorrência do modo como o trabalho é organizado. A enfermagem, na maioria das instituições de saúde tem organizado seu trabalho pela divisão de atividades parcelares entre os diversos trabalhadores, seguindo a lógica de fragmentação da assistência. Este modo de organização não contribui para pensar o sujeito integral e para a satisfação do trabalhador para com o seu trabalho (PIRES, 2008).

O modelo de organização do trabalho pelos cuidados integrais tem sido uma alternativa para diminuir as insuficiências do modelo fragmentado. Este modelo mais integrador, no entanto, encontra ainda dificuldades para se efetivar na realidade tanto em função das condições de trabalho, quanto da ausência de uma prática reflexiva que leve os trabalhadores a pensar cotidianamente a respeito dos modos de produzir em saúde.

Sobre esse aspecto, a pesquisa conduzida segundo a perspectiva Convergente- Assistencial mostrou-se adequada e facilitou a reflexão dos trabalhadores produzindo, simultaneamente, mudanças na prática assistencial e novos conhecimentos sobre o processo de trabalho da enfermagem. Durante o percurso investigativo e transformador

proporcionado pela pesquisa, os integrantes do estudo tiveram a oportunidade de: debater as vantagens e desvantagens de cada um dos modelos de cuidados; experimentar novas formas de organização do trabalho, construindo alternativas de realização de atividades cotidianas de modo a fazer uma aproximação com o modelo de cuidados integrais; repensar modos mais adequados de se comunicar; melhorar a qualidade dos registros de enfermagem; desenvolver experiências participativas de organização do trabalho. O espaço crítico-reflexivo demonstrou seu potencial para produzir mudanças na realidade, com benefícios para trabalhadores e para o sujeito hospitalizado.

Para alcançar os objetivos do estudo, os princípios teóricos do processo de trabalho em saúde foram fundamentais, assim como as produções que orientam a construção do Sistema Único de Saúde no Brasil e a integralidade, permitindo aos envolvidos repensar suas práticas e promover mudanças na realidade.

Assim como outros estudos, a presente investigação apontou para as limitações impostas pelas condições de trabalho quando se fala em mudanças na organização do trabalho coletivo, como é a situação do trabalho noturno, em que o quantitativo de pessoal dificulta a adoção do modelo de cuidados integrais. Do mesmo modo, evidenciou-se que mesmo em condições de trabalho adversas é possível produzir mudanças que beneficiem o sujeito hospitalizado e o trabalhador, se houver investimento do coletivo de trabalhadores.

Essa condição pode ser percebida no decorrer do estudo, quando todos os turnos de trabalho permitiram-se, e empenharam-se em, experimentar uma ou mais proposta de mudança na organização das atividades, o que resultou em aprimoramento tanto da assistência prestada quanto do próprio modo de os trabalhadores se relacionarem entre si.

No que diz respeito ao cuidado integral aos sujeitos hospitalizados, os trabalhadores do período diurno, que organizam seu trabalho pelo modelo de cuidados integrais, utilizaram o espaço da pesquisa para refletir e aprimorar aspectos de sua prática, produzindo mudanças no cuidado prestado aos sujeitos com insulinoaterapia, na comunicação interna entre os trabalhadores de enfermagem e com os demais trabalhadores da instituição, e no gerenciamento do trabalho. Sobre esse último aspecto, eles experimentaram alternativas democráticas e participativas de distribuição do trabalho entre os integrantes da equipe de enfermagem como, por exemplo, a realização e o acompanhamento da escala de distribuição de sujeitos hospitalizados em conjunto com os enfermeiros.

Os trabalhadores do turno noturno, por sua vez, buscaram alternativas para a realização de registros de enfermagem mais completos, que retratassem mais fidedignamente a condição do sujeito hospitalizado. Duas equipes aceitaram o desafio de experimentar a organização do trabalho pelo modelo de cuidados integrais, demonstrando que é possível atuar deste modo, pelo menos durante um determinado espaço de tempo - o tempo da pesquisa.

Situações envolvendo as condições de trabalho das equipes do período noturno, tais como o dimensionamento de pessoal, o repouso dos trabalhadores, a distância entre um e outro plantão e os horários de repouso do sujeito hospitalizado dificultaram a manutenção da experiência após o período da pesquisa. Sobre esse aspecto, percebeu-se que os cuidados integrais: aumentam o desgaste do trabalhador devido à demanda de trabalho; produzem insegurança pela dinâmica do trabalho noturno, o qual é organizado segundo a jornada de doze horas de trabalho, com folga durante as sessenta horas subsequentes. O intervalo entre um plantão e outro não favorece que o trabalhador conheça todos os sujeitos hospitalizados internados, gerando-lhe o sentimento de estar iniciando em uma nova unidade a cada plantão. Associado ao descanso noturno e à jornada específica, o trabalho da enfermagem no período noturno concentra-se nas primeiras horas devido ao horário de repouso do sujeito hospitalizado e isso dificulta ainda mais a manutenção do cuidado integral.

Não desconsiderando os achados do estudo que interferem realmente na organização do trabalho noturno, pesa ainda, significativamente, na não adoção dos cuidados integrais no período noturno fatores como: o fato de estes trabalhadores atuarem no período noturno há mais tempo; a comodidade dos trabalhadores e a resistência a mudanças, frutos de uma prática que iniciou com a abertura do próprio hospital, e que determinou a concepção de que “sempre foi assim, para que mudar?”

Portanto, mudanças positivas no trabalho noturno dependem da continuidade de processos reflexivos com as equipes de trabalho. Mas, também dependem de ações gerenciais que intensifiquem a aproximação destes trabalhadores com as necessidades dos sujeitos hospitalizados e com a finalidade do trabalho em saúde, e promovam melhorias nas condições de trabalho. A constatação de que existe um período de trabalho mais intenso no início do plantão, compreendido entre dezenove e vinte e três horas, poderia ser minimizada se houvesse um maior aporte de pessoal com a adoção de um turno intermediário, a exemplo do que já vem sendo praticado em algumas unidades da

instituição e em outras instituições hospitalares.

Apesar de todas as dificuldades, muitos são os aspectos evidenciados no estudo que justificam o investimento em processos reflexivos desta natureza, os quais podem determinar modos mais integradores de cuidar. Estes passam pelo potencial do modelo de cuidado integral para aproximar trabalhadores e sujeitos hospitalizados, formação de vínculos entre estes sujeitos, maior responsabilização pelo trabalho, maior segurança para o sujeito hospitalizado, dentre outros.

Estes são os resultados que nos levam a acreditar no potencial de estudos desta natureza para repensar e recriar o trabalho da enfermagem. A contribuição que se apresenta neste momento, pelos resultados do estudo, é fundamental para a produção do conhecimento acerca do trabalho da enfermagem e para a construção da integralidade da assistência. Algumas mudanças permaneceram na realidade mesmo com a finalização do estudo, tais como: o cuidado integral ao sujeito com insulinoaterapia; a organização do trabalho pelo cuidado integral conforme o grau de dependência do sujeito hospitalizado; a comunicação como fator potencializador do cuidado integral e a organização e registro das atividades de enfermagem no prontuário do sujeito hospitalizado. Também neste processo, pela revisão de suas práticas, os trabalhadores passaram por transformações. O conjunto destas mudanças ainda que lentas e gradativas é que podem produzir transformações no contexto do trabalho em saúde.

REFERÊNCIAS

AVENA, D. A. **O engenho por dentro**: cartografia das práticas cotidianas de cuidado em saúde mental dos auxiliares e técnicos de enfermagem na perspectiva da integralidade. 2009. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 196/96**. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo Seres Humanos. Disponível em:
<<http://conselho.saude.gov.br/docs/Resolucoes/Reso196.doc>> Acesso em: 03 set. 2010.

_____. Ministério da Saúde. **O HumanizaSUS na atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Carta dos direitos dos usuários da saúde**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

_____. **Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão do SUS**. Disponível em:
<www.saude.sc.gov.br/hijg/gth/Cartilha%20da%20PNH.pdf>. Acesso em: 10 set. 2011.

BELLATO, R.; PASTI, M. J.; TAKEDA, E. Algumas reflexões sobre o método funcional no trabalho da enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 5, n. 1, p. 75-81, jan. 1997.

BECK, C.L.C. et al. Humanização da assistência de enfermagem: percepção de enfermeiros nos serviços de saúde de um município. **Revista Gaúcha Enfermagem**, v. 30, n. 1, p. 54-61, 2009.

BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano - compaixão pela terra**. 7. ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

CALGARO, A.; SOUZA, EN. Percepção do enfermeiro acerca da prática assistencial nos serviços públicos extra-hospitalares de saúde mental. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 30, n. 3, p. 476-83, 2009.

CAPELLA, B. B. **Uma abordagem sócio-humanista para um “modo de fazer” o trabalho de enfermagem**. Pelotas: Universitária/UFPEL; Florianópolis: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/UFSC, 1996.

_____. **Uma abordagem sócio-humanista para um “modo de fazer” o trabalho de enfermagem**. Pelotas: Universitária/UFPEL, 1998.

CAMPOS, G. W. S.; AMARAL, M. A. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 12, n. 4, p. 849-859, 2007.

CAMPOS, G. W. S. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: MEHRY, E. E.; ONOCKO, R. (Orgs.). **Praxis en salud: um desafio para lo publico**. São Paulo: HUCITEC, 1997.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM – SEÇÃO SC. Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. IN: PIRES, D. E. P. et al. (Orgs). **Consolidação da legislação e ética profissional**. Florianópolis: Conselho Regional de Enfermagem SC: Quorum Comunicação, 2010. p. 98-113.

COSTA, J. S. Método e percepção de cuidar em enfermagem.

Dissertação (Mestre em Ciências de Enfermagem) Universidade do Porto, 1999. Disponível em: <repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/10141/3/2645_TM_01_P.pdf>. Acesso em: 03 jun., 2010.

COSTA, J. S. Métodos de prestação de cuidados. Escola superior de enfermagem de Viseu - 30 anos. 2004. Disponível em:

<www.ipv.pt/millenium/Millenium30/19.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2010.

DEJOURS, C. A carga psíquica do trabalho: In: **O indivíduo na organização.** São Paulo: Atlas, 1994.

DEROSE, L.S.A. Sútras – máximas de lucidez e êxtase. São Paulo: Nobel, 2004.

DUARTE, E. D.; SENA, R. R.; XAVIER, C.C. Processo de trabalho na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: construção de uma atenção orientada pela integralidade. **Revista Escola de Enfermagem USP**, v. 43, n. 3, p. 647-654, 2009.

FERREIRA, R. C.; VARGA, C. R. R.; SILVA, R. F. Trabalho em equipe multiprofissional: a perspectiva dos residentes médicos em saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, supl. 1, p. 1421-1428, 2009.

GELBCKE, F. L. Interfaces dos aspectos estruturais, organizacionais e relacionais do trabalho de enfermagem e o desgaste do trabalhador. 2002. 270f. Tese (Doutorado em Enfermagem). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

GOMES, A. L. C.; SA, L.D. As concepções de vínculo e a relação com o controle da tuberculose. **Revista Escola de Enfermagem USP**, v. 43,

n. 2, p. 365-372, 2009.

GRAÇA, L. **Novas formas de organização do trabalho**. Parte I. 2002. Disponível em: <<http://www.ensp.unl.pt/lgraca/textos164.html>>. Acesso em: 15 out. 2011.

LANZONI, G. M. M et al. Planejamento em enfermagem e saúde: uma revisão integrativa da literatura. **Revista de Enfermagem UERJ**, v. 17, n. 3, p. 430-435, 2009.

LOCH-NECKEL, G *et al.* Desafios para a ação interdisciplinar na atenção básica: implicações relativas à composição das equipes de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, supl. 1, p. 1463-1472, 2009.

MARQUES, D.; SILVA, E.M. A enfermagem e o Programa Saúde da Família: uma parceria de sucesso? **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 57, n. 5, p. 545-50, 2004.

MATOS, E. **Novas formas de organização do trabalho e aplicação na enfermagem**: possibilidades e limites. 2002. 140f. (Dissertação de Mestrado) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

_____. **A contribuição da prática interdisciplinar na construção de novas formas de organização do trabalho em saúde**. 2006. 355p. Tese (Doutorado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006.

MATOS, E.; PIRES, D. E. A organização do trabalho da enfermagem na perspectiva dos trabalhadores de um hospital escola. **Texto e contexto Enfermagem**. Florianópolis, v.11, n.1, p.187-205, jan/abr. 2002.

_____. Teorias administrativas e organização do trabalho: de Taylor aos dias atuais, influências no setor saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 15, n. 3, p. 508-514, 2006.

_____. Práticas de cuidado na perspectiva interdisciplinar: um caminho promissor. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 18, n. 2, p. 338-346. 2009.

MATOS E.; PIRES D. E. P.; CAMPOS, G. W.S Relações de trabalho em equipes interdisciplinares: contribuições para novas formas de organização do trabalho em saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.63, n.5, p. 775-781, 2010.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca dos valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ,IMS: ABRASCO, 2001. p. 39-64.

MONTICELLI, M. **Aproximações culturais entre trabalhadoras de enfermagem e famílias, no contexto do nascimento hospitalar**: uma etnografia de alojamento conjunto. 2003. 472f. Tese (Doutorado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2003.

MORAIS, G. S. N. et al. Comunicação como instrumento básico no cuidar humanizado em enfermagem ao paciente hospitalizado. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 22, n.3, p. 323-327, 2009.

MARX, K. **O capital**: crítica a economia política. Tradução: Reginaldo Sant'ana. 4. ed. v.1 São Paulo: Difel, 1989.

MOREIRA, T.M.M., et al. Pesquisa convergente-assistencial: êxitos e dificuldades em sua utilização. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 12, n. 2, p. 166-173, abr-jun. 2003.

MOSCOVICI, F. **Renascença organizacional**. 10 ed. Rio de Janeiro: José Olympio, 2003.

MUNIZ, H; VIDAL, M. C.; VIERA, S. Os ingredientes da competência na gestão da assistência em uma enfermagem hospitalar. In: FIGUEIREDO, M. et al (Orgs). **Labirintos do trabalho**: interrogações e olhares sobre o trabalho vivo. Rio de Janeiro: DP&A, 2004. p. 322-344.

OLSCHOWSKY, A.; DUARTE, MLC. Saberes dos enfermeiros em uma unidade de internação psiquiátrica de um hospital universitário. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.15, n. 4, p. 689-691, 2007.

ORO, J.; MATOS, E. Organização do trabalho da enfermagem e assistência integral em saúde. **Enfermagem em Foco**, v. 2, n. 2, p. 137-140, 2011.

PASCHOAL, A.; MANTOVANI, M.; POLAK, Y. A importância da ética no ensino da enfermagem. **Cogitare Enfermagem**, v. 7, n. 2, p. 7-9, 2002.

PINHO, L.B. et al. A integralidade no cuidado em saúde: um resgate de parte da produção científica da área. **Rev. Eletr. Enfermagem**, v. 9, n. 3, p. 835-46, 2007.

PINHO, I. C.; SIQUEIRA, J. C. B. A. ; PINHO ,L. M. O. As percepções do enfermeiro acerca da integralidade da assistência. **Rev. Eletrônica de Enfermagem**, v. 1, p. 42-51, 2006. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_1/original_05.htm>. Acesso em: 05 mai. 2010.

PENNA, L. H.G.; CARINHANHA, J. I.; RODRIGUES, R. F. Consulta coletiva de pré-natal: uma nova proposta para uma assistência integral.

Rev Latino-am Enfermagem, v. 16, n. 1, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n1/pt_23.pdf>. Acesso em: 30 ago. 2011.

PIRES, D. A estrutura objetiva do trabalho em saúde. In: LEOPARDI, M. T. (Org). **Processo de trabalho em saúde: organização e subjetividade**. Florianópolis: Papa-Livros, 1999.

_____. **Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil**. 2. ed. São Paulo: Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social – CUT; Annablume, 2008.

PIRES, D.; GELBCKE, F.; MATOS, E. Organização do trabalho em enfermagem: implicações no fazer e viver dos trabalhadores de nível médio. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 2, n. 2, p.311-325, 2004.

PIRES, D. E. P.; LORENZETTI, J.; GELBCKE, F. L. Enfermagem: condições de trabalho para um fazer responsável. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 62, 2010, Florianópolis. **Anais...** Florianópolis: ABEn-SC, 2010.

REIS, C. B.; ANDRADE, S.M.O. Representações sociais das enfermeiras sobre a integralidade na assistência à saúde da mulher na rede básica. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 13, n. 1, p. 61-70, 2008.

REISDORFER, C. T. **Condicionantes organizacionais relacionadas à atuação do Enfermeiro no trabalho: uma abordagem ergonômica**. 2002. 134 f. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) – Centro de Ciências Tecnológicas, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

SPAGNOL, C.A et al. O método funcional na prática da enfermagem abordado através da dinâmica de grupo: relato de uma experiência. **Revista Escola Enfermagem USP**, v. 35, n. 2, p. 122-9, jun. 2001.

SANTOS, M.C.; BERNARDES, A. Comunicação da equipe de enfermagem e a relação com a gerência nas instituições de saúde. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v. 31, n. 2, p. 359-66, 2010.

SANTOS, S. **A força da gratidão (Púja)**. Belo Horizonte: Nobel, 2006. 157p.

SCHARTZ, I. Trabalho e gestão: níveis, critérios, instâncias. In: FIGUEIREDO, M.; ATHAYDE, M.; BRITO, J.; ALVAREZ, D (Orgs). **Labirintos do trabalho: interrogações e olhares sobre o trabalho vivo**. Rio de Janeiro: DP&A, 2004. p.24-33.

SENA, R.R et al. O cuidado no trabalho em saúde: implicações para a formação de enfermeiros. **Interface** (Botucatu), v. 12, n. 24, p. 23-34, 2008.

SETZ, V. G; D'INNOCENZO, M. Avaliação da qualidade dos registros de enfermagem no prontuário por meio da auditoria. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 22, n.3, p. 313-317, 2009.

SILVA, K. L.; SENA, R.R. A formação do enfermeiro: construindo a integralidade do cuidado. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 59, n. 4, p. 488-491, 2006.

_____. Integralidade do cuidado na saúde: indicações a partir da formação do enfermeiro. **Revista Escola de Enfermagem USP**, v. 42, n. 1, p. 48-56, 2008.

SIQUEIRA, I. L. C. P.; PETROLINO, H. B. S.; CONISHI, R. **Gestão em Saúde**. Rio de Janeiro: Guanabara koogan, 2011. 400p.

SOUZA, E.C. F et al. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais da saúde. **Cad. de Saúde Pública**, v. 24, sup 1, p. 5100-5110, 2008.

SOUZA, M, L. et al. O cuidado em enfermagem: uma aproximação teórica. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 14, n. 2, p. 266-270, 2005.

TIBIRIÇÁ CC. Métodos de distribuição de serviços de enfermagem. **Revista Paulista de Hospitais**, V. XVIII, n.11, p. 8-13, Nov. 1970.

TRENTINI, M.; PAIM, L. **Pesquisa convergente-assistencial**: um desenho que une o fazer e o pensar na prática assistencial em saúde-enfermagem. 2. ed. rev. ampl. Florianópolis: Insular, 2004. 144p.

URBANO GB. **Integralidade na prática assistencial da equipe de enfermagem**: a relação da escuta na interação usuário e profissional no município de Paranaíba-PR. 2009. 51f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. Hospital Universitário. Diretoria de Enfermagem. **Documento básico**: modelo assistencial. 1983. Disponível em: <<http://www.hu.ufsc.br/enfermagem/index.html>>. Acesso em: 15 out. 2011.

WALDOW, Vera R. **Cuidar**: expressão humanizadora da enfermagem. Petrópolis, RJ: Vozes, 2006.190 p.

APÊNDICES

APÊNDICE A: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) a participar, como voluntário(a) da pesquisa: ***O CUIDADO INTEGRAL EM UNIDADE DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR , vinculada ao Curso do Mestrado Profissional em Enfermagem*** – Gestão do Cuidado em Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Catarina, como parte dos requisitos para a obtenção ao título de Mestre. O *objetivo desta pesquisa* está em empreender, juntos aos trabalhadores de enfermagem que atuam na Unidade de Clínica Médica (CM), do Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago (HU), um processo reflexivo acerca da organização do trabalho de enfermagem na unidade, com vistas a experimentação/construção de uma proposta de trabalho coletivo que se aproxime da perspectiva de cuidados integrais. A sua colaboração é muito importante, pois além de contribuir com a minha formação acadêmica terá possibilidade de interferir significativamente na qualidade e na eficácia do cuidado de enfermagem oferecido às pessoas internadas na CM. A assistência de enfermagem tem relação direta com o modelo de cuidado e a organização do trabalho. Assim, espero contribuir para a melhoria da assistência prestada no sistema de saúde pública deste país. A sua participação nesta pesquisa consiste especificamente em participar de 3 a 4 oficinas, que serão realizadas em seu horário de trabalho. Nestas oficinas, das quais poderão participar você e seus colegas, iremos refletir acerca da assistência de enfermagem que prestamos na CM. O número de encontros para discussão poderá ser ampliado, se os participantes do grupo considerarem necessário. As atividades desenvolvidas nas oficinas deverão ser gravadas em meio digital de voz com a sua concordância e dos demais participantes. Asseguro que suas informações e a dos demais participantes não serão identificadas em qualquer fase do estudo. Comprometo-me a manter o anonimato sobre as informações obtidas durante as oficinas e estas serão tratadas de maneira confidencial sendo apenas utilizadas para esta pesquisa. Os resultados da pesquisa poderão ser divulgados nos eventos e publicações científicas da profissão, vislumbrando benefícios tanto ao trabalhador de enfermagem no que diz respeito à atualização de seus conhecimentos, quanto para as pessoas que precisam da assistência de enfermagem. Nestas situações utilizarei um codinome para apresentar suas informações, preservando o sigilo de seu nome. Não estão previstos riscos ou desconfortos durante as oficinas, porém caso houver, você poderá abster-se da dinâmica. A participação nesta pesquisa não

lhe trará custo material e você também não receberá pagamento ou qualquer outra vantagem que não seja sua contribuição para a construção do conhecimento. Sua participação não é obrigatória e, a qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento, não havendo prejuízo em sua relação com a pesquisadora ou com a instituição. Em caso de dúvidas sobre a pesquisa você poderá procurar a **Pesquisadora Principal: Julieta Oro**, no endereço: Julieta@hu.ufsc.br e telefone: (48) 9967-3659/ 3234-5851 (inclusive para ligações a cobrar); e ou com a **Pesquisadora Responsável: Prof. Dra Eliane Matos**, pelo telefone 96161859; e ou com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina (CEP/UFSC), pelo fone: (48) 3721-9206.

Afirmo que na realização da pesquisa cumprirei a resolução 196/96 e suas complementaridades no desenvolvimento desta pesquisa. Após esclarecimento das informações acima citadas, e caso concorde em participar favor assinar as duas vias deste *termo de consentimento livre e esclarecido* ao final deste documento. Uma via ficará contigo e a outra permanecerá com a pesquisadora responsável.

CONSENTIMENTO DE PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO

Eu,,
 identidade e ou CPF nº _____ concordo em participar deste estudo como sujeito de pesquisa. Declaro que li as informações contidas nesse documento, que estou ciente de seus objetivos, métodos e anonimato, bem como o meu direito de desistir a qualquer momento. Declaro ainda que recebi uma cópia desse Termo de Consentimento.

 Julieta Oro (COREN-SC 45003)
 Assinatura da Pesquisadora Principal

 Prof. Dra. Eliane Matos
 Assinatura da Pesquisadora
 Responsável

Assinatura do sujeito participante: _____

Florianópolis, ____/____/_____

APÊNDICE B: FICHA DE IDENTIFICAÇÃO**NOME:** _____**CODINOME:** _____**IDADE:** _____**SEXO:** () feminino () masculino**ESTADO CIVIL:**

() solteiro () casado () união consensual () separado/divorciado

() viúvo

OUTRO(S) LOCAL(IS) QUE TRABALHA ALÉM DA CM:

1. Nome da instituição: _____

Setor de trabalho: _____

2. Nome da instituição: _____

Setor de trabalho: _____

APÊNDICE C: CONSTRUÇÃO DA BONECA

Criando a primeira boneca

Distribuir uma folha de papel A4 para cada um dos participantes; solicitar para cada um dos integrantes do grupo desenhar e recortar uma determinada parte da boneca, conforme orientação da pesquisadora.

Regra desta primeira etapa da atividade: trabalhar isoladamente, sem observar/olhar/falar com os demais participantes durante a dinâmica.

Após terminar de desenhar, silenciosamente recortar o seu desenho e aguardar o comando da pesquisadora. Quando todos estiverem com o desenho recortado, a pesquisadora solicita para cada um colar sua parte do desenho numa cartolina, fazendo a montagem de uma única boneca.

Criando a segunda boneca

Na seqüência, a pesquisadora solicita para que confeccionem outra boneca. Desta vez, com a participação de todos os integrantes do grupo, solicita que construam uma única boneca. A pesquisadora deixa os materiais disponíveis: cartolina, canetinha, lápis, borracha, etc., necessários para que possam criar esta boneca.

Como regra desta etapa da atividade: trabalhar em conjunto, conversando e trocando idéias durante a dinâmica.

Ao término da confecção desta boneca, fixar as duas no mural, colocado uma ao lado do outra, para facilitar a avaliação dos resultados, fazendo comparação e aproximação com os modelos de cuidado (funcional e integral) analisando qual foi à melhor forma de trabalhar. Avaliar também como foram experiências vivenciadas, incluindo os aspectos de comunicação, satisfação pessoal, planejamento e tomada de decisão na realização das duas bonecas, sempre fazendo aproximações com o modelo de cuidado integral e funcional.

**APÊNDICE D: MODELO DO DIÁRIO DE CAMPO UTILIZADO
PARA REGISTRO DESCRITIVO DOS DADOS**

Dinâmica de grupo n ^o : Data: Hora:	Notas Metodológicas (descrição dos cenários, dos participantes, relatos de atividades, transcrição das falas/ diálogos das oficinas notas da pesquisadora)	Notas Teóricas

ANEXOS

ANEXO A: APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA DE PESQUISA COM SERES HUMANOS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

Certificado

http://www.reitoria.ufsc.br/~hpcep/projeto_cep/cer...



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão
Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos

CERTIFICADO nº 1014

O Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão da Universidade Federal de Santa Catarina, instituído pela PORTARIA N.º 3584 GR.99 de 04 de novembro de 1999, com base nas normas para a constituição e funcionamento do CEPSH, considerando o pedido no Regulamento Interno do CEPSH, **CERTIFICA** que os procedimentos que envolvem seres humanos no projeto de pesquisa abaixo especificado estão de acordo com os princípios éticos estabelecidos pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP

APROVADO

PROCESSO: 1014 **FR:** 368425
TÍTULO: HOSPITALAR
AUTOR: Eliane Matos, JULIETA ORO

FLORIANÓPOLIS, 27 de Setembro de 2010.


Coordenador do CEPSH/UFSC

Prof. Washington Pereira de Souza
Coordenador do CEPSH/UFSC

ANEXO B: CONTO: O LAGO DE LEITE

Em um certo lugar do Oriente, um rei resolveu criar um lago diferente para as pessoas do seu povoado.

Ele quis criar um lago de leite!

Então pediu para que cada um de seus súditos levasse apenas um copo de leite; com a cooperação de todos, o lago seria preenchido.

O rei muito entusiasmado esperou até a manhã seguinte para ver o seu lago de leite. Mas, qual não foi a sua surpresa, no outro dia pela manhã, quando viu o lago cheio de água e não de leite.

Consultou o seu conselheiro e ele o informou que as pessoas do povoado tiveram todos o mesmo pensamento:

“No meio de tantos copos de leite, se só o meu for de água, ninguém vai notar”.

Autor Desconhecido

ANEXO C: O BEIJA-FLOR E O INCÊNDIO

Era uma vez uma floresta encantada, onde todos os animais viviam em paz.

Ao amanhecer de um certo dia, todos os animais começaram a correr, fugindo de um grande incêndio.

Eis que, naquele momento, uma cena muito estranha acontecia.

Um beija-flor voava da cachoeira ao fogo, levando gotas d'água em seu pequeno bico, tentando amenizar o grande incêndio.

O elefante, admirado com tamanha coragem, chega e pergunta ao beija-flor:

- Seu beija-flor, o senhor está ficando louco?

Não está vendo que não vai conseguir apagar esse incêndio com gotinhas d'água?

Fuja enquanto é tempo!

E o beija-flor responde:

- Sei que apagar este incêndio não é problema só meu.

Eu apenas estou fazendo a minha parte!

Esta floresta é meu lar, e não se abandona um lar antes de lutar para salvá-lo!

Lembre-se sempre: Você faz a diferença!

Autor Desconhecido

ANEXO D: QUATRO CEGOS E O ELEFANTE

Quatro cegos vinham por uma estrada quando esbarraram num elefante. Cada um começou a tatear uma parte para reconhecê-la e saber o que era um elefante. Um apalpou a pata e concluiu:

- Elefante é um tronco.

Outro pegou a tromba e discordou:

- Elefante é uma mangueira.

O terceiro, que estudou a calda, redarguiu:

- Nada disso. Elefante é uma corda com um espanador na ponta.

E o quarto, que tateava o flanco, zangou-se:

- Como é possível afirmar tais absurdos? Não percebem que elefante é uma Parede?

Autor Desconhecido

ANEXO E

*Bom mesmo é ir a luta com determinação,
abraçar a vida com paixão,
perder com classe e vencer com ousadia,
pois o triunfo pertence a quem se atreve...
A vida é muita para ser insignificante.*

Charles Chaplin