

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

**O TRABALHO DE ENFERMAGEM NA PRODUÇÃO DE CUIDADOS DE
SAÚDE NO MODELO CLÍNICO**

MARIA ALICE DIAS DA SILVA LIMA

Ribeirão Preto

1998

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

**O TRABALHO DE ENFERMAGEM NA PRODUÇÃO DE CUIDADOS DE
SAÚDE NO MODELO CLÍNICO**

Tese apresentada ao Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem das Escolas de Enfermagem de Ribeirão Preto e São Paulo da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Doutor, na linha de pesquisa Enfermagem como Prática Social.

MARIA ALICE DIAS DA SILVA LIMA

Orientadora: Prof^a Dr^a MARIA CECÍLIA PUNTEL DE ALMEIDA
Prof^a Titular do Departamento de Enfermagem Materno Infantil e
Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP

Ribeirão Preto

1998

FICHA CATALOGRÁFICA

Lima, Maria Alice Dias da Silva

O trabalho de enfermagem na produção de cuidados de saúde no modelo clínico. Ribeirão Preto, 1998.

216p.:il., 29,7cm

Tese de Doutorado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Programa Interunidades de Doutorado das Escolas de Enfermagem de Ribeirão Preto e São Paulo da Universidade de São Paulo.

Orientadora: Almeida, Maria Cecília Puntel de.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO

RESUMO

1 INTRODUÇÃO	01
2 A CONSTRUÇÃO DO OBJETO DE INVESTIGAÇÃO E O REFERENCIAL TEÓRICO	15
3 A TRAJETÓRIA METODOLÓGICA DA INVESTIGAÇÃO	67
3.1 Caracterização do estudo	67
3.2 As técnicas para coleta dos dados	70
3.3 A exploração do campo	73
3.4 O local do estudo	77
3.5 A coleta dos dados	83
3.6 A análise dos dados	100
4 O COTIDIANO DO TRABALHO EM SAÚDE NO HOSPITAL	104
4.1 O espaço físico e social da produção de cuidados e a equipe de trabalho	107
4.2 O modelo clínico de cuidado e o projeto terapêutico.....	116
4.2.1 O trabalho coletivo e a centralidade do trabalho médico	116
4.2.2 Interdependência, complementaridade, autonomia, submissão e resistência	129
4.2.3 Concepção sobre o paciente e o atendimento prestado	145
4.2.4 Dificuldades e satisfação dos profissionais no trabalho realizado ...	161

4.3 O trabalho de enfermagem	166
4.3.1 O modelo de organização do cuidado de enfermagem	166
4.3.3 Outros instrumentos de trabalho e atividades de enfermagem	176
4.3.2 O trabalho da enfermeira	179
5 EM BUSCA DE UMA NOVA LÓGICA PARA O TRABALHO EM SAÚDE NO MODELO CLÍNICO	188
6 SUMMARY	199
7 ANEXOS	201
8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	208

APRESENTAÇÃO

Esta pesquisa tem como propósito contribuir para a análise da racionalidade dos saberes e das práticas de saúde, em especial a de enfermagem, no modelo clínico de organização tecnológica do trabalho, enfocando suas implicações nas relações sociais entre os agentes e no atendimento ao indivíduo doente, internado em uma instituição hospitalar. Para uma melhor compreensão acerca do caminho percorrido neste estudo, apresentamos a forma utilizada para a organização de seu conteúdo.

A introdução expressa os questionamentos, originados de nossa preocupação como enfermeira e como docente, que levaram ao estudo do tema. Tomando como ponto de partida a problemática vivenciada, são discutidos alguns estudos sobre o trabalho de enfermagem no hospital, conduzindo à delimitação do objeto de investigação.

O capítulo dois trata da construção do objeto de investigação, discutindo a literatura que aborda as características do trabalho em saúde no hospital e expondo o referencial teórico que fundamenta o entendimento da organização tecnológica e social do processo de trabalho. Os pressupostos que nortearam a investigação são delineados à medida que a discussão teórica é desenvolvida.

O capítulo três aborda as estratégias metodológicas da investigação. Descreve a trajetória percorrida durante a fase do trabalho de campo, as técnicas utilizadas para coleta e análise de dados e o campo empírico da pesquisa. As dificuldades operacionais encontradas e as decisões tomadas para obtenção do material empírico são comentadas com base em experiências descritas por autores que realizaram pesquisas de natureza qualitativa.

O capítulo quatro traz a discussão e interpretação dos dados empíricos sobre a organização tecnológica e social do trabalho em saúde no cotidiano do hospital, tendo como fio condutor o ato operatório da produção de cuidados de saúde no modelo clínico e o projeto terapêutico que conduz a recuperação dos pacientes internados.

O capítulo final traça algumas considerações sobre os limites e as possibilidades do trabalho em saúde no modelo clínico de atenção, ressaltando a necessidade de construção de uma outra lógica para guiar o trabalho dos agentes. Nesse sentido, aponta-se que o modelo de gestão adotado tem importância fundamental, pois poderia levar a equipe à discussão e avaliação do projeto terapêutico adotado, visando à sua ampliação.

Muitas pessoas contribuíram na discussão das idéias iniciais que levaram à realização deste trabalho, outras prestaram apoio e solidariedade em momentos difíceis. A todas, desejo expressar meus agradecimentos:

- à Maria Cecília Puntel de Almeida, por seu interesse e entusiasmo durante a orientação deste estudo, pelo estímulo

constante e pela compreensão de minhas dificuldades e limitações no transcorrer desta trajetória;

- às professoras Semiramis Melani Melo Rocha e Elisabeth Laus Ribas Gomes, pelas importantes contribuições tanto durante a fase de elaboração e discussão do projeto de pesquisa como na realização do exame de qualificação;
- às amigas Silvana Mishima, Eliete Maria Silva, Tereza Cristina Scatena Vila, Regina Garcia de Lima, Maria Luiza Anselmi, Clarice Aparecida Ferraz, pelo estímulo e amizade, extremamente importantes em vários momentos difíceis que surgiram durante o desenvolvimento deste doutorado;
- às amigas Agnes Olschowsky, Christine Wetzel, Célia Alves Rozendo, Luciane Kantorski, Marluce Assis, Neusa Collet, Véra Miron, Violante Braga, Telma Ribeiro Garcia e ao amigo Jacó Schneider, com os quais tive oportunidade de compartilhar não só as dificuldades inerentes à realização de um trabalho acadêmico, como também o sentimento de incapacidade que por vezes insistia em nos abater, mas que conseguimos superar em conjunto nesta longa caminhada;
- ao Departamento de Assistência e Orientação Profissional da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, especialmente às colegas da disciplina Administração da Assistência de Enfermagem ao Adulto, Ana Magalhães, Débora Vieira, Enaura Chaves, Êrica Duarte, Isabel Echer, Mary Leda

Cunha, pela possibilidade de manter-me afastada das atividades docentes durante o período de realização deste doutorado;

- à Clélia Burlamaque, por ter despertado meu interesse pela formação acadêmica;
- à Cristiane Cauduro Lima, pela colaboração durante a fase de coleta de dados empíricos;
- ao pessoal do Núcleo de Informática em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, em especial à Lia Funck, pelo auxílio prestado;
- aos profissionais da unidade de clínica médica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, que forneceram elementos para caracterização e análise da produção de cuidados de saúde;
- aos pacientes, que sempre têm me instigado a repensar o trabalho de enfermagem e a continuar buscando alternativas para melhorar o cuidado;
- à CAPES, pela concessão de bolsa de estudos para a realização do programa de doutoramento, através do Programa Institucional de Capacitação Docente da Universidade Federal do Rio Grande do Sul;
- ao Raul, companheiro de todas as horas, pelo amor, carinho e paciência dedicados durante a realização deste doutorado, sempre incentivando minha vida acadêmica.

RESUMO

O objeto desta pesquisa é a organização tecnológica e social do trabalho em saúde no hospital, privilegiando a compreensão do espaço que a prática de enfermagem ocupa na produção de cuidados. Tem-se como objetivo analisar o processo de trabalho em um hospital universitário, procurando apreender a configuração das práticas, dos saberes, das relações sociais e das tecnologias que são operadas pelos agentes para intervenção sobre o corpo doente. Utilizou-se a abordagem dialética como referencial teórico-metodológico, procedendo-se à coleta dos dados empíricos através de observação direta do processo de trabalho em uma unidade de internação de clínica médica e de entrevistas semi-estruturadas com os profissionais. No processo de análise, classificou-se o material obtido a partir de três núcleos de estruturas de relevância: estrutura de produção de cuidados de saúde, relações sociais, autogoverno dos trabalhadores. Para discussão e interpretação do cotidiano do processo de trabalho utilizou-se, como fio condutor, o ato operatório da produção de cuidados. Constatou-se que a produção de cuidados no hospital desenvolve-se a partir de um trabalho coletivo, orientado para o atendimento do corpo biológico individual, atendendo às necessidades de recuperação funcional. A produção de cuidados estrutura-se através do parcelamento e da

fragmentação das ações dos diferentes agentes, para obter como produto final o diagnóstico e terapêutica. Os agentes do trabalho coletivo se articulam em torno do ato médico, que tem posição central na produção de cuidados. Porém, observou-se que os saberes e práticas se complementam e que existe espaço para que os agentes exerçam sua autonomia. Aponta-se a importância da ampliação do modelo clínico, contemplando a dimensão social e subjetiva do processo saúde/doença, em um projeto terapêutico compartilhado pelos diferentes profissionais da equipe de saúde. Propõe-se a transformação do processo de trabalho associada à construção de novos modelos de gestão das instituições de saúde.

1 INTRODUÇÃO

O objeto desta investigação é a organização tecnológica e social do trabalho em saúde no hospital, na sociedade capitalista brasileira, privilegiando o espaço do trabalho de enfermagem na produção de cuidados de saúde. Como forma de investigar esse objeto, selecionou-se o Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, no transcorrer dos anos de 1996 e 1997, para realização do trabalho de campo.

A preocupação com essa temática foi ocorrendo a partir das reflexões e questionamentos sobre conflitos e indefinições acerca do trabalho de enfermagem no hospital que foram conformando-se juntamente com nossas experiências profissionais. Para delimitar o objeto de investigação, retomamos nossa trajetória como enfermeira e como docente, por acreditar que essas funções e experiências contribuíram em muito para a seleção desse problema de pesquisa. É a prática cotidiana que imprime, nos atores sociais, indagações, dificuldades a serem enfrentadas, desejos e possibilidades de mudança, embora cada um percorra um caminho diferente

e vá construindo sua visão e se posicionando, em situações que também são compartilhadas com muitas outras pessoas.

Durante dez anos atuamos na função de enfermeira no Hospital de Clínicas de Porto Alegre, em diversos setores de assistência ao adulto, nos quais começamos a perceber algumas dificuldades nas relações de trabalho, tanto dentro da equipe de enfermagem como dessa com outras equipes profissionais existentes no hospital. Nesse período, no qual fomos também enfermeira chefe de unidade de internação de clínica médica, identificávamos conflitos e disputas nessas relações de trabalho, envolvendo questões de autonomia e poder de diferentes categorias profissionais. Nos últimos cinco anos e meio desse período de atuação no hospital, exercíamos a docência concomitantemente, sendo essa em tempo parcial até janeiro de 1989, quando passamos a nos dedicar exclusivamente ao ensino.

A disciplina rígida de trabalho e o controle e a supervisão do pessoal auxiliar faziam parte da filosofia da instituição, como forma de garantir a qualidade da assistência. A hierarquização da equipe de enfermagem, com diferentes agentes realizando atividades fragmentadas, sob o mando e a coordenação da enfermeira, contribuía para exacerbar os conflitos existentes nas relações de trabalho dessa equipe, nas quais perpassava a questão do poder.

Por sua vez as enfermeiras comentavam, com freqüência, sua insatisfação com a situação da profissão por diversos motivos, entre os quais a inexistência de muitas gratificações, fossem elas salariais, de

reconhecimento profissional pelos outros trabalhadores, de status da profissão ou de prestígio social. Referiam que, no cotidiano hospitalar, as relações de trabalho eram caracterizadas pela submissão do pessoal de enfermagem ao saber médico e às decisões do corpo administrativo e relatavam a existência de conflitos com outros profissionais, principalmente com o corpo médico, advindos da pouca autonomia que tinham no desempenho do trabalho e na tomada de decisões. Atribuíaam essa situação à indefinição de papéis da enfermeira e à submissão ao médico, pelo poder hegemônico que esse detinha (e detém) na equipe de saúde.

A indefinição do papel da enfermeira foi abordada na produção científica brasileira sobre a prática de enfermagem hospitalar, nas décadas de 60 e 70, em estudos direcionados principalmente para a análise interna do exercício profissional nas instituições, com o propósito de caracterizar funções e atividades dos agentes, através do estudo do desempenho profissional e expectativas de papéis das diferentes categorias profissionais, sem a preocupação de analisar esse trabalho na sua articulação com os outros, ou seja, sem o pressuposto de que, na saúde, o trabalho se organiza de forma coletiva.

Vários estudos foram realizados com o objetivo de classificar as funções exercidas pelas enfermeiras em unidade de internação, através de observação sistematizada, entre os quais FERREIRA-SANTOS & MINZONI (1968), TREVIZAN (1978), BALIELO (1981), BURLAMAQUE (1981). Os estudos dessa natureza tinham como finalidade obter eficiência e

racionalidade dos serviços, através da administração de recursos humanos no hospital, pela delimitação do campo de domínio profissional. Demonstraram que a atividade administrativa, apesar de predominante no trabalho da enfermeira, não era condizente com a posição acadêmica adotada quanto ao trabalho dessa profissional, que tinha um ideal que era o cuidado direto dos pacientes.

O interesse para compreender os problemas até aqui levantados foi um dos motivos que nos levaram a optar pela área de Administração Aplicada à Enfermagem, ao ingressarmos como docente na Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, em agosto de 1983. Nos cursos de graduação em enfermagem, essa disciplina trata de questões que envolvem as atividades da enfermeira em unidade de internação e a situação da enfermagem no contexto da instituição, possibilitando ao aluno ter experiências de atuação com os outros profissionais para o atendimento ao paciente, diferenciando-se de algumas disciplinas do currículo que são desenvolvidas especificamente em torno da assistência de enfermagem na relação dual com o paciente, com base nos conhecimentos das doenças e das respostas à terapêutica.

A fundamentação teórica utilizada na grande maioria das disciplinas de Administração Aplicada à Enfermagem dos cursos de graduação é a da Teoria Geral da Administração, com enfoque funcionalista, normativo e prescritivo, priorizando a busca da ordem, do equilíbrio e do consenso, que não se tem mostrado suficiente para dar resposta à grande parte dos

problemas gerenciais do cotidiano hospitalar. Essas teorias não refletem a complexidade das organizações hospitalares e sua aplicação está direcionada principalmente para aspectos técnicos e normativos do serviço de enfermagem hospitalar.

Por alguns anos, utilizando esse referencial teórico, percebemos que havia poucas possibilidades para avançarmos na compreensão das questões referentes à organização do processo de trabalho na área hospitalar que levasse a um maior entendimento dos problemas decorrentes dos conflitos entre os agentes e das relações entre as profissões e de como cada agente¹, no coletivo trabalho em saúde, coloca em execução seus instrumentos de trabalho e se utiliza de outros saberes.

Alguns estudos realizados na enfermagem, a partir da década de 80, embasam nosso posicionamento. Entre eles citamos ALMEIDA (1984; 1988; 1991), ALMEIDA et al. (1989), RIBAS GOMES (1991), CASTELLANOS et al. (1989), que analisaram a enfermagem como prática social a partir dos pressupostos do materialismo histórico, refletindo de forma crítica as concepções sobre a enfermeira e a enfermagem. Nessa visão, a enfermagem não é uma prática que se autodetermina e que se vai reproduzindo isoladamente. Essa vertente teórica enfoca a enfermagem na

¹ Utilizamos a terminologia agente para designar os diferentes trabalhadores na área da saúde, sejam aqueles com formação escolar de nível superior, como o médico, a enfermeira, a nutricionista, a fisioterapeuta, bem como aqueles com nível de escolaridade média ou elementar, como a técnica de enfermagem, a auxiliar de enfermagem e o atendente. Utilizaremos também como sinônimo de agente, a terminologia trabalhador e profissional. Quando se tratar de um agente em especial, será identificado por sua categoria profissional, ex.: o médico, a enfermeira, a auxiliar, a nutricionista, etc. Quanto ao gênero dos substantivos para designar os agentes, utilizaremos o masculino ou feminino, de acordo com sua designação cultural genérica, por exemplo, as enfermeiras, os médicos, os atendentes, as nutricionistas.

sua articulação com os outros agentes, como parte do processo de trabalho em saúde, que contém as relações sociais concretas nas quais seus agentes se ligam à dinâmica da reprodução social na sociedade capitalista brasileira.

Entretanto, entre as pesquisas existentes com o propósito de analisar o processo de trabalho, a maioria deteve-se na área de saúde pública (ALMEIDA, 1991; LANA, 1992) e na área de saúde mental (MIRON, 1993; SAEKI, 1994; BERTONCELLO, 1997). Poucas delas tiveram como foco o trabalho no hospital e aquelas existentes abordaram o trabalho da enfermeira em centro cirúrgico (CASTELLANOS, 1987) e a assistência à criança (LIMA, 1990, 1996). Essa última é fonte de inspiração para o presente estudo, pois toma como foco de atenção a criança hospitalizada e a produção de práticas e saberes de saúde para sua assistência.

Em nossa trajetória profissional, no período de 1989 a 1991, exercemos o cargo de assistente do Serviço de Enfermagem Cirúrgica no Hospital de Clínicas de Porto Alegre e, de janeiro de 1991 a janeiro de 1993, o cargo de chefe do mesmo serviço². No exercício dessa função e nas atividades desenvolvidas com os alunos, continuou a preocupação com o trabalho da enfermeira e com a articulação e complementaridade dos diversos trabalhos da área da saúde no cenário hospitalar. Em diversas

² A Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul utiliza, entre outros campos, o Hospital de Clínicas de Porto Alegre para atividades de assistência, ensino e pesquisa, sendo que os cargos de coordenadora do grupo de enfermagem, chefe e assistente dos serviços de enfermagem são atribuição das enfermeiras-docentes. Para maiores detalhes sobre a integração docente-assistencial e as relações entre as duas instituições, ver OLSCHOWSKY, A. **Integração**

situações, identificávamos que as enfermeiras tinham limitações no seu cotidiano, atribuídas principalmente à dependência ao trabalho médico e ao lugar social que a enfermeira ocupava (e ocupa) nessa relação. Por sua vez, a enfermeira estabelece uma relação de dominação sobre os auxiliares, pela divisão técnica e social do trabalho, com poderes que a diferenciam dos subordinados, porém ela também está numa posição de submissão ao poder médico, pois o modelo clínico de atenção à saúde tem por finalidade o diagnóstico da doença e a terapêutica, que são de responsabilidade do médico, o que determina uma linha de autoridade desse em relação aos outros profissionais.

Mesmo nessa situação de subalternidade, a enfermeira, ao realizar o seu trabalho, tem um papel coordenador das atividades dos demais trabalhadores da equipe de saúde, envolvidos no cuidado ao paciente. Ela articula, supervisiona e controla ações que são desenvolvidas parceladamente pelos trabalhadores da saúde, tanto referentes ao pessoal de enfermagem como aos procedimentos voltados para o diagnóstico e tratamento. É a enfermeira que interliga o trabalho médico ao trabalho de enfermagem, assim como estabelece a articulação da enfermagem com os demais trabalhos que conformam o processo de trabalho no hospital.

O hospital foi tomado como campo para estudo dos modelos de socialização dos profissionais de saúde, principalmente médicos e enfermeiras, e dos problemas do exercício profissional no confronto dessas

práticas. Em outros países, em especial nos Estados Unidos, assim como no Brasil, essa linha de pesquisa centrou-se inicialmente no modelo de educação médica e, posteriormente, abordou problemas relativos à formação dos outros profissionais da saúde e aspectos diversificados da sua socialização profissional.

Em algumas dessas pesquisas, realizadas nas décadas de 60 e 70, identifica-se a influência da Teoria da Ação Social elaborada por Talcott Parsons. Essas pesquisas, segundo DONNANGELO (1979a, p.87), voltaram-se para *“relações interpessoais nas instituições de saúde, entendidas aí tais relações como relações entre categorias profissionais e tais instituições como conjuntos normatizados de papéis sociais”*.

Os estudos de enfermagem que utilizaram essa perspectiva, como FERREIRA-SANTOS (1968) e OLIVEIRA (1972), concebiam o hospital como um sistema social composto por um conjunto de interações entre ocupantes de diferentes papéis sociais, ocupando posições nas organizações pelo desempenho de específicos papéis profissionais. O elemento nuclear para entender as atividades dos profissionais no hospital era a análise interna das instituições e dos papéis sociais por eles desempenhados.

Outra vertente que pode ser identificada nos estudos de enfermagem de FERREIRA-SANTOS (1968) e de TREVIZAN (1986) é o estudo do comportamento das enfermeiras no desempenho de suas funções, em organizações hospitalares com características burocráticas, analisando a relação entre a estrutura dos hospitais e a teoria da burocracia, com base no

modelo de Weber, a partir do qual a organização burocrática se caracteriza por autoridade hierárquica, obediência a regras formais e sistemáticas, impessoalidade nas relações, divisão do trabalho segundo competências especializadas.

FERREIRA-SANTOS (1968) enfocou limites e perspectivas da enfermeira e o significado dessa profissão no conjunto das relações existentes no hospital. Identificou a submissão da enfermeira no relacionamento com outras profissões com as quais interagia, apontando que essa situação era reforçada no relacionamento com os médicos pelo fato de a medicina ter mais prestígio.

A análise do sistema social por ela realizada evidenciou inconsistências no papel da enfermeira e fatores de desajustamento da profissão no hospital e na sociedade, revelando um processo de transição na definição de papéis; a existência de muitas tendências conservadoras e características de organização tradicionalista exerciam pressões sobre as enfermeiras, da mesma forma que as exigências inovadoras das organizações com orientação racional-burocrática.

A referida autora entendeu que as frustrações das enfermeiras, devido ao desejo de status pessoal e profissional, eram decorrentes da fase de transição em que a profissão se encontrava na burocratização dos hospitais. Considerou que as enfermeiras ainda não haviam conseguido atingir o ideal da profissão, que é o cuidado integral dos pacientes; tomavam como ideal normativo as tarefas de organização.

Entretanto, consideramos que a questão pode ser abordada e interpretada numa outra perspectiva, a partir do referencial teórico do processo de trabalho em saúde. Na organização tecnológica³ do trabalho no hospital e nas relações sociais que ali ocorrem, é possível compreender por que o trabalho de enfermagem tem determinadas características em função da articulação com os outros trabalhos e qual o espaço social que a enfermagem ocupa na produção de cuidados de saúde. Por esse motivo, pretende-se analisar as características da organização tecnológica do processo de trabalho e a estrutura do cuidado que aí se conforma, com base nos saberes e práticas de todos os trabalhos e agentes que assistem o paciente.

Mesmo tendo delimitado o foco do presente estudo no trabalho de enfermagem na sua articulação com os outros trabalhos no hospital e suas relações sociais na sociedade capitalista brasileira, quando a exploração do trabalho de campo foi iniciada, verificou-se a necessidade de ampliá-lo, ou seja, compreender todo o processo de trabalho em saúde em uma unidade de internação de um hospital universitário.

Assim, passou-se a analisar a conformação dos vários trabalhos na produção de cuidados à saúde que são realizados, como o da medicina, da enfermagem, da nutrição, da fisioterapia e dos serviços de apoio. Não só

³ O termo tecnológico não se refere aos instrumentos materiais desenvolvidos para oferecer maior produtividade ao trabalho e não tem o mesmo significado da expressão “desenvolvimento tecnológico”. O conceito de organização tecnológica do trabalho em saúde, desenvolvido por GONÇALVES (1994), considera a tecnologia como um conjunto de saberes e instrumentos, expressando, nos processos de produção de serviço, a rede de relações sociais, internas e externas, em que seus agentes articulam sua prática a uma totalidade social. O autor compreende o estudo da

analisar a organização tecnológica e social entre os vários trabalhos, mas também os momentos dos mesmos, ou seja, os saberes e outros instrumentos dos diversos profissionais para tratar/cuidar do doente, a maneira como realizam essas atividades, como prestam assistência aos doentes e como se dão as relações sociais entre os trabalhadores e a quais necessidades sociais o modelo clínico vem atendendo neste momento histórico.

O que a literatura discute, apontando que o trabalho na saúde, principalmente após o século XIX, passa a ser um trabalho coletivo (GONÇALVES, 1979; 1992; 1994), mostrou-se concretamente na exploração do trabalho de campo, conduzindo para a necessidade de ampliar os ângulos de análise para alcançar todo o processo de trabalho em saúde no hospital. Os trabalhos dos diferentes agentes não foram estudados de forma particularizada, mas nos momentos em que esses agentes se articulam na totalidade da produção de cuidados. Embora exista um parcelamento do trabalho em atividades fragmentadas, ocorre uma interdependência, de modo que cada um complementa o trabalho do outro. Essa interdependência diz respeito tanto às diversas categorias profissionais quanto a uma mesma categoria, percebendo-se que, no seu trabalho, o médico necessita de outras especialidades da medicina, assim como do trabalho da enfermagem, da nutrição, da fisioterapia, da farmácia, dos serviços de apoio. Devido a isso, um trabalho não se realiza sem o outro e todos os profissionais atuam

tecnologia de uma forma ampliada, que não envolve somente os objetos materiais com função eminentemente técnica e de aumento de eficácia nos processos de trabalho.

de forma complementar, mas nem sempre harmoniosa, com saberes específicos constituindo um trabalho coletivo para a produção de cuidados ao doente no hospital. Ocorre também que todos os agentes não têm o conhecimento das ações realizadas individualmente. Na nossa concepção, esses trabalhos têm uma autonomia relativa, mas seus espaços, que não são predeterminados só pelo conhecimento técnico-científico, são ampliados ou reduzidos em decorrência de como os saberes, outros instrumentos e as práticas são explicitados enquanto poderes.

Várias transformações têm ocorrido no processo de trabalho em saúde e, contemporaneamente, ocorre a incorporação de novos profissionais e uma crescente utilização de procedimentos e tecnologias de alta densidade, como a tomografia computadorizada, a ressonância magnética, as cirurgias videolaparoscópicas, que trouxeram novas possibilidades para a realização do diagnóstico das doenças e para uma terapêutica por vezes mais eficaz e com menor tempo de internação hospitalar. Como os meios de trabalho são centrais nas práticas de saúde, quando esses se modificam, levam a transformações no processo de trabalho no hospital. A introdução de novos agentes em cena, operando com outros saberes, aumentou os conflitos já existentes, pois esses saberes e práticas passaram a se sobrepor, em disputa por um espaço social de autonomia.

De acordo com DONNANGELO (1979b), o caráter histórico das práticas de saúde e de seus objetivos pode ser apreendido nas

transformações dos meios de trabalho. As ações dos agentes não se revestem apenas de caráter técnico enquanto manipulação de instrumentos técnicos e científicos para produzir transformações sobre o corpo doente. Mesmo enquanto práticas técnicas, respondem a exigências econômicas, políticas e ideológicas, articulando-se às demais práticas da sociedade. Essas exigências interferem nos meios de trabalho que são operados, no dimensionamento do objeto ao qual se aplica, assim como na forma e destinação de seus produtos.

Assim, o consumo de sofisticados recursos de diagnóstico e terapêutica atende também a outras necessidades, além dos avanços científicos e tecnológicos. Esses meios de trabalho, resultantes de processos de produção industrial complexos e de alto custo, representam uma vinculação das práticas de saúde com os objetivos da produção econômica. A incorporação de novos meios de trabalho acarreta novas configurações internas do processo de trabalho, mas ao mesmo tempo diz respeito à forma de articulação entre as práticas de saúde e a produção em geral, através do consumo dos produtos da indústria farmacêutica e de equipamentos hospitalares.

A relevância da presente investigação é contribuir para a compreensão da historicidade dessas transformações no processo de trabalho e as finalidades sociais a que estão atendendo, na sociedade brasileira, a partir da observação do cotidiano dos agentes em uma prática hospitalar concreta, analisando as características da organização

tecnológica e social que se conforma no modelo clínico de atenção em saúde.

2 A CONSTRUÇÃO DO OBJETO DE INVESTIGAÇÃO E O REFERENCIAL TEÓRICO

O hospital contemporâneo, no fim do século XX, apresenta-se como uma instituição social nuclear no sistema de saúde para produção de cuidados individuais, voltados para a recuperação da saúde, adquirindo essa característica por ser um local onde se realizam atividades de diversos profissionais com seus saberes e práticas para o diagnóstico e a terapêutica das doenças e o cuidado dos pacientes, além de ser um dos instrumentos para o desenvolvimento do ensino e da pesquisa na área clínica de saúde, no caso de hospitais de ensino.

Para CARAPINHEIRO (1993), o hospital constitui-se como campo fundamental da produção do saber médico e da prática da medicina moderna. Não resta dúvida que a medicina utilizou o hospital como instrumento de sua prática e de produção de conhecimento, porém acrescentamos que esse foi também e é o local de produção de vários outros saberes e práticas, como o da enfermagem e de outros profissionais que vão sendo incorporados nos diferentes momentos históricos da assistência hospitalar.

As últimas décadas foram marcadas por importantes transformações políticas e econômicas no cenário brasileiro, acarretando alterações do perfil demográfico e epidemiológico da população. Os principais indicadores da transição demográfica são a redução da mortalidade e da natalidade e um processo de envelhecimento da população, levando a novos problemas de saúde, aos quais os hospitais têm precisado responder.

No período entre 1960 e 1980, houve intensa migração interna, com intensificação do processo de urbanização e concentração da população urbana. Nesse período, houve redução da mortalidade e da natalidade, com acréscimos significativos na esperança de vida ao nascer, que passou de 52,7 anos, em 1970, para 65,6 anos, em 1990, evidenciando um processo de envelhecimento, embora 41,0% da população brasileira seja ainda constituída por crianças e adolescentes, entre 0 e 17 anos de idade (IBGE, 1991).

Conforme TAVARES & MONTEIRO (1994), associados aos ganhos na esperança de vida, entre 1977 e 1988, foram registradas mudanças na mortalidade proporcional por idade, tais como a diminuição da proporção de óbitos infantis e de crianças menores de 10 anos e o aumento da proporção de óbitos após os 50 anos, refletindo melhores condições de saúde da população brasileira, além da redução da fecundidade.

A análise das taxas de fecundidade, no Brasil e nas grandes regiões relativas aos anos de 1980 e 1991, permite visualizar queda de

37,2%. Se, em 1980, o número médio de filhos para mulheres de 15 a 49 anos era de 4.3, em 1991, decresce para 2.7, respeitando as diferenças regionais, pois, nas regiões norte e nordeste essa média ainda é de 4 filhos por mulher (IBGE, 1991).

Com o aumento da idade da população, houve o crescimento das doenças crônico-degenerativas, porém as enfermidades infecciosas e parasitárias, determinadas por condições de vida deficientes, continuam com prevalência elevada, como, por exemplo, o recrudescimento da tuberculose, cólera, febre amarela, dengue, entre outras. Essa situação de saúde agrava-se devido à má distribuição de renda, deficiências no saneamento e pelo processo desordenado de urbanização, gerando um quadro sério de violência, principalmente nas grandes cidades.

O quadro dos indicadores de saúde situa o Brasil nos últimos estágios de transição epidemiológica e demográfica⁴. As doenças crônico-degenerativas (entre elas as cardiovasculares e os diversos tipos de câncer) e as causas externas (violência urbana, acidentes de trânsito freqüentes, traumas causados por armas de fogo, uso de drogas) são as responsáveis

⁴ O conceito de transição epidemiológica, segundo FRENK et al. (1991), diz respeito às mudanças a longo prazo nos padrões de morte, enfermidade e invalidez que caracterizam uma população específica, geralmente associadas a transformações demográficas, sociais e econômicas. É um conceito centrado na evolução do perfil predominante de mortalidade e morbidade. Nos países latino-americanos, configuram-se características nesse perfil, no qual persistem doenças infecciosas e parasitárias ao lado do aumento de doenças crônico-degenerativas, caracterizando-se um novo modelo de transição, denominado "Modelo Polarizado Prolongado". Com respeito à transição epidemiológica, ver FRENK, J. et al. La transición epidemiológica en América Latina. **Bol. Of. Sanit. Panam.**, v.111, n.6, p.485-496, 1991; LAURENTI, R. Transição demográfica e transição epidemiológica. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE EPIDEMIOLOGIA, 1., Campinas, 1990. **Anais.** Campinas, 1990, p.143-165.

pela maior parte dos óbitos e dos gastos relacionados com doenças no caso da população adulta (BANCO MUNDIAL, 1991).

Atualmente, as doenças cardiovasculares, o câncer e as causas externas são responsáveis por 45% das internações hospitalares e 55% dos custos de hospitalização. Segundo projeção do BANCO MUNDIAL (1991), nos próximos 30 anos, duplicará o número de pessoas idosas, com 12% da população em torno de 65 anos ou mais; as doenças cardiovasculares, o câncer e as causas externas representarão mais de 74% das causas de mortalidade. O prognóstico para as próximas décadas é que a procura dos serviços de saúde aumentará, devido ao envelhecimento da população e à incapacitação causada pelas doenças crônico-degenerativas, características dessa faixa etária.

Tem havido uma elevação progressiva dos custos da assistência hospitalar, devido à utilização de uma multiplicidade de instrumentos de diagnóstico e terapêutica, como ultrassonografias, tomografias e outros, aumentando o número de exames e o tempo para diagnóstico. A tecnologia tem possibilitado maior sobrevida, com a incorporação de técnicas de intervenção altamente especializadas, como cirurgias cardíacas e transplantes de órgãos, quimioterapia, radioterapia. No Brasil, são gastos em hospitais cerca de 70% dos recursos totais em saúde, segundo dados do BANCO MUNDIAL (1991).

Essas transformações no perfil de morbi-mortalidade estão levando e levarão a grandes transformações na estrutura hospitalar, como diminuição

de número de leitos, tratamentos domiciliares e muitas outras, o que vem ocorrendo nos países desenvolvidos, mas que não são objeto específico deste trabalho.

O hospital consiste em um dos instrumentos que contêm as condições materiais para realização do trabalho de recuperação da saúde, elemento importante na organização das práticas de saúde desenvolvidas no capitalismo, pois nele estão expressas as funções sociais dessa prática e a posição que seus agentes ocupam na estrutura social (GONÇALVES, 1979). Nessa perspectiva, o hospital não se caracteriza por uma função eminentemente técnica, pois sofre transformações, que respondem a diferentes finalidades sociais conformadas em cada momento histórico. Existem pressões externas, tais como necessidades econômicas e sociais, que atendem a projetos políticos e sociais e que determinam a incorporação de novos meios de trabalho, tanto saberes como tecnologia, algumas vezes questionáveis, contribuindo para as transformações que nele se processam.

Os hospitais tornaram-se um instrumento para diagnóstico e cura a partir do final do século XVIII e início do século XIX. Até então, a doença ocupava o espaço doméstico; a prática médica consistia numa relação entre o doente e o médico, único agente desse trabalho e proprietário de todo o instrumental necessário para realizar o diagnóstico e a terapêutica. Na formação do médico não estava incluída a experiência hospitalar e o hospital não estava organizado para tal.

O hospital era um instrumento tanto de assistência material e espiritual quanto de exclusão. Tinha uma dimensão filantrópica e caritativa e era um local no qual se exerciam atividades de assistência alimentar e salvação da alma. Fazia-se exclusão dos pobres, atendendo à necessidade de proteção da população contra os perigos que esses representavam, por serem portadores e propagadores de doenças. Os agentes que se encontravam nos hospitais eram principalmente os religiosos e raramente alguns leigos, que prestavam assistência para garantir tanto sua própria salvação eterna como do pobre no momento da morte. Por volta de 1760, iniciou-se a reorganização e reforma dos hospitais⁵, devido às necessidades sociais colocadas pela sociedade industrial. Esse espaço foi transformado, visando a eliminar os efeitos nocivos acarretados pelas doenças que acometiam os internados e que podiam se espalhar pelas cidades, como também por ser foco de desordem econômica e social. Essa reorganização teve como ponto de partida os hospitais marítimos e militares, no século XVII, por serem locais de intenso tráfico de mercadorias, objetos raros e especiarias, mas também para evitar a perda dos soldados, cujo treinamento se tornara oneroso (FOUCAULT, 1978).

Com a emergência do capitalismo nas sociedades ocidentais, no século XIX, os corpos humanos adquiriram novo significado social como

⁵ Os primeiros olhares sobre o hospital com finalidade terapêutica foram os relatórios das visitas aos hospitais europeus realizadas para observação e comparação de suas condições, visando a sua reforma e reconstrução. Destacam-se as viagens do inglês Howard e do francês Tenon, que registraram número de leitos e de doentes, taxa de mortalidade e de cura. Para maiores detalhes, ver FOUCAULT, M. Incorporación del hospital en la tecnología moderna. **Educ Med Salud**, v.12, n.1, p.20-35, 1978.

sede da força de trabalho, determinando novas formas de organização das práticas de saúde, nas quais o médico passa a ser o trabalhador central. A prática de enfermagem e a prática médica, que eram independentes, passaram a atuar no mesmo espaço, no momento em que ocorreram as transformações sociais que levaram à gênese do modelo clínico e da enfermagem moderna.

Dois grandes modelos de organização tecnológica das práticas de saúde passaram a se constituir historicamente no capitalismo, segundo GONÇALVES (1992): o modelo que organiza intervenções com base no saber epidemiológico para controlar a ocorrência da doença, considerando-a como fenômeno coletivo e evitando-a em escala social; o modelo clínico, cuja finalidade é recuperar a força de trabalho incapacitada pela doença, considerada como alteração morfofisiológica do corpo humano em sua dimensão individual, fundamentando-se nos conhecimentos da anatomia, fisiologia, patologia e farmacologia. Esses dois modelos de organização são dimensões abstratas do trabalho em saúde, que não são excludentes, mas complementares, embora se encontrem muitas vezes operando de forma dissociada.

O modelo clínico tornou-se dominante, articulando-se às necessidades sociais de saúde das sociedades capitalistas, que tiveram por base alguns princípios político-ideológicos, entre os quais o da igualdade, que ampliou os direitos sociais das classes subalternas quanto ao consumo, incluindo o direito a consumir serviços de saúde. Como o princípio da

igualdade é individualizante, sendo todos iguais perante a lei, a prática clínica, ao recortar a doença no espaço do corpo individual, também é individualizante. Assim, a doença, ao ser considerada a mesma em todos os indivíduos, deixa de valorizar as dimensões sociais de cada corpo individual concreto (GONÇALVES, 1992).

Para a construção do conhecimento sobre as doenças, espaços adequados à relação entre o médico e o corpo do doente tornaram-se necessários, constituindo-se o hospital moderno como o local fundamental onde o trabalho médico se desenvolveu historicamente. A transformação que ocorreu no hospital acompanhou o nascimento da clínica e o surgimento da racionalidade médica moderna, com a caracterização de novas articulações entre os agentes das práticas de saúde.

O surgimento do modelo clínico ocorreu no início do século XIX, mas o desenvolvimento do processo de trabalho com essa concepção individualizante e biológica tornou-se mais acentuado no século XX, pois os instrumentos para realizar o diagnóstico e operar transformações no corpo humano, tais como as técnicas cirúrgicas e anestésicas e a terapêutica farmacológica, foram sendo descobertos e aperfeiçoados posteriormente (GONÇALVES, 1992).

A disciplina foi um elemento fundamental utilizado pela medicina para reorganizar e medicalizar os hospitais, sendo o saber médico uma forma de poder e de hierarquização dos agentes. O saber médico passou a se estruturar em torno da intervenção sobre o doente e o hospital se constituiu

não só em instrumento de cura, mas também de acúmulo e formação de saber. A clínica tornou-se uma dimensão essencial do hospital, enquanto local em que esse saber se organizou e transmitiu (FOUCAULT, 1978).

O trabalho de Florence Nightingale, a quem é atribuída a gênese da enfermagem moderna, respondeu a um projeto político-social, nas transformações que ocorreram com o advento do capitalismo na segunda metade do século XIX, na Inglaterra. A enfermagem se institucionalizou, frente à necessidade de organizar os hospitais como instrumento de cura e cuidado do corpo, desenvolvendo atividades de organização do espaço do doente. Portanto, a gênese da enfermagem moderna ocorreu no mesmo movimento social de transformação do hospital e do nascimento da clínica, acompanhando as transformações na organização do conhecimento e da prática médica. Instituiu-se o treinamento do pessoal de enfermagem, visando à normatização e regulamentação tanto do hospital como do pessoal, de modo a executar as ordens médicas com a finalidade de recuperar os corpos. As técnicas disciplinares podem ser identificadas no treinamento dos agentes de enfermagem, introduzido por Nightingale com a finalidade de delimitação do espaço social de cada trabalhador na hierarquia do micropoder hospitalar. Dessa forma, legitima-se o poder através da hierarquia hospitalar, especialmente entre o médico e a enfermagem, colocando as tarefas dessa sempre sob a direção médica (ALMEIDA, 1984).

DONNANGELO (1979b) analisou a articulação entre medicina e estrutura social em sociedades capitalistas e a participação da prática

médica na reprodução das estruturas econômicas e político-ideológicas dessas sociedades, que se dá pela manutenção da força de trabalho e controle de tensões e antagonismos sociais. Segundo a autora, o saber clínico encontra-se no centro da constituição da prática médica moderna, sendo um instrumento do trabalho para conhecer o indivíduo doente. A origem da clínica assenta-se principalmente numa reorganização geral do campo de visão do médico, com uma reorientação espacial e temporal do ato médico, que se abre para o espaço social e assume a tarefa de suprimir a doença como parte de um projeto político de reestruturação da sociedade. Assim, a clínica emerge como instrumento de trabalho médico num movimento de reorganização social, no qual se modifica a articulação entre a medicina e a sociedade, à época da Revolução Francesa.

Os estudos de FOUCAULT (1994) sobre o nascimento da clínica como campo de saber, permitem compreender a reestruturação que se processou nos últimos anos do século XVIII. A clínica, inicialmente, estruturou-se para atender à necessidade de ensinar através da prática, mostrando como se formava o círculo das doenças e reunindo exemplos de casos apropriados para o ensino médico, em um espaço coletivo. À época da Revolução Francesa, a prática médica passou a responder às exigências da tecnologia médica, mas essas ao mesmo tempo convergiam para as exigências da ideologia política e o espaço social que se desejava construir. Assim, a medicina passou a desempenhar um papel importante, ligando-se ao Estado para aconselhar cidadãos e legisladores, visando à saúde e à

felicidade na vida dos homens, pela supressão de todos os obstáculos para a reestruturação da sociedade.

De acordo com o autor, a medicina moderna fundamenta-se em uma transformação do saber e reestruturação da clínica, que começou a se deter no sofrimento e na dor dos homens. A doença, coincidindo com o corpo do homem doente, torna-se uma forma de entendimento da clínica, a partir dos conhecimentos anatomopatológicos que possibilitaram visualizar lesões no organismo. A morte e a doença se tornaram visíveis no corpo humano com o desenvolvimento da observação médica. O conhecimento singular do indivíduo doente estruturou-se na medicina, considerando a experiência clínica no próprio leito do doente, como forma de conhecimento. O hospital tornou-se lugar de aprendizagem e de experimentação de novos saberes médicos e novos métodos clínicos.

Salientamos que esses saberes, entretanto, não ficaram exclusivamente nas mãos dos médicos, pois posteriormente a divisão do trabalho em múltiplas especializações levou ao surgimento de novos profissionais na área da saúde, que também passaram a fundamentar sua atuação em parcelas desse saber anatomopatológico. Atualmente, o hospital é um dos importantes instrumentos para o ensino e a pesquisa em outras áreas do conhecimento, além da medicina.

O saber clínico apóia-se na análise do funcionamento e estrutura do organismo, procurando o que causa distúrbio ou desvio para restabelecer o funcionamento normal. Estabelece, assim, uma bipolaridade entre os

conceitos de normal e patológico, instituindo normas para a vida do homem. Essa normalização se faz presente na constituição das ciências do homem, campo do conhecimento que se vai configurar por uma medicalização, segundo o princípio do normal e do patológico (FOUCAULT, 1994).

Atualmente, o processo de trabalho no hospital tem como finalidade a transformação do corpo anatomobiológico, pela restauração do corpo fundamentada no saber da anatomia, fisiologia, biologia, patologia e farmacologia. Esses saberes, constitutivos do saber clínico, operam transformações no corpo doente, confrontando-se o normal e o patológico, visando o restabelecimento do normal, através do diagnóstico e terapêutica das doenças.

No modelo clínico de organização tecnológica, apesar de existir a finalidade de tratamento e recuperação do corpo humano numa dimensão individual, não há espaço para a totalidade desse ser como sujeito concreto e para a manifestação individual da doença e do tratamento em cada sujeito. Segundo a lógica que conduz a produção de cuidados, os profissionais de saúde tratam o indivíduo fazendo uma abstração da doença, como se ela tivesse exatamente as mesmas características e o mesmo tipo de evolução em todos os doentes. Sendo a doença considerada de maneira abstrata, o doente também o é. Como consequência, aspectos que dizem respeito às questões sociais e à psique do indivíduo não são reconhecidos como necessidades que precisam ser atendidas. Assim, o homem é visto apenas como um órgão doente que precisa ser tratado; o

doente, enquanto indivíduo concreto que tem um sofrimento, não se torna objeto de intervenção. O sofrimento físico que é causado pela doença não é valorizado como expressão de um ser na sua singularidade, que tem outras necessidades além de corrigir o distúrbio ou a disfunção daquele órgão que está doente.

De acordo com MENDES (1984), as características básicas do modelo clínico foram desenvolvidas em países europeus, mas sua conformação ocorreu de maneira definitiva nos Estados Unidos, difundindo-se para o mundo todo a partir das recomendações do Relatório Flexner, publicado pela Fundação Carnegie, em 1910. Esse relatório foi resultado de estudos realizados no campo da educação profissional nas áreas de direito, teologia e medicina e as propostas dele decorrentes levaram a várias mudanças, tanto no ensino como na prática da medicina.

MENDES (1984), fazendo uma crítica ao atual modelo clínico ou paradigma da medicina flexneriana, aponta os seguintes elementos estruturais:

- mecanicismo: devido à analogia do corpo humano com a máquina, o corpo passa a ser dividido em partes;
- biologismo: ao pressupor o reconhecimento da natureza exclusivamente biológica das doenças, de suas causas e conseqüências, exclui os fatores econômicos e sociais que as determinam;

- individualismo: elege o indivíduo como objeto de atenção, excluindo os aspectos sociais da doença;
- especialização: decorrente do mecanicismo, que aprofunda o conhecimento específico, mas também da fragmentação do processo de produção, pela divisão técnica do trabalho;
- exclusão das práticas alternativas: reconhece a hegemonia da medicina científica e exclui aquelas que não têm esse estatuto e que são consideradas ineficazes;
- tecnificação do ato médico: desenvolvimento da tecnologia médica, com equipamentos caros e sofisticados que passam a ser produzidos e vendidos pela indústria;
- ênfase na medicina curativa: enfatiza a prática curativa individual, na qual o diagnóstico e a terapêutica incorporam tecnologia e prestigiam o processo fisiopatológico em detrimento da causa, mesmo nos níveis de promoção e proteção da saúde;
- concentração de recursos: ao desenvolver uma prática médica essencialmente dependente de alta densidade tecnológica, torna-se urbanizada e institucionalizada, concentrando recursos em serviços de saúde, com os hospitais como instituição central.

No Brasil, nas décadas de 40 e 50, o sistema hospitalar teve grande desenvolvimento, o que continuou ocorrendo até a década de 70, com a construção de grandes hospitais públicos e de hospitais de clínicas vinculados às universidades. O modelo hospitalocêntrico de produção de

serviços de saúde no Brasil teve início em 1950, com a construção de grandes hospitais, que se tornaram a estrutura central do sistema de saúde.

Em 1940 foi criado o primeiro hospital universitário do país, o Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, servindo como campo de prática para estudantes de medicina e também de enfermagem. Esse e os outros hospitais de clínicas que foram posteriormente criados trouxeram novas exigências para o trabalho de enfermagem, pela utilização de tecnologia moderna para tratamento do doente internado, requerendo grande envolvimento da enfermeira em atividades administrativas, de gerenciamento das unidades e de treinamento e supervisão do pessoal auxiliar (BRASIL, 1985).

A assistência médica individual começou a ter predominância na política de saúde no Brasil, com o crescimento dos institutos de previdência social, que tiveram início a partir das reivindicações trabalhistas pela conquista de direitos sociais, a partir da década de 20 e na Revolução de 30. O processo de industrialização e urbanização ocorrido nessa época levou a transformações políticas, econômicas e sociais, na sociedade brasileira. A criação de uma política trabalhista, aí incluído o desenvolvimento da Previdência Social, foi um mecanismo utilizado pelo Estado para suavizar tensões sociais e controlar as condições referentes ao trabalho e ao trabalhador (DONNANGELO, 1975).

Inicialmente, o seguro social era organizado por empresas e categorias de assalariados, com vínculo direto entre empregador e

empregado, passando a constituir-se em uma estrutura de sistema previdenciário com controle do Estado. A princípio, a assistência médica tinha um caráter secundário na instituição previdenciária, sem que houvesse projeto de organizar uma rede estatal de serviços hospitalares. Porém, houve a ampliação dessa assistência devido à pressão dos segurados por consumo de atos individuais de atenção à saúde, passando essa a ser assegurada aos beneficiários da Previdência (DONNANGELO, 1975).

Na década de 50, a participação da Previdência Social na assistência médico-hospitalar acentua-se, expandindo-se programas de assistência à saúde que conduzem à prática institucionalizada de atenção individual e curativa. O Estado passou a ser o principal produtor de serviços médico-hospitalares, através da compra e financiamento de serviços de caráter privado, com grande expansão da rede hospitalar. Em 1967, existiam 2.800 hospitais no país, dos quais 2.300 eram contratados pelo Instituto Nacional de Previdência Social (DONNANGELO, 1975).

Na década de 70, houve expansão dos hospitais universitários, com modelo de atenção médica baseado no existente em países industrializados, principalmente os Estados Unidos. Esse modelo consolida a assistência hospitalar sofisticada e especializada, com altos custos do ato médico (LUZ, 1979).

A compreensão da organização das práticas de saúde no hospital, nesta investigação, está fundamentada no referencial teórico sobre o trabalho em saúde elaborado por GONÇALVES (1979, 1992, 1994).

Baseando-se na abordagem marxista sobre o trabalho humano, o referido autor desenvolveu estudo das práticas de saúde, caracterizando-as como um trabalho coletivo, realizado por diversos agentes, com atividades interdependentes e complementares. Por práticas de saúde entende-se, conforme expresso por GONÇALVES (1994), o conjunto das práticas profissionalizadas e semiprofissionalizadas que atuam na promoção da saúde, na prevenção, tratamento e reabilitação da doença, considerando suas ações como processos de intervenção técnica e social da realidade. São práticas históricas e sociais, portanto com uma autonomia relativa, por atenderem a finalidades que são colocadas socialmente. Estão articuladas a outras práticas da sociedade e são fruto das relações entre os diferentes atores sociais na intervenção sobre o processo saúde/doença, em determinados contextos sociais.

Utiliza-se, também, a concepção de MERHY (1996, 1997), que toma por base a corrente marxista para compreensão do trabalho humano e se vale de algumas contribuições de Gonçalves sobre o trabalho em saúde; entretanto, incorpora outros referenciais teóricos, como os construídos por Gregório Baremlitt, Giles Deleuze e Felix Guattari, Fernando Flores, Peter Drucker, para discutir a temática do fazer cotidiano e o espaço de autonomia do trabalhador. MERHY (1996, 1997) julga que, na produção marxista, não há elementos suficientes para tratar de aspectos referentes ao sujeito em ação no processo de trabalho. Por esse motivo, introduz referenciais teóricos para abordar a micropolítica do trabalho vivo em ato na

saúde, valorizando os trabalhadores como sujeitos em ação, capazes de realizarem transformações pelo exercício de sua autonomia⁶. Voltaremos a discutir essa contribuição teórica sistematizada por Merhy e incorporada ao nosso referencial, quando do delineamento do terceiro pressuposto deste estudo.

De acordo com MARX (1980, p.202), o processo de trabalho é uma atividade existente em todas as formas de organização social. Ao descrevê-lo de forma simples e abstrata, considera que: “*Os elementos componentes do processo de trabalho são: a atividade adequada a um fim, isto é, o próprio trabalho; a matéria a que se aplica o trabalho, o objeto de trabalho; os meios de trabalho, o instrumental de trabalho*”.

Nessa descrição, o processo de trabalho está sendo considerado de forma simples e abstrata, independente das condições históricas concretas em que esse se desenvolve em cada estrutura social. MARX (1980) salienta que o trabalho assume características que são determinadas historicamente, em diferentes formas de organização social. Portanto, as relações sociais que os homens mantêm no trabalho são determinadas pelas relações de produção, de modo que, no capitalismo, o processo de trabalho apresenta fenômenos característicos: “*O trabalhador trabalha sob o*

⁶ Para abordar a micropolítica do trabalho vivo em ato na saúde, MERHY (1996, 1997) baseou-se, entre outras, nas seguintes obras: BAREMBLITT, G. **Compêndio de análise institucional**. 2.ed. Rio de Janeiro, Rosa dos Tempos, 1994; DRUCKER, P. **Sociedade pós-capitalista**. 5.ed. São Paulo, Pioneira, 1993; FLORES, F. **Inventando la empresa del siglo XXI**. Chile, Hachete, 1989; GUATTARI, F. **A revolução molecular**. São Paulo, Brasiliense, 1981; GUATTARI, F. **Caosmose**. Rio de Janeiro, Coleção Trans, 1992; DELEUZE, G. **Conversações**. Rio de Janeiro, Editora 34, 1992; GUATTARI, F.& DELEUZE, G. **El antiedipo- capitalismo y esquizofrenia**. Buenos Aires, Ediciones Corregidor, 1974; MATUS, C. **Política, planificação e governo**. Brasília, IPEA, 1995.

controle do capital, a quem pertence seu trabalho. (...) Além disso, o produto é propriedade do capitalista, não do produtor imediato, o trabalhador” (MARX, 1980, p.209).

Há um carecimento social que direciona e que imprime finalidade ao processo de trabalho, através do qual os homens produzem e se reproduzem como seres sociais e dinâmicos. A separação dos momentos do processo de trabalho só pode ser feita no plano abstrato, porque são interdependentes (GONÇALVES, 1979, 1992).

O trabalho não é somente uma atividade, é uma práxis, é substância produtora das relações sociais. Conforme MERHY (1997, p. 81), a concepção marxista considera o trabalho

"antes de tudo, como uma práxis que expõe a relação homem / mundo em um processo de mútua produção. E, assim, o trabalho 'produz' o homem, mesmo que este seja a fonte daquele e que, em potência, de modo virtual, seja o lugar da criação e o momento de existência e expressão do trabalho vivo, em atividade”.

O objeto de trabalho constitui-se como tal, ao ser concebido intelectualmente como um produto, tendo qualidades e potencialidades para transformar-se, ou seja, antes de ser construído esse objeto, o homem elabora mentalmente um projeto. A transformação do objeto de trabalho em produto processa-se através de energia que é dispendida, com a intenção de efetuar essa transformação, para satisfazer a um carecimento. Considerando o corpo humano doente como objeto do processo de trabalho no hospital, identifica-se a coexistência, no mesmo espaço desse corpo, de

um objeto de trabalho e de uma necessidade. O trabalho em saúde tem como característica peculiar que o consumo ocorre imediatamente no momento da produção das ações (GONÇALVES, 1979).

No processo de trabalho em saúde, estabelecem-se relações entre objeto, instrumentos e produto, face a necessidades colocadas e que direcionam a finalidade do mesmo, dirigidas pela intencionalidade do trabalho frente a um saber operatório que encaminha os agentes para cumprir um certo projeto de vida em sociedade.

A atividade humana opera transformações no objeto pela utilização de instrumentos ou meios de trabalho, cujas características são determinadas tanto pelas características do objeto como pela finalidade do trabalho. Esses instrumentos possibilitam ao homem aproximar-se do objeto para transformá-lo. Para MARX (1980, p. 203) *“o meio de trabalho é uma coisa ou um complexo de coisas, que o trabalhador insere entre si mesmo e o objeto de trabalho e lhe serve para dirigir sua atividade sobre esse objeto”*.

Consideramos relevante, apoiando-nos em MARX (1980, p.204), ressaltar:

“o que distingue diferentes épocas econômicas não é o que se faz, mas como, com que meios de trabalho se faz. Os meios de trabalho servem para medir o desenvolvimento da força humana e além disso, indicam as condições sociais em que se realiza o trabalho”.

Conforme GONÇALVES (1979), os instrumentos de trabalho se distinguem em dois grupos: os que possibilitam a aproximação do objeto, correspondendo à dimensão intelectual do trabalho e aqueles que efetivam

a transformação, correspondendo à dimensão manual. Embora seja possível fazer essa distinção, a utilização conjunta dos dois grupos de instrumentos torna-se necessária para realizar o trabalho em saúde. O agente do trabalho em saúde opera com um saber para apreender o objeto de trabalho e efetuar a transformação pretendida. Esse saber, que organiza e preside a ação, é entendido como saber operatório do trabalho.

As transformações ocorridas no hospital, juntamente com a constituição do saber clínico, levaram à reorganização das práticas de saúde, configurando-as como um trabalho coletivo, separável em momentos de concepção (trabalho intelectual) e execução (trabalho manual), preservando, para o médico, o núcleo mais intelectual e mantendo-o como dominante nesse processo de trabalho. Reproduz-se, no trabalho em saúde, a mesma dinâmica geral de reprodução social, tanto pela necessidade puramente técnica como também pela necessidade de reprodução de classes sociais. Assim, a divisão técnica e a divisão social do trabalho se dão uma através da outra (GONÇALVES, 1992).

O trabalho coletivo da saúde dividiu-se no sentido horizontal e vertical, com distintos agentes que passaram a operar conjuntamente suas práticas. Existe uma acentuada divisão social e técnica do trabalho, na qual diversos trabalhadores realizam ações parcelares e complementares, com uma acentuada hierarquização. Portanto, diversos trabalhos foram-se incorporando à produção de serviços médicos, correspondendo tanto à ampliação do campo de aplicação da medicina como ao processo de divisão

das funções intelectuais e manuais do trabalho médico (GONÇALVES, 1979).

Há uma divisão vertical do trabalho na saúde, na qual se situa a enfermeira, tornando o seu trabalho dependente de uma autoridade médica. As tarefas manuais de assistência direta ao doente, que eram da competência médica, passaram a ser executadas pela enfermagem, subordinando-se ao trabalho médico. Esse mesmo tipo de relação se reproduz dentro da enfermagem, na qual os técnicos, auxiliares e atendentes de enfermagem estão subordinados à autoridade da enfermeira. O trabalho de enfermagem também se dividiu, cabendo à enfermeira as funções mais intelectuais de supervisão e controle e às auxiliares o trabalho mais manual (GONÇALVES, 1979; ALMEIDA, 1984).

Posteriormente, ocorreu uma divisão horizontal do trabalho médico coletivo, expressa nas especializações médicas que compõem os processos de diagnóstico e terapêutica e na agregação de outros profissionais de áreas de atuação complementares, nas quais se situam o odontólogo, o fonoaudiólogo, o fisioterapeuta, o assistente social, o administrador, o psicólogo, o cientista social (GONÇALVES, 1992).

Apesar de todos os trabalhos serem uma parte do que se constitui como um trabalho coletivo, ao agente que controla os momentos mais intelectuais é garantido o poder sobre os demais, evidenciando-se saberes e poderes conflituosos nas relações sociais entre os trabalhadores. Assim, na atual organização do trabalho no hospital, o médico realiza o diagnóstico

e prescreve as ordens terapêuticas e a equipe de enfermagem e os agentes de diferentes setores do hospital as executam, para atingir o produto final desse trabalho, que é o restabelecimento da saúde do corpo doente. A finalidade do trabalho é a recuperação do corpo doente do indivíduo, fundamentando-se no saber clínico para o diagnóstico e terapêutica das doenças. Esse saber determina relações sociais que se conformam na organização do trabalho, de modo que o médico tem posição central na equipe de saúde, legitimando sua hegemonia e seu poder sobre o conjunto da produção de serviços, devido à apropriação dos instrumentos de trabalho que expressam o momento intelectual dessa produção.

Nessa conformação do processo de trabalho nos hospitais, a enfermeira articula o trabalho dos demais agentes, conforme demonstrou CASTELLANOS (1987), que estudou o trabalho da enfermeira em centro cirúrgico, utilizando o materialismo histórico como referencial teórico. A partir dos discursos das enfermeiras que participaram da pesquisa, constatou que o trabalho da enfermeira se caracteriza por atividades gerenciais, articulando as diferentes atividades individuais dos trabalhadores da instituição e implementando funções necessárias para o desenvolvimento do processo de assistência de enfermagem, que é o cuidado. A assistência de enfermagem potencializa a assistência médica, que consiste no processo de cura. Considerou que a fiscalização do processo de produção é uma perspectiva do trabalho da enfermeira, mas

não tem apenas caráter técnico, enquanto controle da produtividade dos agentes de enfermagem, exercendo também uma função social.

O estudo da referida autora evidenciou que a debilidade na identidade profissional da enfermeira é produto de contradições historicamente determinadas entre cuidado direto e cuidado indireto e que a superação dessas contradições pode levar à transformação do trabalho da enfermeira. Essa transformação não é isolada, ocorre no conjunto das categorias de enfermagem e de todas as profissões da área da saúde e relaciona-se à transformação na área de assistência à saúde e na formação social da sociedade brasileira.

A pesquisa realizada por LIMA (1996), em hospital universitário do interior paulista, utilizando a teoria do processo de trabalho em saúde, através da observação direta da assistência prestada à criança internada, identificou que a lógica social que organiza o modelo de produção de cuidados tem como princípio dominante a divisão do trabalho, com oposição entre trabalho intelectual e trabalho manual. Cabe ao médico a concepção do trabalho, pois o ato médico está em posição nuclear pela elaboração do diagnóstico e escolha do tratamento, que são resultantes de um trabalho intelectual de síntese.

CARAPINHEIRO (1993) realizou investigação sociológica em Portugal, sobre os saberes e poderes no hospital, entendendo a natureza do poder médico como um poder/saber, a partir das contribuições teóricas da sociologia das profissões e da proposta de análise do poder com base em

Foucault. Para uma melhor caracterização do hospital como organização, aponta os diferentes modelos teóricos que têm sido produzidos na pesquisa sociológica acerca desse objeto: o entendimento do hospital como instituição total, segundo Goffman; a perspectiva da ordem negociada, desenvolvida por Strauss; o hospital como ilustração do conceito de panóptico, conforme trabalhado por Foucault; a existência de um sistema dual de autoridade, enfocado por autores como Goss e Freidson.

Nessas diferentes perspectivas teóricas, no âmbito da sociologia das organizações e da sociologia das profissões, a autora aborda a constituição da estrutura hospitalar e a influência da autoridade médica na divisão do trabalho, a constituição dos poderes e as formas de poder da profissão médica sobre as demais profissões da saúde. Considera que, atualmente, na estrutura organizacional do hospital, coexistem um sistema burocrático e um sistema profissional. Esse último decorre da organização dos serviços de saúde e da divisão do trabalho em torno do monopólio que a profissão médica detém. Nesses dois sistemas caracterizam-se dois poderes distintos, o que leva à existência de um sistema dual de autoridade. Dessa forma, o poder atribuído aos médicos, com base no saber profissional para curar as doenças, gera uma relação de conflito com a autoridade administrativa.

CARAPINHEIRO (1993) aponta a centralidade do saber médico no trabalho hospitalar, convertendo todos os outros saberes que intervêm no cuidado do doente em saberes periféricos, nos quais se situam os saberes

de enfermagem. Nos serviços hospitalares, o poder médico é dominante, delimitando as estratégias do pessoal de enfermagem e das demais categorias de trabalhadores. Evidencia que, devido à dominância estrutural da profissão médica na organização, a relação que se estabelece entre os poderes médico e administrativo não é de equivalência. O modelo de racionalidade médica domina o modelo de racionalidade administrativa, e os médicos estendem seu papel e sua influência, transferindo-se mais poderes da dimensão administrativa para os poderes médicos do que no sentido inverso, quando ambos concorrem em diversos momentos da tomada de decisão no hospital. A racionalidade médica, voltada para maximizar seu poder técnico e científico, é a que determina o modelo de racionalidade da gestão hospitalar, em áreas nas quais convergem ambos os modelos de racionalidade.

A exposição realizada até o momento permite construir o **primeiro pressuposto** desta investigação⁷, ou seja: **o processo de trabalho no hospital está organizado segundo a lógica do modelo clínico e tem como finalidade o diagnóstico e a terapêutica. Como nesse modelo, o objeto é o corpo doente, o médico tem posição central, por ser responsável pelo diagnóstico e terapêutica, que constitui o lado mais intelectual do processo de trabalho, o que determina relações sociais de dominação e subordinação entre profissões. Assim, o médico**

⁷ Para encaminhar a compreensão do objeto de investigação, são delineados pressupostos, entendidos com base em MINAYO (1994), como parâmetros que se fundamentam no referencial teórico e que são utilizados para direcionar o confronto com a realidade empírica.

estabelece relações de poder com os outros agentes, no processo de trabalho, pelo saber que detém para se apropriar do objeto e conduzir a produção de cuidados de saúde.

A seguir, abordaremos algumas características da organização do trabalho nos hospitais, decorrentes da divisão técnica e social do trabalho, para encaminharmos a construção de outro pressuposto deste estudo. Salientamos que os pressupostos que são delineados para a compreensão do objeto de investigação guardam relação entre si e são enunciados à medida que, progressivamente, a discussão teórica é apresentada.

A produção de cuidados no hospital está estruturada com base em um trabalho coletivo, no qual há uma diversidade de profissionais envolvidos na assistência ao paciente, operando com saberes e tecnologias, que permitem apreender o objeto de trabalho, que é o corpo doente, e nele realizar transformações. Com frequência, os diversos agentes realizam atividades de forma isolada e fragmentada, sem preocupação com a cooperação entre os trabalhos e sua interdependência, visando à assistência ao paciente no período de internação hospitalar.

Atualmente, há uma multiplicidade de procedimentos sofisticados, que muitas vezes são valorizados em detrimento das necessidades que o paciente expressa. A produção de cuidados parece se estruturar mais em torno do parcelamento do corpo humano do que da integralidade da assistência ao paciente, que acaba sendo mais um dos elementos que constituem o cenário e não o objeto ao qual a atividade se direciona. A

divisão do paciente em parcelas pode ser atribuída à maneira como o trabalho se organiza.

Nos hospitais, conforme já apontado, o trabalho é coletivo, executado por diversos agentes, com uma divisão pormenorizada. BRAVERMAN (1987) auxilia a esclarecer aspectos relativos ao significado da divisão do trabalho nas sociedades capitalistas. Segundo esse autor, antes do capitalismo já havia nas sociedades a distribuição de ofícios e de especialidades de produção, porém a divisão sistemática de operações na confecção de cada produto não era encontrada.

A divisão do trabalho passa a ser um princípio fundamental na organização industrial, no modo capitalista de produção. No trabalho humano, a concepção pode ser separada da execução, de modo que *“a idéia concebida por uma pessoa pode ser executada por outra”* (BRAVERMAN, 1987, p.53). Dessa forma, a divisão técnica fraciona internamente uma mesma ocupação e parcela o trabalho a ser executado.

Nessa divisão está presente o princípio de Babbage, que expressa um aspecto social. O trabalho pode ser separado em elementos, alguns mais simples que outros, sendo cada um deles mais simples que o todo. Isso significa que a força de trabalho, que é capaz de executar o processo de trabalho, pode ser comprada por um preço menor, se isso for feito em elementos dissociados, do que como capacidade integrada de um único trabalhador. Assim, o modo de baratear a força de trabalho é o seu fracionamento nos elementos mais simples, polarizando em extremos

aqueles cujo tempo é mais valioso e aqueles cujo tempo não vale quase nada. Essa pode ser considerada como a “*lei geral da divisão do trabalho capitalista*” (BRAVERMAN, 1987, p. 80).

A divisão do trabalho desenvolveu-se principalmente nos estudos de Taylor sobre a gerência científica, no início do século, na indústria norte-americana, visando a obter racionalidade e eficiência, em ocupações ligadas diretamente à produção, mas atingiu também as organizações de prestação de serviços, como os hospitais.

A enfermagem americana sofreu influência do taylorismo, ao organizar o trabalho nos hospitais, nas primeiras décadas deste século, desenvolvendo-se uma modalidade de assistência de enfermagem conhecida como método funcional. Baseia-se na premissa de que os administradores são pessoas capazes de pensar e de planejar e os trabalhadores são vistos como pessoas que têm necessidade de supervisão rígida e direção constante. Nesse tipo de organização do trabalho, o foco de atenção são as tarefas e os deveres a serem cumpridos, sendo que a designação de atividades é feita de acordo com o nível de competência dos agentes. As enfermeiras ocupam cargos de gerência nas unidades de internação e o cuidado a ser prestado ao paciente é dividido em tarefas e procedimentos, como forma de racionalizar as atividades e baratear os custos do atendimento (BESWETHERICK, 1979).

Essa modalidade de assistência de enfermagem, encontrada ainda em muitos hospitais brasileiros, resulta em um trabalho tipo produção em

massa, levando à divisão do paciente em partes a serem assistidas. Um mesmo paciente é atendido por vários elementos, pois um agente presta os cuidados higiênicos a todos os pacientes, outro verifica os sinais vitais de todos os pacientes e um outro dá a medicação e assim por diante. As atividades mais simples, como a organização e limpeza dos materiais, a higiene dos pacientes, ficam a cargo dos atendentes de enfermagem; os curativos, medicações, cuidados com sondas, infusões venosas, verificação de sinais vitais são desenvolvidos pelos auxiliares e técnicos de enfermagem. À enfermeira competem os cuidados mais complexos, como as sondagens e os cuidados do paciente em estado grave, assim como o gerenciamento do cuidado prestado.

A modalidade do trabalho em equipe foi desenvolvida na década de 40, nos Estados Unidos, numa tentativa de valorizar o paciente como o foco de atenção, em oposição à modalidade funcional, centrada nas tarefas. Nessa modalidade de assistência de enfermagem, um grupo de pessoas atua em conjunto para prover cuidados de enfermagem a um grupo de pacientes, sob a coordenação de uma enfermeira que é responsável pelo trabalho realizado. O planejamento, a direção e a supervisão da assistência são competência da enfermeira e a execução do cuidado é distribuída entre os demais membros da equipe, levando em consideração as necessidades do paciente e a qualificação do pessoal (GARBETT, 1996).

Para ALMEIDA (1984), as formas de organização do trabalho de enfermagem, que distribuem as atividades entre os elementos, como a

modalidade funcional e a modalidade do trabalho em equipe, estão embasadas nos princípios da divisão do trabalho, com oposição entre trabalho intelectual e trabalho manual. Mesmo o trabalho em equipe, que procura deslocar o foco de atenção para as necessidades do paciente, reforça o trabalho de gerência da enfermeira e reitera a fragmentação do trabalho, com a concepção separada da execução.

O processo de trabalho nos hospitais, atualmente, tem como característica a divisão técnica do trabalho, levando a uma estrutura de produção de cuidados de saúde que é parcelada em tarefas, procedimentos e responsabilidades diferentes, separando o trabalho intelectual e o trabalho manual, ocasionando a execução fragmentada do cuidado, por diversos agentes. Há uma polarização entre concepção e execução, sendo que em um dos pólos encontramos o trabalho do médico, mais caro e mais valorizado socialmente, e no pólo oposto, o trabalho de outros agentes, que, na enfermagem, estão representados em uma pirâmide hierárquica, no topo da qual está a enfermeira e, em sua base, os atendentes de enfermagem.

Essa forma de organização não está presente somente na enfermagem, podendo ser identificada em toda a organização do processo de trabalho. Para apoiar nossas considerações, retomamos o estudo de LIMA (1996), que verificou que o processo de trabalho no hospital é fragmentado por intervenções de diversos profissionais, atuando de forma independente, cada um de acordo com um saber específico, o que leva a uma decomposição da assistência hospitalar em atividades diversificadas e

isoladas. Constatou que a fragmentação do trabalho em tarefas é interna a uma categoria e entre as diversas profissões. Dessa forma, os profissionais envolvidos na assistência não tomam conhecimento do processo por inteiro. Observou que a divisão técnica e social, com a organização do trabalho em tarefas, está presente no trabalho de enfermagem e no trabalho na área de nutrição. A autora comenta que essa divisão do trabalho em tarefas é uma característica do modo de produção e não é encontrada apenas no setor saúde.

Estamos utilizando a terminologia **estrutura da produção de cuidados de saúde** para considerar o conjunto das atividades de diagnóstico, de tratamento e de cuidado que integram a assistência para recuperação da saúde dos pacientes internados no hospital. Assim, entendemos que a forma de organização social que reúne profissionais de saúde e usuários, para a produção de cuidados, congrega diversos profissionais, atuando com saberes e instrumentos para efetivar o atendimento, incluindo-se as atividades dos serviços que servem de infraestrutura e atividades-meio, como as administrativas, para possibilitar cuidados de recuperação do corpo doente.

Para esse entendimento, partimos de CARAPINHEIRO (1993), que faz uma discussão sobre a concepção dos diferentes autores europeus e americanos que propõem tipologias para estudo dos serviços hospitalares, baseados em critérios de ordem técnico-administrativa. A classificação mais freqüente é realizada conforme a natureza das patologias, os equipamentos

utilizados nos sistemas de tratamento e a política de orientação médica existente para o atendimento da clientela.

CARAPINHEIRO (1993) discorda dos autores que utilizam apenas a distinção dos conteúdos e processos das especialidades para caracterização sociológica dos serviços hospitalares e propõe, como dimensões mais significativas para essa análise, a simbologia dos espaços físicos e a organização dos elementos simbólicos, o modo de produção dos cuidados aos doentes e a organização social do trabalho. Parece-nos, entretanto, que essa dimensão de análise prende-se, ainda, às características do trabalho médico e aos conteúdos de suas especialidades, correspondendo somente aos recortes possíveis da medicina, considerando os demais agentes como coadjuvantes nesse modelo. Como nossa preocupação está voltada para entender as articulações que são operadas entre todos os trabalhos no hospital, valemo-nos de uma concepção ampliada em torno do que a literatura tem utilizado para tratar dos modelos de produção de cuidados.

Assim, delinea-se o **segundo pressuposto** do estudo: **a estrutura de produção de cuidados de saúde está orientada para o atendimento individual curativo, com um grande número de profissionais atuando de forma parcelar, constituindo um trabalho interdependente e complementar, no qual os agentes operam com saberes e tecnologias específicos, enquanto meios de trabalho para manipular o corpo doente, objetivando sua recuperação.**

Dando seqüência, apresentaremos alguns aspectos relativos à conformação da enfermagem e à natureza de seu trabalho no modelo clínico, que, por um lado, são decorrentes das questões até o momento explicitadas, mas, ao mesmo tempo, levam-nos à construção de novos pressupostos.

A enfermagem, utilizando diferentes agentes na execução de seu trabalho, caracteriza-se como uma atividade complementar, desenvolvendo algumas ações que são dependentes do ato médico, como a administração de medicações, o preparo do paciente para certos procedimentos médicos, como cirurgias, exames diagnósticos e outros.

Apesar da dependência às ordens médicas e da posição nuclear que o médico ocupa no processo de trabalho em saúde, os demais trabalhadores têm uma autonomia relativa na realização de algumas ações que são específicas de determinada profissão. É o caso da enfermeira, que pode prescindir da autoridade médica em situações referentes à forma de organização de suas atividades (distribuição de tarefas e realização de escala de funcionários) e à coordenação, supervisão e avaliação do trabalho realizado pelos agentes de enfermagem. Incluem-se aqui, também, atividades referentes ao cuidado que não requerem envolvimento com a terapêutica e são voltadas para o apoio, acolhimento e conforto do paciente.

Nesse cenário, a enfermagem estabelece relações com outros setores do hospital, diversos serviços de apoio, responsáveis pelo suprimento de materiais e equipamentos, como lavanderia, serviços de

manutenção, limpeza, farmácia, outros setores de diagnóstico. Com o paciente e com a família, a enfermagem tem relações muito próximas, identificando suas necessidades e articulando-as aos demais serviços envolvidos no atendimento do paciente no hospital.

No processo de trabalho em saúde, a enfermeira encaminhou-se, historicamente, no caso brasileiro, para as atividades administrativas. Quando o trabalho em saúde tornou-se coletivo, a enfermeira passou a gerenciar e coordenar os vários momentos desse processo, integrando diversas atividades individuais dos trabalhadores da instituição e implementando funções necessárias para a realização do cuidado.

Mesmo tendo a característica de execução do cuidado, surge um questionamento sobre a possibilidade de existir um saber de enfermagem e o que o constitui, pois, na assistência hospitalar, predomina a fundamentação no saber clínico, com utilização de técnicas e equipamentos sofisticados para intervenção sobre os corpos.

O saber de enfermagem foi objeto de estudo de ALMEIDA (1984), que procurou demonstrar como a enfermeira utiliza o seu saber como instrumento ideológico de poder. Ao abordar as formas de organização do trabalho de enfermagem, tais como a modalidade funcional e a do trabalho em equipe, já discutidas anteriormente, afirma que essas se estruturaram tendo por base a divisão social e técnica do trabalho. A modalidade de trabalho em equipe, na qual a enfermeira gerencia o cuidado e os auxiliares prestam a assistência, separa a concepção da execução e fragmenta o

trabalho. Assim, o saber qualifica a enfermeira para gerenciar o cuidado e possibilita a legitimação do poder.

A autora comenta que os estudos sobre o trabalho em equipe na enfermagem são uma elaboração discursiva para camuflar as contradições do trabalho, pois as relações de dominação e subordinação, ou seja, as relações de poder, são consideradas como hierarquia e autoridade. Quando a qualidade da assistência não é alcançada, as causas são atribuídas a fatores pessoais e funcionais, desconsiderando outras causas ligadas às relações sociais que advêm da divisão do trabalho e alienação do trabalhador devido à separação entre concepção e execução.

Segundo ALMEIDA (1984), assim como há um monopólio das questões da saúde na mão do médico, há um monopólio do saber de enfermagem na mão da enfermeira, reproduzindo, no interior do trabalho de enfermagem, a divisão de classes da sociedade e as relações de poder.

De acordo com CARAPINHEIRO (1993), diferentes formas de poder estão presentes nas unidades do hospital, sendo que as estratégias médicas são dominantes e delimitam as estratégias do pessoal de enfermagem e das demais categorias, assim como a possibilidade de comportamentos estratégicos dos pacientes. Dessa forma, a análise das estratégias do pessoal de enfermagem deve ser contextualizada nos limites impostos pelas estratégias médicas. O pessoal de enfermagem ocupa uma posição na qual a autoridade médica e a autoridade administrativa são

convergentes e, ao mesmo tempo, antagônicas, o que torna difícil a definição dos limites de autonomia da enfermagem.

CARAPINHEIRO (1993) salienta que os enfermeiros, ao trocarem informações com os médicos, abordam questões que acreditam se constituírem em reconhecimento do papel psicossocial junto ao paciente, pois uma das estratégias utilizadas pela enfermagem, para ampliação da autonomia, em Portugal, é o reconhecimento desse papel como dominante da profissão. Porém, não é o que predomina na prática dos serviços e a enfermagem tem um estatuto social determinado que é a produção de cuidados. Existem posições diversas dos enfermeiros quanto às estratégias que venham a conceder graus de autonomia face ao poder médico, mas, em todas elas, são reconhecidos como obstáculos tanto a impossibilidade de abandonar o estatuto de executante das prescrições médicas como a falta de definição de um corpo mais complexo de tarefas do que as de execução, às quais pudessem ter acesso a partir do saber adquirido pelo ensino e pela prática profissional.

Entretanto, segundo a análise da autora, essas questões psicossociais caracterizam um saber periférico, que não entra em rivalidade com o saber central dos médicos, apesar de ser o único recurso nos processos de negociação que se estabelecem com os últimos. A insistência em valorizar o papel psicossocial junto aos pacientes como prioritário para a enfermagem parece corresponder a uma posição de recuo quanto à revalorização profissional, já que o conteúdo técnico do trabalho que

garante especificidade profissional fica subordinado ao aspecto psicossocial, que acaba por se diluir nas atividades terapêuticas do trabalho de enfermagem. A análise das estratégias utilizadas pela enfermagem levou a autora a concluir, nesse estudo, que o poder de enfermagem, nos hospitais em questão, se caracteriza como um subpoder e que as relações de negociação que estabelece têm efeitos práticos na manutenção da posição dominante dos médicos.

As conclusões apontadas pela autora sobre a forma de inserção da enfermagem como um subpoder na estrutura dos hospitais e a valorização das enfermeiras de seu papel psicossocial levam a indagações sobre a possibilidade de produção do saber de enfermagem e de valorização da profissão, já que os poderes se assentam em saberes. Se o conteúdo técnico do trabalho é que garante especificidade profissional e não está sendo valorizado nas relações entre médicos e enfermeiras, questionamos qual seria o espaço da enfermeira na produção de cuidados de saúde. Consideramos que a assistência integral deve levar em consideração, além dos aspectos biológicos, como a doença se manifesta em cada indivíduo e os aspectos sociais que a determinam, abrindo espaço para a valorização do homem na sua singularidade. Esse papel da enfermeira tem sido enfatizado pela literatura da área e pelas próprias enfermeiras, quando se referem ao atendimento das necessidades humanas básicas, porém de forma abstrata. Na prática cotidiana, nas instituições hospitalares brasileiras, a produção de cuidados segue a lógica do modelo clínico, pautada no saber

anatomopatológico. A possibilidade de valorização do trabalho de enfermagem poderia ser viabilizada pelas atividades terapêuticas da enfermeira, voltadas para atender também as necessidades psicossociais dos pacientes, além da preocupação com o corpo biológico, o que poderia levar ao cuidado integral do paciente e à construção de um saber específico de enfermagem na estrutura da produção de cuidados de saúde.

No contexto hospitalar, duas estruturas diferenciadas se originaram: a estrutura de cuidados, campo por excelência da enfermagem, que surge condicionado pela estrutura de cura, domínio exclusivo da autoridade médica. Assim, o lugar estrutural que a enfermagem ocupa na divisão do trabalho na saúde está subordinado ao caráter dominante da profissão médica, que detém o papel central da cura, expressa nos procedimentos de diagnóstico e terapêutica.

O trabalho de enfermagem tem, ainda, um caráter de trabalho delegado e que se caracteriza pela execução de atividades referentes ao processo de diagnóstico e terapêutica, devido à posição estrutural de subordinação à profissão médica, sendo essa a que detém a concepção do trabalho.

FREIDSON (1970), nas suas primeiras publicações, introduziu o conceito de dominância profissional, de acordo com o qual a realização das atividades mais elementares referentes aos cuidados são dependentes das decisões tomadas em nível médico. Portanto, a atividade de enfermagem tem participação na estrutura de cura, numa relação de subordinação ao

campo médico. O médico tem uma posição formal e legal na estrutura hospitalar, que outorga monopólio sobre os outros serviços, modelando as relações entre os profissionais no serviço de saúde.

A profissão dominante e a profissão subordinada, segundo o autor, acham-se em uma relação estrutural inteiramente diferente, na divisão do trabalho, refletindo a existência de uma hierarquia da especialização. Como a profissão médica é dominante, todo o trabalho realizado pelas outras profissões e relacionado ao paciente está sujeito às ordens do médico. A profissão médica é competente para diagnosticar a doença, tratar ou dirigir o tratamento da doença e avaliar o serviço. Sem autorização médica, pouco pode ser feito pelo paciente por parte dos outros profissionais. Assim, nos serviços de saúde, medicação, dieta, recreação, estão sujeitos às ordens médicas, o mesmo acontecendo com as informações que são dadas ao paciente sobre sua doença e tratamento (FREIDSON, 1970).

Conforme descrito por FREIDSON (1970), os médicos detêm autoridade profissional na divisão do trabalho hospitalar, por possuírem saberes e competências para tratar e curar. Assim, as formas de poder da profissão médica sobre as demais profissões da área da saúde caracterizam a dominância profissional e o poder monopolístico dos médicos. Essa dominância decorre da autonomia da profissão médica, considerando como autonomia a qualidade ou estado de ser independente e autogerido no trabalho. A posição formal e legal dos médicos sobre os

outros profissionais limita possibilidades de comportamento dos demais indivíduos.

Com base nessas afirmações de FREIDSON (1970), com as quais não concordamos, a enfermagem seria considerada uma atividade totalmente dependente do trabalho médico e, portanto, estaria limitada apenas à execução das prescrições médicas. Entendemos que o trabalho de enfermagem não se reduz a um puro trabalho de execução, porque, apesar da posição estrutural de subordinação ao médico, a capacidade de decisão e a simples execução se articulam no trabalho de enfermagem.

Em suas publicações mais recentes, a visão inicial do referido autor se modifica. FREIDSON (1986) salienta que o trabalho de enfermagem é usualmente desenvolvido em uma divisão do trabalho altamente técnica e muito elaborada, entre um número de ocupações ordenadas tanto pela especialização como pela autoridade. Há uma hierarquia entre os agentes de enfermagem, na qual as enfermeiras estão em posição superior aos demais, porém elas também estão subordinadas a outras enfermeiras que as supervisionam. Há, também, uma hierarquia que abarca toda a divisão do trabalho, com membros da profissão médica em posição superior. O detalhamento da divisão do trabalho, especialmente em alguns meios de diagnóstico e tratamento específicos em hospitais modernos, permite considerar que as enfermeiras se situam em uma divisão de trabalho complexa e, não, numa divisão pormenorizada ou fragmentada, sendo as atividades de enfermagem irredutíveis à categoria de trabalho de execução.

Portanto, o trabalho de enfermagem é irreduzível à natureza de execução, apesar de estar estruturalmente subordinado ao trabalho médico, que se configura na categoria de concepção. Essa posição é reforçada por LOPES⁸ (1994), que salienta a responsabilidade que a enfermeira detém na coordenação administrativa de diferentes atividades cotidianas, o que constitui uma fonte de poder pelo envolvimento de relações sociais de interdependência para o desenvolvimento do trabalho de diferentes profissionais.

Por esse motivo, julgamos importante conhecer a organização tecnológica do processo de trabalho no hospital, identificando os diversos trabalhos, os seus espaços, a autonomia dos agentes e as relações de interdependência e complementaridade entre as profissões.

LOPES (1994) estudou o processo de recomposição que vem ocorrendo nos saberes, ideologias e identidades de enfermagem em Portugal. Menciona controvérsias na análise sociológica das profissões no que diz respeito à enfermagem, evidenciando que, para algumas perspectivas teóricas, a dicotomia concepção/execução se revela insuficiente para dar conta da complexidade dessa realidade, porque a imprevisibilidade inerente ao trabalho que toma por objeto seres humanos requer que a enfermeira tome decisões que envolvem a utilização de

⁸ Entre os estudos na perspectiva sociológica, LOPES (1994) e LOPES (1995) tratam de questões referentes ao trabalho de enfermagem nos hospitais. Essas investigações adotam a Teoria da Ordem Negociada de Strauss e a Teoria da Ação Estratégica de Crozier, que privilegiam a análise da articulação entre as práticas concretas dos atores e as estruturas dos contextos organizacionais. A Teoria da Ordem Negociada contribui para identificar o modo como os processos informais são construídos no cotidiano e como se inserem em estruturas que formalizam as relações e as práticas

saberes indeterminados⁹, o que também julgamos pertinente. A autora acrescenta, ainda, que a complexidade e imprevisibilidade que estão associadas ao objeto de trabalho da enfermagem requerem avaliação contínua e reajustamento dos procedimentos, sendo impossível reduzir os saberes de enfermagem à categoria de “saber-fazer” (associado ao trabalho rotinizado, passível de minuciosa codificação e regulamentação). Porém, saber indeterminado e saber-fazer são saberes com desigual valorização social, sendo o primeiro atribuído ao saber médico e o segundo, ao saber de enfermagem.

LOPES (1994) discorda da concepção que reduz a enfermagem a um trabalho de execução, porém não postula o caráter de profissão autônoma. Considera que, pelo fato de sua atividade se inserir num processo produtivo organizado em torno de uma profissão dominante, está estruturalmente condicionada às formas e limites de autonomia das várias modalidades de trabalho que se inserem nesse processo, o que inviabiliza as condições sociais que são necessárias para sua ascensão a uma profissão autônoma. Em seu estudo, realizado em dois hospitais gerais de Lisboa, procura

profissionais. A Teoria da Ação Estratégica permite apreender os recursos que os atores utilizam como protagonistas dos processos e suas possibilidades estratégicas nos contextos de trabalho.

⁹ O saber indeterminado requer um exercício de interpretação, não sendo padronizável em regras e procedimentos rotinizados. Está associado a competências e capacidades individuais do profissional e, embora relacionado ao saber científico, não é transmissível pela educação formal. O profissional utiliza um saber indeterminado para resolver uma situação imprevista, sendo reconhecido e valorizado como legítimo pela sociedade. Para JAMOUS & PELLOILE (1970), a natureza do saber médico se caracteriza pela relação entre indeterminação/tecnicidade do conhecimento, sendo a indeterminação a base de sua autonomia e do poder profissional. Tecnicidade refere-se ao conjunto dos meios de produção da profissão, que são codificáveis em regras públicas explícitas, procedimentos ou técnicas. Cf. JAMOUS, H., PELLOILE, B. Changes in the french university-hospital system. In: JACKSON, J. A. **Professions and professionalization**. Cambridge, Cambridge University Press, 1970. Sobre a indeterminação do saber e o poder das profissões, ver também

apreender, nos processos informais que se constituem nesses contextos de trabalho, quais os limites estruturais e quais as possibilidades que a enfermagem tem para recompor os saberes, ideologias e identidades da profissão. Constata que, nos processos informais, a enfermagem utiliza estratégias para reconfigurar o processo de produção de cuidados de saúde.

A investigação realizada por LOPES (1995) analisou interações no cotidiano do cuidado em unidades de internação e centro de tratamento intensivo de dois hospitais gerais de ensino brasileiros, observando que a parte estrutural da organização não condiciona totalmente os serviços, pois esses criam sistemas próprios de ação e de regulação das condutas e interações, com estratégias e negociações cotidianas. Trata-se de um coletivo com uma dinâmica de relações de competição interna, em que se configuram negociações no cotidiano da prática. Essas negociações constantes produzem equilíbrio ou mudança na instituição e na enfermagem, pois se estabelecem conflitos e margens de liberdade de ação entre os atores.

LOPES (1995) considera que, no hospital, atualmente, estão ocorrendo grandes transformações nas relações de trabalho. A complexidade¹⁰ do trabalho originou novas profissões, rompendo com a

BOREHAM, P. Indetermination: professional knowledge, organization and control. **Sociological Review**, v.31, p.693-715, 1983.

¹⁰ Aqui fazemos um parênteses para apontar a concepção de muitos autores, que consideram o trabalho hospitalar como complexo, por realizar intervenções sobre o corpo com base em uma diversidade tecnológica e conhecimentos altamente especializados, pela realização de cirurgias de grande porte, como transplantes cardíacos, hepáticos, etc. e pela utilização de drogas de alta eficácia

exclusividade médica nas práticas de saúde e introduzindo nova concepção de assistência no processo saúde/doença. O cuidado, que caracteriza o foco central da enfermagem, envolve interdependência e complementaridade, principalmente com a medicina, cuja essência constitui-se no tratamento e cura. Assim, as ações da medicina e da enfermagem se conjugam num processo terapêutico coletivo. Essa ação de cuidar é construída no cotidiano das atividades de enfermagem, nas interações que se estabelecem entre os diversos grupos e indivíduos que se confrontam no hospital. Trata-se de um coletivo com uma dinâmica de relações de competição interna, em que se configuram negociações no cotidiano da prática. Essas negociações constantes produzem equilíbrio ou mudança na instituição e na enfermagem, pois se estabelecem conflitos e margens de liberdade de ação entre os atores.

Entendemos que as práticas de saúde são processos de intervenção técnica e social na realidade. Estão articuladas a outras práticas da sociedade e são fruto das relações entre os diferentes atores sociais na intervenção sobre o processo saúde/doença, em determinados contextos sociais, com diversos trabalhos que se articulam, estabelecendo relações de dependência e de determinação. As práticas de saúde no hospital estão submetidas a determinações do sistema capitalista, externas ao próprio

biológica, como antibióticos e quimioterápicos antineoplásicos. Essa complexidade é também atribuída, por alguns, ao trabalho realizado em equipe, necessitando de especialistas em diversas áreas, implicando na organização do espaço e das relações entre os agentes. Perguntamos: controlar a doença na população não é igualmente complexo como curar pacientes no hospital? Portanto, a terminologia “complexa” utilizada para caracterizar o trabalho hospitalar não significa atribuir menor valor ao trabalho em saúde pública.

trabalho, mas também se submetem a outras determinações que se configuram na dinâmica interna desse processo, motivo pelo qual é preciso levar em conta uma mediação entre ambas.

As dimensões macroestruturais que têm determinações na área da saúde têm sido bastante discutidas, porém as questões que dizem respeito às dimensões internas dos processos de trabalho e ao modo de operar a produção do cuidado nos serviços de saúde têm sido pouco exploradas. Nesse sentido, destacam-se os estudos de MERHY (1996, 1997) sobre a micropolítica dos processos de trabalho em saúde, que contribuem para esclarecer alguns aspectos sobre os distintos modos produzidos pelos agentes no atendimento cotidiano dos usuários. O referido autor vale-se de conceitos do referencial marxista sobre o sentido e a mecânica do trabalho humano e dos estudos de GONÇALVES (1979, 1992, 1994), mas incorpora outros referenciais e autores (como Guattari & Deleuze, Baremlitt, Flores), para tratar da autonomia dos trabalhadores enquanto sujeitos em ação e das possibilidades de se efetivarem transformações no trabalho em saúde.

Para MERHY (1997), no fazer cotidiano dos serviços de saúde, os trabalhadores e os usuários estão permanentemente produzindo “subjetividades”, nos modos de representar e vivenciar necessidades de saúde. O trabalhador de saúde tem uma certa autonomia, ao desenvolver suas ações e domina um certo espaço no processo de trabalho, com seus saberes e sua prática, exercendo um certo “autogoverno” no seu encontro

com o usuário, o que possibilita a existência de modos diversos de operar as intervenções tecno-assistenciais.

O trabalhador tem decisões que interferem no modo de atuar, que às vezes podem ser diferentes daquilo que está normatizado no serviço, de forma que “o encontro entre um usuário, portador de uma dada necessidade de saúde, com um trabalhador, portador de um dado arsenal de saberes específicos e práticas, envolve um encontro de situações não necessariamente equivalentes” (MERHY, 1997, p. 76). O autor assinala que qualquer trabalhador de saúde pode interferir no conteúdo de uma etapa ou em todo o processo de trabalho, pelo modo como o atendimento está sendo feito. Dessa forma, os diferentes tipos de ações dos trabalhadores geram distintos formatos tecnológicos e assistenciais.

As noções acerca do trabalho vivo e do trabalho morto, que apresentaremos a seguir de forma sucinta, são utilizadas para a compreensão de como os trabalhadores podem modificar a relação com seu objeto de trabalho no dia a dia dos serviços de saúde.

MERHY (1997) entende por trabalho morto os produtos resultantes de um trabalho humano anterior que estão envolvidos na realização de outro processo de trabalho, seja como matéria-prima ou ferramenta. O trabalho vivo é o trabalho em ato, ou seja, é o trabalho criador do homem que está em ação. O trabalho vivo é aquele que está em processo de produção e pode ter um papel de transformação do sentido das práticas. O trabalho morto, que já está dado, entra no processo de trabalho como um

conjunto de situações que comandam parte da atividade produtiva e criativa do homem.

No trabalho que está em ação, o trabalhador pode tanto fazer uso do que já está dado como pode exercer esse uso com alguma autonomia. Assim, pode ter um certo autogoverno, que estará marcado pela ação do seu trabalho vivo em ato sobre o que lhe é ofertado como trabalho morto e pelas finalidades que o processo de trabalho procura atender (MERHY, 1997).

Conforme o autor citado, há componentes do trabalho morto que estão vinculados diretamente ao modo de atuar do trabalhador, como uma certa sabedoria para operar a produção ou os instrumentos utilizados para realização do trabalho. Esses componentes constituem algumas das dimensões tecnológicas, que podem chegar a “capturar” o trabalho vivo em ato, de maneira que não seja possível nenhuma ação de forma autônoma.

O processo de trabalho em saúde, através da clínica, tem características próprias, pois o consumo ocorre imediatamente na produção, no espaço interseçor entre usuário e trabalhador de saúde; produtores e consumidores estão em confronto no próprio ato da produção. Esse espaço interseçor forma-se permanentemente no encontro de um trabalhador de saúde e um usuário, no ato do trabalho, no qual tanto os produtores como os consumidores instituem necessidades.

O termo interseçor, para MERHY (1996, p. 11), refere-se ao

“espaço de relação que se produz no encontro de ‘sujeitos’, isto é, nas suas interseções, e que é um

produto que existe para os 'dois' em ato, não tendo existência sem este momento em processo, e no qual os 'inter' se colocam como instituintes em busca de um processo de instituição muito próprio, deste sujeito coletivo novo que se formou”.

No processo de trabalho em saúde, por suas características singulares de realização da produção no encontro dos trabalhadores com os usuários, o espaço interseçor caracteriza-se como uma “interseção partilhada”, que pode ser representada graficamente como um espaço comum de interseção entre dois conjuntos. Há um encontro do agente produtor (com seus conhecimentos e instrumentos de trabalho) com o agente consumidor, expresso por distintos modos de realização de finalidades e conformação de necessidades, no interior dessa “interseção partilhada” (MERHY, 1996).

Entendemos que, no processo de trabalho no hospital, pode existir uma autonomia do trabalho vivo em ato, concordando com a concepção adotada por MERHY (1997, p.111) acerca dos processos de trabalho nas instituições de saúde,

“(...)como exercícios de governos que o conjunto dos agentes realizam e que operam como mecanismos instituintes no cotidiano em um dado modo de gerir o conjunto do trabalho em saúde, dando-lhe uma cara de um determinado modelo tecno-assistencial em realização”.

Assim, no modelo clínico, o trabalho morto, representado, entre outros, pelos saberes e pelos procedimentos de alta densidade tecnológica, pode, em certa medida, “capturar” o autogoverno dos trabalhadores, mas

consideramos que há muitas possibilidades de construção de novos modos de atuar dos agentes que podem criar novas formas de intervenção no encontro com o usuário, constituindo formatos tecnológicos e assistenciais distintos. Da mesma forma, utilizaremos essas idéias no que diz respeito ao espaço da relação entre os profissionais de saúde, relação cuja existência se define pelo encontro no ato da produção. É, também, uma relação interseçora, que se caracteriza como um momento de encontro de subjetividades, em situação de autogoverno.

Nosso ponto de vista encontra apoio em MERHY (1997), ao ressaltar que, no processo de trabalho em saúde, há uma disputa de distintas lógicas instituintes (e instituídas) e que não é possível capturar completamente o trabalho vivo, pois a dinâmica peculiar de produção, consumo e necessidades está sempre em estruturação, num quadro incerto sobre o padrão de seu produto final e a satisfação gerada. Assim, a captura global do autogoverno, no processo de trabalho em saúde, torna-se difícil e impossível pela própria natureza tecnológica desse trabalho, no qual há um conjunto de autogovernos em operação que possibilitam permanentes práticas criadoras e alterações no modo de trabalhar dos agentes.

Diante das considerações expostas sobre a micropolítica do processo de trabalho em saúde, podemos encaminhar o **terceiro pressuposto** deste estudo, entendendo que **as instituições hospitalares são construções humanas que determinam, de certa forma, o trabalho dos agentes, mas esses exercem um certo autogoverno na realização do trabalho vivo**

em ato. Apesar da dependência às ordens médicas e da posição nuclear que o médico ocupa no processo de trabalho em saúde, todos os trabalhadores têm uma autonomia relativa que permite a construção de espaços sociais de saberes/poderes nos quais existem limitações, mas também muitas possibilidades de subjetividades.

A presente investigação, ao centrar-se na organização tecnológica e social do trabalho em saúde no hospital, pretende analisar o espaço que a enfermagem ocupa na produção de cuidados de saúde, partindo das relações que seus agentes estabelecem com os outros profissionais, com o objeto e os instrumentos no processo de trabalho, colocando-se algumas indagações: como os diferentes trabalhos no hospital se articulam e se complementam para a recuperação da saúde? como se dá a divisão técnica e social do trabalho entre os diferentes agentes? como se configura a estrutura de cuidados e de cura das diversas práticas? qual o espaço de autonomia e intersubjetividades das diversas práticas? como são atendidas as necessidades do paciente nessa estrutura de produção de cuidados de saúde?

Para tanto, temos como **objetivo geral** deste estudo analisar a organização tecnológica e social do processo de trabalho em saúde em um hospital universitário, procurando apreender, na estrutura de produção de cuidados, a configuração das práticas, dos saberes e tecnologias operados pelos agentes para manipularem o objeto de trabalho, privilegiando a compreensão do trabalho de enfermagem nesse espaço.

São os seguintes os **objetivos específicos**:

1. Analisar a estrutura de produção de cuidados de saúde, apreendendo como os saberes e tecnologias, enquanto meios de trabalho, são operados para manipulação do corpo doente, objetivando a sua recuperação.

2. Analisar como ocorre a divisão técnica e social do trabalho na equipe da unidade de internação, enfocando, nessas relações sociais, os aspectos de interdependência, complementaridade, poder e autonomia dos agentes.

3. Analisar o modo como são atendidas as necessidades dos pacientes no projeto terapêutico que orienta o processo de trabalho no hospital.

3 A TRAJETÓRIA METODOLÓGICA DA INVESTIGAÇÃO

3.1 Caracterização do estudo

A abordagem qualitativa de pesquisa foi utilizada como referencial teórico-metodológico, por permitir apreender a realidade concreta e compreender os fenômenos e processos sociais, tornando-se apropriada para o estudo das práticas de saúde e das relações que se estabelecem entre os homens no exercício dessas práticas. Segundo MINAYO & SANCHES (1993, p.245), a utilização da abordagem qualitativa é adequada para *"a compreensão de fenômenos específicos e delimitáveis mais pelo seu grau de complexidade interna do que pela sua expressão quantitativa"*.

Na metodologia qualitativa, elegeu-se a abordagem dialética, que permite apreender a prática concreta dos indivíduos em sociedade e a considera como um processo histórico, dinâmico e em constante transformação, interpretando a realidade como uma totalidade na qual se integram tanto os aspectos materiais que determinam a produção da consciência como as representações sociais que configuram e constroem um modo de vida condicionado por um específico modo de produção (MINAYO, 1994).

O enfoque marxista considera que as relações entre as pessoas, grupos e classes sociais são determinadas através de seu trabalho e de sua posição na estrutura produtiva da sociedade. A dialética marxista funda-se nas relações de antagonismo e o princípio da contradição governa o modo de pensar e o modo de ser; no capitalismo, os antagonismos fundados nas relações econômicas adquirem preeminência sobre todos os outros (IANNI, 1992). Para TRIVIÑOS (1995), o método dialético possibilita assinalar as causas e as conseqüências dos problemas, suas contradições, suas relações, suas qualidades e suas dimensões quantitativas.

Através do modo de produção se estabelecem relações mútuas dos homens no trabalho, ou seja, essas são relações sociais. Na concepção da dialética materialista, a ação humana pode modificar as circunstâncias históricas, existe uma ação recíproca, uma inter-relação constante entre os fenômenos. Isso significa que *"um fenômeno manifesta-se, desenvolve-se, atua em meio de condições que o afetam, o transformam e sobre as quais ele atua ao mesmo tempo"* (FRIEDMAN, 1979, p.147).

A abordagem utilizada leva à apreensão do material empírico em uma aproximação íntima com o objeto de estudo, que é o processo de trabalho no hospital, sendo essencial a interação entre o pesquisador e os sujeitos pesquisados. Portanto, para apreender o objeto em sua concretude, tornou-se necessária a inserção da pesquisadora no contexto empírico.

Esta investigação caracteriza-se como um estudo de caso, que é um tipo de pesquisa que analisa profundamente uma unidade, que pode ser um sujeito, um grupo, uma instituição (TRIVIÑOS, 1987). Nessa modalidade de

pesquisa, o objeto estudado é considerado como uma representação singular da realidade, que é multidimensional e historicamente situada. Esse tipo de pesquisa retrata o cotidiano em toda a sua riqueza, considerando cada caso como único e singular, levando-se em consideração que a manifestação do problema de estudo ocorra de forma mais completa, mais rica e mais natural (LÜDKE & ANDRÉ, 1986).

O estudo de caso possui algumas características ou princípios fundamentais, segundo LÜDKE & ANDRÉ (1986), dos quais se destacam os que estiveram presentes no transcorrer desta investigação:

- Os estudos de caso visam à descoberta: mesmo partindo de alguns pressupostos teóricos iniciais, estivemos atentos a elementos novos que foram emergindo como importantes durante o estudo. Dessa forma, o quadro teórico inicial serviu como estrutura básica, a partir da qual novas dimensões foram sendo acrescentadas, à medida que o estudo foi sendo construído. Houve um movimento constante no confronto entre a teoria e o material empírico.

- Os estudos de caso enfatizam a interpretação do contexto: para apreensão mais completa do objeto, foi necessário considerar o contexto em que ele se situa. Portanto, as ações, percepções, comportamentos e interações das pessoas foram relacionados à situação específica em que ocorreram, levando em conta a história do local e a situação no momento da pesquisa.

- Os estudos de caso buscam retratar a realidade de forma completa e profunda: essa abordagem permitiu enfatizar a complexidade das

situações e evidenciar a inter-relação de seus componentes, revelando a multiplicidade de dimensões do objeto de estudo e focalizando-o como um todo.

- Os estudos de caso usam uma variedade de fontes de informação: neste estudo utilizou-se uma variedade de dados coletados em momentos e situações variados e recorrendo a diversos informantes.

3.2 As técnicas para coleta dos dados

As técnicas empregadas para coleta de dados na presente investigação foram a **observação participante** e a **entrevista semi-estruturada**.

A observação, como técnica de coleta de dados empíricos na pesquisa qualitativa, é discutida por vários autores, entre os quais MINAYO (1994), TRIVIÑOS (1987), LÜDKE & ANDRÉ (1986), HAGUETTE (1995). A observação, como forma de captar a realidade empírica, é considerada por GOODE & HATT (1979) como a mais antiga e ao mesmo tempo a mais moderna das técnicas de pesquisa. Para que se torne válida e fidedigna, requer planejamento em relação ao que observar e como observar.

Uma das vantagens da utilização dessa técnica é a possibilidade de um contato pessoal do pesquisador com o objeto de investigação, permitindo acompanhar as experiências diárias dos sujeitos e apreender o significado que atribuem à realidade e às suas ações (LÜDKE & ANDRÉ, 1986).

A observação participante tem origem na antropologia e na sociologia e é geralmente utilizada na pesquisa qualitativa para coleta de dados em situações em que as pessoas se encontram desenvolvendo atividades em seus cenários naturais, permitindo examinar a realidade social (HOLLOWAY & WHEELER, 1996).

A definição de observação participante tem algumas diferenças quanto às concepções e linhas de abordagem, comentadas por alguns autores, como HAGUETTE (1995), MINAYO (1994). Nesta pesquisa, foi adotada a definição de BECKER (1994), entendendo que o pesquisador coleta dados, participando do grupo ou organização, observando as pessoas e seu comportamento em situações de sua vida cotidiana.

A observação participante pode assumir formas diversas, que variam em um *continuum*, no qual quatro situações são teoricamente possíveis, dependendo do envolvimento do pesquisador no campo, conforme classificação proposta por GOLD (1958): o participante total; o participante como observador; o observador como participante; o observador total. Essa classificação é utilizada por diversos autores, como HOLLOWAY & WHEELER (1996), BECKER (1994), MINAYO (1994), CICOUREL (1990), DENZIN (1989).

A observação participante é a técnica de captação de dados menos estruturada que é utilizada nas ciências sociais, pois não supõe qualquer instrumento específico que direcione a observação. Dessa forma, uma das limitações presentes pode ser o fato de que a responsabilidade e o sucesso pela utilização dessa técnica recaem quase que inteiramente sobre o

observador. Outra limitação constitui-se na relação observador / observado e na capacidade de percepção do primeiro, que pode ser alterada em decorrência do seu envolvimento no meio (HAGUETTE, 1995).

A observação foi selecionada como uma das técnicas de coleta de dados neste estudo, devido à possibilidade de se captar uma variedade de situações às quais não se teria acesso somente por meio de perguntas realizadas aos trabalhadores. Com base em GONÇALVES (1994), a observação direta do processo de trabalho em operação viabiliza o esclarecimento de sua lógica interna, pois permite acompanhar e registrar os movimentos, os discursos e as ações dos trabalhadores, suas relações recíprocas, as relações mantidas com o objeto de trabalho e como se processa a produção de serviços de saúde.

A entrevista é um processo de interação social, no qual o entrevistador tem a finalidade de obter informações do entrevistado, através de um roteiro contendo tópicos em torno de uma problemática central (HAGUETTE, 1995).

Para MINAYO (1994), a entrevista privilegia a obtenção de informações através da fala individual, a qual revela condições estruturais, sistemas de valores, normas e símbolos e transmite, através de um porta-voz, representações de determinados grupos.

A entrevista semi-estruturada foi também utilizada como técnica para coleta de dados, pelo interesse em conhecer a perspectiva dos agentes quanto ao trabalho que realizavam no hospital. As entrevistas traduzem a representação dos agentes sobre o seu trabalho e, dessa forma, constituem-

se sempre em uma aproximação do concreto vivido. Considerando que não é possível reduzir a realidade à concepção dos homens, a entrevista foi utilizada para complementar e fazer o contraponto com os dados obtidos através da observação.

3.3 A exploração do campo

A fase de exploração do campo, desenvolvida com base em MINAYO (1994), constituiu-se de atividades direcionadas para a seleção do espaço da pesquisa, escolha do grupo de pesquisa, estabelecimento dos critérios de amostragem e da estratégia de entrada em campo.

A **seleção do local** para a pesquisa deveu-se ao interesse em analisar o processo de trabalho em um hospital universitário, por ser local de produção e reprodução de conhecimento e por considerar que, nesse espaço, há uma caracterização mais completa e mais rica do objeto em estudo. A princípio, pretendia-se realizar coleta de dados em dois hospitais universitários, um localizado na região sul e outro na região sudeste. Foram contatados dois hospitais universitários, nessa fase de exploração do campo, porém, ao iniciar a fase de coleta de dados, optou-se por apenas um deles, o Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, pois, à medida que a coleta de dados se dava, foi-se ampliando e aprofundando, mostrando que o estudo só em um hospital seria suficiente. Optou-se por esse, por ser de operação mais exequível, visto situar-se na cidade onde realizamos o doutorado.

A opção pelo microespaço ocorreu devido às características que existem em uma unidade de internação, na qual há um fluxo contínuo de trabalho e se concentram atividades do hospital para o cuidado e tratamento dos pacientes, requerendo práticas e saberes de várias categorias profissionais. Nesse cenário é possível captar o modelo de organização do trabalho em saúde no modelo clínico, a partir da distribuição das atividades cotidianas entre os agentes, da lógica de ordenamento dos espaços físicos, e das relações que se vão estabelecendo no processo de produção de cuidados de saúde. Além disso, considerou-se que a forma concreta de aparecerem as contradições no trabalho e de se apreenderem os conflitos entre os agentes dá-se diretamente durante a sua realização.

A **escolha do grupo** de pesquisa ocorreu em função da experiência profissional da pesquisadora em unidades de internação de clínica médica, o que facilitaria a aproximação ao objeto de investigação e poderia facilitar a interação no campo, pela familiaridade com o tipo de paciente, os procedimentos e cuidados realizados. A opção pela clínica médica foi também orientada pela noção de que a presença dos médicos é mais constante do que nas unidades de clínica cirúrgica e que, dessa forma, seria possível captar melhor a organização do trabalho a partir das inter-relações que ocorrem entre o ato médico e os trabalhos dos diversos agentes. Entre essas unidades de internação, foi selecionada aquela que correspondesse a uma melhor caracterização da clínica médica e que não tivesse pacientes em isolamento.

Para a **entrada no campo**, foram seguidos alguns passos, com a finalidade de obter autorização oficial da instituição. Nos dias 25 e 26/06/96, comparecemos à unidade de clínica médica selecionada no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, para conversar com a Enfermeira Diretora Técnica do Serviço de Clínica Médica, expondo a intenção de realizar coleta de dados para a pesquisa. Conversamos sobre os objetivos da pesquisa, explicando que o foco central consistia na organização do processo de trabalho e que a coleta de dados envolveria a observação das atividades e a realização de entrevistas com os agentes. Obtendo sua concordância, foi encaminhado o projeto de pesquisa para a Comissão de Ética Médica da referida instituição, acompanhado de ofício da orientadora, em 10/07/96 (Processo HCFMRP nº 3601/96). Encaminhamos, também, cópia do projeto de pesquisa para a unidade de clínica médica, para que permanecesse à disposição das pessoas que tivessem interesse em conhecer maiores detalhes sobre o estudo.

Enquanto aguardávamos autorização da referida comissão, comparecemos algumas vezes à unidade, realizando observação do trabalho da enfermeira, de modo a propiciar familiaridade com o ambiente, conhecimento da área física e estabelecimento dos primeiros contatos com os agentes do trabalho. Essa primeira aproximação do campo teve também a finalidade de tornar a equipe de enfermagem habituada à presença da pesquisadora e favorecer a interação.

Os **critérios de amostragem** foram estabelecidos com base em MINAYO (1994), considerando que uma amostra ideal em pesquisa

qualitativa não atende a critérios numéricos, mas é aquela que reflete as múltiplas dimensões da totalidade. Os critérios básicos para constituição da amostra foram os seguintes: eleição dos sujeitos com os atributos que o pesquisador pretendia conhecer; possibilidade de reincidência das informações, sem deixar de valorizar informações ímpares; garantia de abrangência da diversidade do conjunto de informantes, no intuito de apreender semelhanças e diferenças; inclusão progressiva conforme as descobertas do campo e o confronto com a teoria. Procurou-se abranger vários ângulos do processo de trabalho na unidade de internação, que levassem à caracterização do modelo clínico de organização tecnológica da forma mais completa.

Os agentes foram selecionados para observação conforme a categoria profissional, buscando abarcar os diversos trabalhos desenvolvidos na unidade de internação. Além da categoria profissional, foram selecionadas as atividades consideradas relevantes para captar as relações entre os sujeitos e a forma de organização do trabalho, bem como alguns espaços nos quais essas relações ocorrem de forma mais significativa. Para a realização das entrevistas, buscou-se incluir os agentes envolvidos na estrutura de produção de cuidados de saúde na unidade de internação, a partir dos dados obtidos pela observação.

O período para realização da observação e o número de entrevistas não foram estabelecidos previamente. Para delimitar a suficiência dos dados e encerrar a etapa empírica, foi utilizado o critério de saturação (POLIT & HUNGLER, 1995), quando se considerou que as informações se tornaram

reincidentes e deram mostras de exaustão. De fato, quando se procedeu às sucessivas leituras do material para sua classificação, a saturação foi reafirmada, pois os vários ângulos utilizados mostraram que havia reincidência e confirmação dos dados coletados.

3.4 O local do estudo

O estudo foi realizado no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP), fundado como entidade autárquica em 1956, com características de hospital-escola¹¹. É um hospital público estadual, desenvolvendo atividades direcionadas para o ensino, a assistência e a pesquisa. Desde 1988 está integrado ao Sistema Único de Saúde, na situação de hospital terciário, constituindo-se como o complexo hospitalar de maior complexidade da região.

Suas atividades são realizadas em dois prédios, em áreas geográficas distintas, sendo um situado na área central da cidade, no qual funciona a Unidade de Emergência e outro, situado no Campus Universitário, denominado HC Campus, com um prédio de 60.000 metros quadrados, inaugurado em 1978.

Dispõe de tecnologia de ponta, com recursos tecnológicos sofisticados para diagnóstico e tratamento, proporcionando atendimento ambulatorial, de emergência e internação programada. Está estruturado para

¹¹ Para as informações relativas ao HCFMRP-USP, foram consultados relatórios e publicações da instituição: UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, 1994, 1995, 1996.

proporcionar ensino e treinamento a estudantes dos cursos de graduação e pós-graduação da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, residentes de Medicina, Psicologia, Fisioterapia. É também campo de estágio para alunos de cursos de Auxiliar e Técnico de Enfermagem.

O HCFMRP está dotado de 667 leitos, dos quais 448 se localizam no Campus e 183 na Unidade de Emergência, além de 20 leitos no hospital-dia e 48 em retaguarda. Sua área de atuação concentra-se na região de Ribeirão Preto, mas atende também pacientes de outras regiões do país, devido às suas características de complexo hospitalar com tecnologia de ponta nas diversas especialidades. Na região de Ribeirão Preto, dos 35 hospitais distribuídos em 21 cidades, o HCFMRP absorve aproximadamente 20% da demanda de internações (UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, 1996).

Seu quadro de pessoal está provido de 3.696 servidores, que estão distribuídos nas diversas áreas de atuação. Apesar de ter havido um acréscimo no volume e na complexidade das atividades, nos últimos anos houve uma redução de 305 funções, correspondendo a 8,9% do número total de servidores (UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, 1995).

Associa-se à Universidade de São Paulo para cumprir seus objetivos básicos de ensino, pesquisa e assistência. Coloca-se à disposição da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP e da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP para atividades relativas ao ensino de graduação e pós-graduação, pesquisa e assistência. Sua estrutura organizacional é estabelecida segundo o Decreto nº 13.297, de 05/03/79. A Administração

Superior compõe-se de Conselho Deliberativo, Superintendência e Diretoria Clínica.

O Conselho Deliberativo é presidido pelo Diretor da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP-USP) e composto por 5 membros do corpo docente de distintos departamentos da FMRP-USP, indicados pela Congregação, 1 membro do Quadro de Pessoal do HCFMRP-USP, eleito pelos servidores, com seus respectivos suplentes, sendo todos os membros nomeados pelo Governador do Estado. Conforme regulamento, participam das reuniões do Conselho Diretor, sem direito a voto, o Superintendente, o Diretor Clínico, o Diretor da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto e um doutorando eleito entre os regularmente matriculados.

O Superintendente é nomeado pelo Governador do Estado, escolhido através de uma lista tríplice proposta pelo Conselho Deliberativo. O Diretor Clínico é um docente das áreas clínicas da FMRP-USP, designado pelo Conselho Deliberativo. A Divisão de Enfermagem possui uma Diretora de Serviço, nomeada pelo Superintendente.

A definição de diretrizes e estratégias, em consonância com os objetivos básicos da instituição e da FMRP-USP, é atribuição do Conselho Deliberativo. A execução compete ao Superintendente, através dos órgãos de assessoria e administração (UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, 1994).

Em 18/11/1988 foi criada a Fundação de Apoio ao Ensino, Pesquisa e Assistência (FAEPA) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Essa fundação é de caráter

privado, com fins não lucrativos e com autonomia administrativa e financeira, possuindo finalidades inerentes às atribuições do hospital, desde a assistência médica até o ensino e a pesquisa. Foi criada como instrumento para agilizar e dar flexibilidade à administração; possibilita investimento em recursos humanos na instituição hospitalar, na Faculdade de Medicina, em aparelhagem para as unidades, assim como investe na elaboração de novos métodos e auxilia na instalação de áreas que desenvolvem tecnologia de ponta. A FAEPA contrata funcionários, como forma de minimizar o problema de evasão de pessoal decorrente dos baixos salários pagos pelo Governo do Estado. Proporciona apoio alimentar aos servidores em geral, através da distribuição de vales de alimentação (UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, 1994).

A **unidade de clínica médica**, na qual os dados foram coletados, localiza-se no 5º andar do HCFMRP - Campus e está vinculada ao Serviço de Clínica Médica. Compõe-se de duas alas, A e B, com capacidade de 54 leitos para internação de adultos, distribuídos em enfermarias, conforme o sexo dos pacientes e a especialidade médica responsável pelo atendimento: pneumologia (8 leitos), clínica geral (16 leitos), nutrologia (6 leitos), cardiologia (14 leitos), gastroenterologia (10 leitos). No mesmo andar há uma unidade metabólica e uma unidade de transplante de medula óssea, que também pertencem ao Serviço de Clínica Médica, mas que não foram incluídas no estudo devido às características que apresentam de áreas fechadas e especializadas.

As **enfermarias** estão situadas de um dos lados de um extenso corredor e, no lado oposto, estão localizadas as salas destinadas ao uso dos trabalhadores da enfermagem e dos médicos. Em cada uma das alas, há um posto de enfermagem onde são preparadas medicações e guardados materiais necessários para realização de procedimentos e uma sala para utilização pela enfermeira e pelo pessoal de enfermagem.

A **distribuição dos leitos** nas alas e em cada enfermaria é feita de acordo com as especialidades. Na ala A, há 28 leitos, em seis enfermarias, identificadas por números ímpares, sendo que os quartos 505 e 507 possuem dois leitos. As enfermarias 509, 511, 513, 515 possuem seis leitos cada uma delas, sendo dispostos três em cada lado, mantendo-se um espaço lateral entre eles. Na ala B há 26 leitos, distribuídos em cinco enfermarias e identificados por numeração par (502, 504, 506, 508, 510), sendo uma delas com dois leitos e as demais com seis, dispostos da maneira já descrita nas enfermarias da ala A.

Em cada enfermaria há um banheiro, com chuveiro, pia e vaso sanitário. No fundo da enfermaria, junto à janela, há uma mesa com cadeiras, que é utilizada para colocação de material e papeletas dos pacientes. O pessoal de enfermagem e os médicos costumam utilizar essa mesa para fazerem anotações. Quando há necessidade de privacidade para os pacientes, por ocasião do banho ou realização de técnicas terapêuticas, são utilizados biombos ao redor dos leitos.

As paredes, o teto, as portas e o chão das enfermarias são em tons claros, seguindo um certo padrão que pode ser encontrado em outras

unidades do hospital. No corredor, junto à parede, encontra-se um balcão para guarda de prontuários e exames, o qual é também utilizado pelos trabalhadores para realização de registros.

Há uma sala para os médicos residentes, com mesa e cadeiras, livros, caracterizando-se como um espaço destinado a favorecer o trabalho intelectual de diagnóstico e de prescrição. Nesse espaço os residentes se reúnem com o médico contratado para discutirem diagnósticos e tratamento dos pacientes, para apresentarem seminários e os médicos docentes darem, também, algumas orientações aos doutorandos e residentes.

Na parte central da unidade está localizado um refeitório, que é uma sala ampla, com mesas, cadeiras e uma televisão, que atende as duas alas. Nesse espaço, os pacientes realizam suas refeições, conversam entre si ou com seus familiares, assistem televisão; os funcionários costumam reunir-se para o lanche, nesse mesmo local.

Em cada ala há um posto de enfermagem, situado no lado oposto ao das enfermarias. Esse é um local destinado às atividades do pessoal de enfermagem, tais como manuseio de prescrições médicas para preparo de medicações, guarda de material esterilizado e alguns equipamentos necessários ao atendimento dos pacientes. Há, ainda, uma sala utilizada pelas enfermeiras, onde é realizada a passagem de plantão entre o pessoal de enfermagem dos diferentes turnos.

Na extremidade da ala A há uma sala que se destina à utilização pelo pessoal do serviço de nutrição para recebimento das refeições e posterior distribuição aos pacientes.

3.5 A coleta dos dados

A fase de coleta de dados teve início após aprovação do projeto de pesquisa pela Comissão de Ética Médica. O trabalho de campo iniciou com a observação, que foi realizada pela pesquisadora e por uma auxiliar de pesquisa, também enfermeira, nos horários da manhã e da tarde, de 18 de setembro de 1996 a 29 de janeiro de 1997, totalizando cento e oitenta e seis (186) horas e compreendendo cinquenta e nove (59) períodos de observação. Cada período de observação teve duração em torno de três horas. A auxiliar de pesquisa foi treinada durante uma semana, na qual foi acompanhada pela pesquisadora. Discutimos o projeto de pesquisa, previamente à sua inserção no campo, com a finalidade de estabelecer uma concordância sobre os aspectos a serem observados e quanto à postura adotada pelos observadores no envolvimento com o grupo. Houve uma boa aceitação dessa nova observadora, que passou a participar do trabalho de campo no dia 12 de novembro de 1996.

A preocupação com os **princípios éticos** esteve presente durante todo o desenvolvimento do trabalho, procurando proteger os direitos dos indivíduos envolvidos, levando em consideração as Normas de Pesquisa em Saúde existentes no Brasil (GOLDIM, 1995) e os aspectos éticos para pesquisas em enfermagem expressos por POLIT & HUNGLER (1995).

Além da autorização institucional através da Comissão de Ética Médica do Hospital de Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (Anexo 1), foi necessário o acesso para acompanharmos as atividades dos diferentes agentes envolvidos no

processo de trabalho na unidade de internação. Com essa finalidade, apresentávamos sucintamente os propósitos da pesquisa e solicitávamos autorização para cada agente que seria observado, entregando um Termo de Consentimento Pós-Informação (Anexo 2), garantindo o anonimato, o caráter sigiloso das informações e o direito de não participar em qualquer situação de observação ou entrevista.

O Termo de Consentimento Pós-Informação continha explicação clara e completa sobre os objetivos da pesquisa, a finalidade a que se destinava e os procedimentos utilizados para a coleta de dados, assegurando que o indivíduo receberia esclarecimentos sobre quaisquer dúvidas acerca do estudo, tendo a liberdade de recusar-se a dar informações ou mesmo de não participar em qualquer momento que desejasse. Esse termo era assinado pelos sujeitos da pesquisa e pela pesquisadora, sendo uma via entregue aos primeiros e outra mantida com a pesquisadora.

A observação das atividades dos trabalhadores incluiu momentos de sua atuação junto aos pacientes nas enfermarias. Nas situações em que permanecemos observando a dinâmica do trabalho desenvolvido exclusivamente nesses locais, esclarecemos os pacientes quanto à finalidade do estudo e obtivemos sua autorização, garantindo sua privacidade, anonimato e o sigilo das informações obtidas. Como o foco da observação era o trabalho dos agentes, dispensamos a utilização de consentimento escrito dos pacientes, por julgar que a presente investigação se inclui na categoria de pesquisa sem risco, conforme classificação utilizada para pesquisas em saúde, pelo Conselho Nacional de Saúde (GOLDIM,

1995). Para a realização das entrevistas, obteve-se de cada sujeito o consentimento pós-informação, seguindo os mesmos princípios já descritos para a realização da observação. Para preservar o anonimato dos sujeitos, são utilizados nomes fictícios para os profissionais e pacientes, nos excertos do diário de campo e das entrevistas apresentados na discussão e interpretação dos dados.

A princípio, pretendíamos realizar a observação sistemática do trabalho, sem termos envolvimento ou participação nas atividades. Porém, logo no início do período de observação, foi preciso reconsiderar a decisão inicial, para possibilitar uma maior aceitação da pesquisadora pelo grupo, pois, conforme CICOUREL (1990), os pesquisadores que permanecem muito marginais às atividades diárias do grupo estudado não conseguem certos tipos de informações.

A situação que caracteriza o tipo de observação utilizado no presente estudo é a de participante como observador (GOLD, 1958), na qual o pesquisador estabelece uma relação que se limita ao trabalho de campo. A participação ocorre da forma mais profunda possível, através de observação informal das rotinas cotidianas e da vivência de situações consideradas importantes (MINAYO, 1994).

A aceitação do pesquisador pelo grupo e como ele vem a ser definido pelos observados é uma das dificuldades freqüentes no trabalho de campo, sendo que as relações que se estabelecem contribuem para definir os tipos de atividade às quais o observador terá acesso (CICOUREL, 1990).

Tínhamos consciência da necessidade de haver empatia, confiança e respeito entre o pesquisador e os pesquisados. Assim, procuramos desenvolver uma relação de troca, percebendo que a aceitação do pesquisador no campo era facilitada quando estabelecíamos interação com os sujeitos. As dificuldades iniciais eram superadas quando auxiliávamos em alguns procedimentos, mostrando que tínhamos conhecimento técnico, experiência e capacidade para intervir e não estávamos lá apenas para observar.

Na fase inicial do trabalho de campo, ao explicarmos aos técnicos e auxiliares de enfermagem como seria realizada a observação e qual a finalidade do estudo, esses comentavam que a observadora seria como uma “espiã”, demonstrando certa desconfiança quanto a nossa presença no campo. DENZIN (1989) salienta que, nos estágios iniciais do trabalho de campo, o investigador no papel de participante como observador pode encontrar hostilidade devido à incompreensão sobre sua presença ou como resistência a divulgar informações a um estranho. Além disso, MINAYO (1994) comenta que, para o grupo observado, importam mais a personalidade e comportamento do observador do que a base lógica dos seus estudos, pois as pessoas querem ter certeza de que não serão prejudicadas e que seus segredos não serão traídos.

Essas situações estiveram presentes no trabalho de campo, pois muitas vezes os observados demonstravam certa insegurança e preocupação, com receio de estarem realizando alguma atividade que pudesse ser avaliada como incorreta pelo observador, ou mesmo referindo

não saber muito bem o que se constituía como fato importante para ser observado. À medida que havia um contato freqüente e a observadora foi tornando-se mais conhecida, participando das atividades cotidianas, passou a haver confiança e esses sentimentos atenuaram-se. Entretanto, um dos atendentes de enfermagem continuou inibido e não aceitou que suas atividades fossem observadas, propondo-se somente a ser entrevistado. Foi respeitada sua decisão e outro atendente foi selecionado para esse fim.

Embora a postura de participante como observador caracterize o nosso envolvimento com os sujeitos observados, constatamos que não foi possível assumir um único papel durante a realização do trabalho de campo. MINAYO (1994) comenta que os papéis desempenhados pelo pesquisador nessa fase podem variar, sendo uma postura privilegiada em relação à outra, devido aos acontecimentos considerados mais ou menos importantes e à própria finalidade da investigação.

Nosso envolvimento no campo assumiu variações, conforme as situações encontradas, sendo necessário, muitas vezes, realizar atividades como enfermeira, em decorrência de necessidades dos pacientes, problemas existentes na unidade tais como falta de pessoal, situações de urgência, solicitações das pessoas. Percebíamos a necessidade de nos afastarmos em situações que traziam constrangimento, tanto para o observador como para os observados, não sendo possível acompanhar todos os diálogos e atividades. Nesses momentos, optávamos por ajudar os agentes a prestar algum cuidado aos pacientes. No entanto, à medida que se estabeleceu uma interação entre observador e observados, as situações

de constrangimento foram desaparecendo e os agentes passaram a fazer comentários e contribuições espontâneas, expressando interesse pelo andamento da pesquisa.

Conforme comentado por GONÇALVES (1994), o constrangimento provocado sobre o profissional, pela presença de um observador, poderia levar a um bloqueio do desenvolvimento das atividades, mas, em pesquisa por ele realizada, isso não ocorreu em proporções significativas. Outra consequência seria a possível falsificação dos procedimentos, que se torna um viés a favor da técnica e não contra ela, pois, se os agentes observados tendem a aperfeiçoar suas ações devido à presença de observadores, isso é feito na direção do que concebem como sendo o melhor, de forma a revelar suas concepções habituais sobre o objeto de trabalho, sobre suas finalidades e suas articulações.

O grau de envolvimento do pesquisador no campo é bastante discutido, principalmente quando a participação se torna mais intensa, o que, por um lado, tem a vantagem de expor a rotina e as atividades incomuns do grupo estudado, mas há o perigo de que o observador possa “virar nativo”, ou seja, adotar a maneira própria de o grupo perceber e interpretar o ambiente.

Dessa forma, houve preocupação com a questão da objetividade no trabalho de campo, levando-se em consideração a proposta de CICOUREL (1990), realizando-se periodicamente revisões críticas com a orientadora sobre os procedimentos adotados e os diferentes papéis representados pelos sujeitos da pesquisa e pela própria pesquisadora. Além disso,

procurávamos ter em mente a necessidade de fazer perguntas e exercitar a capacidade de estranhar a realidade, buscando identificar o exótico em situações que poderiam ser familiares e transformando o familiar em exótico, como propõe DA MATA (1978). Só depois de ter realizado atividades como enfermeira é que nos foi possível manter certa distância para podermos observar com maior objetividade.

Foi necessário utilizar vários ângulos para olharmos e captarmos o objeto de estudo em suas múltiplas dimensões, para apreendermos como se organiza o processo de trabalho na unidade de internação. Inicialmente, o foco de observação foi o trabalho das enfermeiras, a partir do qual foi possível captar a dinâmica de todo o trabalho desenvolvido na unidade e a articulação da enfermeira com outros agentes, como os médicos, a fisioterapeuta, a nutricionista, os técnicos de enfermagem, os auxiliares de enfermagem, os atendentes de enfermagem, a escriturária, o pessoal administrativo. Acompanhamos a enfermeira de cada uma das alas da clínica médica, nos turnos da manhã e da tarde, destinando períodos exclusivos de observação para cada uma delas.

Nessa primeira etapa, a participação nas atividades realizadas pela enfermeira na unidade de internação, em locais diversos como as salas das enfermeiras, o posto de enfermagem, as enfermarias, possibilitou compreender a organização geral do trabalho e mostrou a necessidade de acompanharmos alguns momentos particularizados para entendermos as articulações entre os agentes e a finalidade do processo de trabalho. O foco deslocou-se para cada uma das atividades enumeradas a seguir, às quais

foram destinados alguns períodos específicos de observação: a passagem de plantão, o cuidado prestado nas enfermarias, as atividades realizadas na sala das enfermeiras, a visita médica, a visita dos familiares aos pacientes.

À medida que a observação abrangia a maioria das atividades que constituem o cotidiano de produção de cuidados em uma unidade de internação, foi possível identificar a necessidade de acompanharmos o trabalho em ato de cada um dos agentes que compõem esse cenário. Assim, foi observado individualmente o trabalho do médico residente, do técnico de enfermagem, do auxiliar de enfermagem, do atendente de enfermagem, da escriturária.

Como a clínica médica é composta por duas alas, com leitos para distintas especialidades e contando com quadro de pessoal distinto, a observação foi realizada em cada um desses setores. Por se tratar de um hospital universitário, em diversos momentos foi possível observar atividades relacionadas ao ensino e à participação dos docentes de medicina e de enfermagem nas atividades diárias do setor.

Para o registro das observações, utilizamos um diário de campo, seguindo a proposta de BOGDAN & BIKLEN (1986), que propõem que o conteúdo das observações seja composto de uma parte descritiva e uma parte reflexiva. A parte descritiva consistiu no registro detalhado do que acontecia no campo, isto é, a descrição dos fatos e das atividades, a transcrição das falas dos sujeitos, a descrição do comportamento do observador, incluindo suas ações e conversas com os sujeitos participantes. A parte reflexiva constou dos comentários pessoais do pesquisador,

incluindo pontos a serem esclarecidos, além de mudanças na perspectiva do observador, tais como a evolução de suas expectativas e opiniões durante o estudo, sentimentos, problemas, dúvidas e algumas reflexões metodológicas (procedimentos e estratégias utilizados, problemas encontrados para obtenção dos dados, decisões tomadas).

O registro das observações foi muito difícil de ser realizado no momento em que as coisas aconteciam. Quando fazíamos algumas anotações, mesmo pequenas, as enfermeiras e os auxiliares teciam comentários que denotavam sua preocupação e desconfiança com o que estava sendo registrado. LÜDKE e ANDRÉ (1986) apontam dificuldades para fazer anotações no momento da observação, principalmente nos papéis que envolvem combinação de observador e participante, podendo isso comprometer a interação com o grupo.

Por esse motivo, optamos por anotações breves durante o período em que permanecíamos na unidade, deixando para fazermos o relato detalhado das observações em momentos que não fossem muito distantes, preferentemente logo após sair do hospital, para não haver esquecimento. Procuramos registrar na íntegra aqueles trechos do discurso dos agentes que eram especialmente significativos, em pequenos pedaços de papel, para que esses dados correspondessem fielmente ao ocorrido, para posteriormente integrá-los à descrição do contexto e à seqüência dos fatos ocorridos, quando realizávamos o registro de cada período de observação no diário de campo.

Após um mês, essa dificuldade amenizou-se. Ao iniciar a observação dentro da enfermaria, foi possível fazer o registro na íntegra, no próprio local. Da mesma forma, quando a observação se direcionou para as atividades específicas dos agentes, efetuaram-se as anotações no transcorrer da realização do trabalho, de modo que o registro fosse o mais exato e completo possível. Embora os observados tenham passado a aceitar essa atitude das observadoras, havia sempre uma certa curiosidade quanto ao que estava sendo descrito.

Digitaram-se e ordenaram-se as anotações do diário de campo à medida que foram realizadas, numa seqüência temporal, obtendo-se 180 páginas. Para facilitar o manuseio, foram agrupadas por mês (setembro, outubro, novembro, dezembro / janeiro) e identificadas como DIARIO1, DIARIO2, DIARIO3, DIARIO4. Os quadros 1, 2, 3 e 4, às páginas seguintes, apresentam a ordenação utilizada, conforme a data, o período e o local em que a observação se realizou e a atividade ou o agente que foram foco de observação.

QUADRO 1 - DIÁRIO DE CAMPO 1

Data	Período	Local	Foco da observação	Número de horas
18/09/96	08:00 - 12:00	5 ^o A	Enfermeira	4:00
19/09/96	08:50 - 13:15	5 ^o A	Enfermeira	4:25
20/09/96	08:00 - 13:00	5 ^o A	Enfermeira	5:00
23/09/96	08:00 - 12:15	5 ^o B	Enfermeira	4:15
24/09/96	08:00 - 12:15	5 ^o B	Enfermeira	4:15
25/09/96	08:10 - 12:30	5 ^o A	Enfermeira	4:20
26/09/96	14:00 - 16:00	5 ^o A + 5 ^o B	Enfermeira	2:00
27/09/96	08:30 - 11:00	5 ^o A + 5 ^o B	Enfermeira	2:30
30/09/96	12:50 - 16:20	5 ^o B	Enfermeira	3:30

QUADRO 2 - DIÁRIO DE CAMPO 2

Data	Período	Local	Foco da observação	Número de horas
01/10/96	14:20 - 18:00	5 ^o A	Enfermeira	3:40
02/10/96	08:30 - 11:15	5 ^o A	Enfermeira	2:45
08/10/96	14:15 - 17:45	5 ^o A + 5 ^o B	Enfermeira	3:30
09/10/96	14:45 - 18:00	5 ^o A + 5 ^o B	Enfermeira	3:15
13/10/96	14:45 - 17:45	5 ^o A	Enfermeira	3:00
16/10/96	14:00 - 17:30	5 ^o B	Enfermeira	3:30
17/10/96	15:00 - 19:30	5 ^o A	Enfermeira	4:30
18/10/96	08:50 - 11:20	5 ^o A	Enfermeira	2:30
21/10/96	09:00 - 13:15	5 ^o B	Enfermaria	4:15
22/10/96	09:00 - 12:00	5 ^o B	Enfermaria	3:00
24/10/96	07:50 - 11:20	5 ^o B	Enfermaria	3:30
25/10/96	07:45 - 10:45	5 ^o B	Enfermaria	3:00
28/10/96	12:45 - 16:45	5 ^o B + 5 ^o A	PP (1) + TEM (2)	4:00
29/10/96	15:45 - 19:15	5 ^o A	PP (1) + TEM (2)	3:30
30/10/96	08:50 - 11:50	5 ^o A	Kardex	4:00

(1) PP = Passagem de Plantão

(2) TEM = Técnico de enfermagem responsável pela medicação

QUADRO 3 - DIÁRIO DE CAMPO 3

Data	Período	Local	Foco da observação	Número de horas
04/11/96	09:30 - 12:30	5 ^o A	Kardex	3:00
05/11/96	07:45 - 12:30	5 ^o A	TEC (1)	4:40
07/11/96	07:45 - 10:15	5 ^o A	Residente	2:30
07/11/96	14:00 - 18:00	5 ^o A	Residente	4:00
08/11/96	07:45 - 11:00	5 ^o A	Residente	3:15
11/11/96	09:10 - 11:10	5 ^o A	Enfermaria	2:00
12/11/96	08:00 - 11:00	5 ^o A	Enfermaria	3:00
13/11/96	08:05 - 11:35	5 ^o A	Enfermaria	3:30
14/11/96	08:08 - 11:15	5 ^o A	Enfermaria	3:00
18/11/96	06:45 - 10:30	5 ^o A	PP (2) + SE (3)	3:30
19/11/96	08:00 - 11:30	5 ^o A	Enfermaria	3:30
20/11/96	06:50 - 11:00	5 ^o A	PP (2) + EF (4)	4:10
20/11/96	08:50 - 11:50	5 ^o B	Escriturária	3:00
22/11/96	06:40 - 09:40	5 ^o A	PP (2) + SE (3)	3:00
22/11/96	10:00 - 12:00	5 ^o B	Escriturária	2:00
25/11/96	08:30 - 11:20	5 ^o A	Escriturária	3:00
26/11/96	08:00 - 11:00	5 ^o A	Escriturária	3:00
27/11/96	08:05 - 11:35	5 ^o A	AE (5)	3:30
27/11/96	08:10 - 11:10	5 ^o A	AEC (6)	3:00
28/11/96	14:00 - 16:00	5 ^o A	AE (5)	2:00
29/11/96	07:50 - 11:00	5 ^o B	Enfermaria	3:10

(1) TEC = Técnico de Enfermagem nos Cuidados

(2) PP = Passagem de Plantão

(3) SE = Sala das Enfermeiras

(4) EF = Enfermaria

(5) AE = Alunas de Enfermagem

(6) AEC = Auxiliar de Enfermagem nos Cuidados

QUADRO 4 - DIÁRIO DE CAMPO 4

Data	Período	Local	Foco da observação	Número de horas
02/12/96	15:00 - 18:00	5 ^o B	TEC (1)	3:00
03/12/96	07:45 - 10:45	5 ^o B	Enfermaria	3:00
04/12/96	08:30 - 11:30	5 ^o B	Enfermaria	3:00
09/12/96	08:15 - 11:15	5 ^o A	Enfermeira	3:00
09/12/96	08:15 - 10:15	5 ^o B	TEC (1)	2:00
10/12/96	08:00 - 10:00	5 ^o B	TEM (2)	2:00
10/12/96	08:10 - 11:00	5 ^o B	AEC (3)	3:00
19/12/96	08:00 - 10:30	5 ^o A	Enfermeira	2:30
20/12/96	07:45 - 10:45	5 ^o B	Enfermeira	3:00
08/01/97	15:00 - 16:30	5 ^o B	Visita a pacientes	1:30
10/01/97	13:45 - 16:00	5 ^o B	ATE (4)	2:15
15/01/97	15:00 - 16:30	5 ^o B	Visita a pacientes	1:30
20/01/97	13:40 - 16:00	5 ^o B	ATE (4)	2:20
29/01/97	13:35 - 15:35	5 ^o A	ATE (4)	2:00

(1) TEC = Técnico de Enfermagem nos Cuidados

(2) TEM= Técnico de Enfermagem na Medicação

(3) AEC = Auxiliar de Enfermagem nos Cuidados

(4) ATE = Atendente de Enfermagem

As entrevistas foram todas realizadas pela pesquisadora, de 22 de novembro de 1996 a 05 de fevereiro de 1997, com utilização de gravador. Para realizá-las, agendou-se o dia e o turno com os entrevistados. Não foi possível agendar horário, pois entrevistaram-se as pessoas durante a jornada de trabalho. Assim, foi necessário aguardar o momento em que estivessem menos sobrecarregadas e disponíveis para conversar.

No momento de agendar a entrevista, explicávamos a sua finalidade e que seu conteúdo seria acerca das atividades diárias realizadas pelo entrevistado. Foram entrevistados vinte e um agentes: três residentes, uma enfermeira diretora técnica do serviço, duas enfermeiras, dois técnicos de enfermagem, dois auxiliares de enfermagem, dois atendentes de enfermagem, duas escriturárias, um médico contratado, dois docentes de medicina, dois docentes de enfermagem, uma nutricionista e uma fisioterapeuta.

Foi necessário permanecer na unidade, para realizar cada entrevista, em torno de 3 horas e meia a 4 horas, devido ao tempo de espera associado ao tempo de duração das entrevistas, que variou de 20 a 70 minutos. Para algumas entrevistas, necessitou-se remarcar o dia, em virtude de longo período de espera pelo fato de que os sujeitos a serem entrevistados estavam muito atribulados.

Optou-se pela entrevista semi-estruturada, na qual o informante tem a possibilidade de discorrer sobre suas experiências, a partir do foco principal proposto pelo pesquisador; ao mesmo tempo que permite respostas livres e espontâneas do informante, valoriza a atuação do entrevistador. As

questões elaboradas para a entrevista levaram em conta o embasamento teórico da investigação e as informações que o pesquisador recolheu sobre o fenômeno social (TRIVIÑOS, 1987).

Os roteiros (Anexos 3, 4, 5 e 6) utilizados para a realização das entrevistas foram elaborados a partir das experiências vivenciadas através da observação participante, que favoreceu a identificação de algumas dimensões do real com maior relevância para serem aprofundadas na perspectiva dos agentes. Contêm questões sobre as atividades realizadas pelos diversos agentes, sobre a concepção a respeito do seu trabalho e a respeito do trabalho de outros agentes, as relações do seu trabalho com outros dentro da equipe de saúde, a concepção acerca da finalidade do trabalho realizado no hospital, sua concepção no que diz respeito aos pacientes e aos instrumentos de trabalho. Esses roteiros serviram para dar início à entrevista, não sendo seguidos rigidamente, pois, conforme o entrevistado colocava suas idéias, as perguntas iam sendo introduzidas.

Alguns vieses da utilização da entrevista como técnica de coleta de dados são comentadas por HAGUETTE (1995). Esses podem estar presentes tanto na pessoa do pesquisador como em fatores externos a ele. Quanto aos últimos, cita o roteiro utilizado, o informante e a situação de interação entre o entrevistador e o entrevistado. Como as entrevistas foram realizadas quando o trabalho de campo estava em andamento, acredita-se que a convivência com os agentes tenha contribuído para uma melhor interação no momento da entrevista, entretanto algumas pessoas se mostravam preocupadas com o que seria perguntado e se suas respostas

seriam corretas ou não. Explicávamos que não havia esse critério em relação ao que seria respondido e que o interesse estava voltado para as experiências e contribuições de cada um quanto ao tema da pesquisa. Por vezes, aqueles que já haviam sido entrevistados incentivavam outros a participar da entrevista, relatando suas impressões sobre a experiência e sobre o conteúdo das questões abordadas.

Algumas situações merecem ser comentadas. Uma atendente de enfermagem, com a qual já havíamos agendado previamente o encontro, referiu sentir-se inibida pelo uso do gravador, no momento em que a entrevista teria início. Devido à dificuldade em registrar os dados por escrito e pelo fato de termos uma estimativa do tempo médio de duração das entrevistas anteriores, optamos por contatar outro atendente. Uma enfermeira não concordou em ser entrevistada, alegando ser muito tímida numa situação de entrevista formal, mas foram consideradas suas contribuições, registradas no diário de campo, relativas às situações ocorridas ao observar seu trabalho.

TRIVIÑOS (1987) comenta que, quando as pessoas não estão familiarizadas com o uso do gravador, isso pode inibir o informante no começo do trabalho, mas que, rapidamente, a pessoa se torna espontânea e ignora a utilização do aparelho. Observamos que, de fato, essa inibição ocorria nos minutos iniciais, após os quais o entrevistado se sentia à vontade e discorria com naturalidade sobre os temas propostos.

As entrevistas foram transcritas e digitadas pela pesquisadora e por auxiliares de pesquisa, sendo posteriormente todas conferidas e corrigidas

pela pesquisadora, através da audição da gravação e leitura do material transcrito. Foram identificadas com a utilização de um código para cada entrevistado, conforme a seqüência de realização da entrevista e a categoria profissional: **MR** - médico residente; **MC** - médico contratado; **MD** - médico docente; **EN** - enfermeira; **ED** - enfermeira docente; **TE** - técnico de enfermagem; **AU** - auxiliar de enfermagem; **AT** - atendente de enfermagem; **ES** - escriturária; **NU** - nutricionista; **FI** - fisioterapeuta. Por exemplo, E1MR (entrevista 1, médico residente), E2EN (entrevista 2, enfermeira), E5TE (entrevista 5, técnico de enfermagem), E15MD (entrevista 15, docente de medicina), E21ED (entrevista 21, docente de enfermagem). O quadro 5, apresentado na página seguinte, traz a caracterização dos agentes entrevistados.

Quadro 5 - Caracterização dos agentes entrevistados no HCFMRP, 1997.

Código	Categoria Profissional	Tempo de trabalho	Idade	Data	Duração
E1MR	médico residente	2 anos	26	22/11/96	55 min
E2EN	enfermeira	2 anos	38	25/11/96	25 min
E3MR	médico residente	2 anos	26	25/11/96	45 min
E4EN	enfermeira	20 anos	43	26/11/96	50 min
E5TE	técnico enfermagem	19 anos	41	27/11/96	50 min
E6AT	atendente enferm.	18 anos	37	05/12/96	55 min
E7EN	enfermeira	10 anos	44	05/12/96	70 min
E8AU	auxiliar enferm.	19 anos	43	12/12/96	45 min
E9TE	técnico enferm.	18 anos	39	13/12/96	30 min
E10ES	escriturária	5 anos	45	16/12/96	45 min
E11AU	aux. de enferm.	20 anos	43	16/12/96	40 min
E12ES	escriturária	2 anos	20	18/12/96	30 min
E13MC	méd. contratado	6 anos	35	23/01/97	40 min
E14MR	médico residente	2 anos	26	23/01/97	45 min
E15MD	médico docente	20 anos	45	27/01/97	50 min
E16ED	enf ^a . docente	25 anos	48	28/01/97	55 min
E17MD	médico docente	1 ano	40	29/01/97	20 min
E18NU	nutricionista	7anos	31	29/01/97	25 min
E19AE	atend. enferm.	10 anos	40	30/01/97	20 min
E20FI	fisioterapeuta	3 anos	31	30/01/97	60 min
E21ED	enf ^a . docente	15 anos	42	05/02/97	40 min

3.6 A análise dos dados

A análise dos dados foi fundamentada na perspectiva dialética, em consonância com o referencial teórico-metodológico desta investigação, permitindo contemplar os dados empíricos com suas particularidades, sem perder de vista a correlação com a perspectiva histórica e social em que estão inseridos. Nessa perspectiva, o processo de conhecimento não é único e não é acabado; é resultante de embates entre conclusões e refutações que levam a novas conclusões, pois o conhecimento que se produz acerca de um objeto é uma tentativa de aproximação da realidade.

A fase de tratamento dos dados foi operacionalizada conforme proposta de MINAYO (1994), constituindo-se dos seguintes passos: ordenação dos dados, classificação dos dados e análise final.

A fase de ordenação dos dados constou de transcrição das fitas e releitura das entrevistas, com a utilização de códigos para cada categoria profissional, além da organização dos relatos das observações contidos no diário de campo numa seqüência temporal. Os códigos utilizados para identificar os entrevistados e a organização dos dados das observações estão detalhados nos quadros apresentados no item referente à fase de coleta de dados. Essa organização tornou possível o mapeamento do conjunto do material produzido na fase empírica, englobando tanto as observações registradas no diário de campo como as entrevistas realizadas com os agentes.

Para operacionalizar a ordenação e separação das estruturas de relevância, assim como seu reagrupamento em núcleos, foi utilizado um

programa de computador denominado Ethnograph. Esse programa facilita o manejo dos dados, realizando algumas tarefas mecânicas utilizadas tradicionalmente, como as cópias, recortes e colagens, enquanto liberam o pesquisador para se concentrar nos procedimentos analíticos do material empírico. É um dos programas mais utilizados para codificação e classificação de dados qualitativos e foi desenvolvido por John Seidel e Jack Clark, pesquisadores de universidades americanas.

Os recursos do Ethnograph permitem a codificação de segmentos do texto e seu agrupamento por temas, conforme classificações estabelecidas pelo pesquisador; é possível associar categorias e reagrupá-las, facilitando o processo de interpretação e construção teórica. Sua utilização não realiza qualquer tipo de análise e não substitui o raciocínio analítico do pesquisador, pois as reflexões teóricas e conceptuais se fazem presentes durante todos os momentos de codificação dos dados (TAFT, 1993; RUSSEL & GREGORY, 1993; CASSIANI & ZAGO, 1995).

Após a ordenação, procedeu-se à classificação dos dados, através da leitura exaustiva e repetida do conjunto do material obtido (leitura flutuante), buscando uma maior aproximação dos dados coletados para identificar idéias centrais e aspectos relevantes. A leitura flutuante foi realizada tanto no sentido vertical, ou seja, cada entrevista e cada período de observação, como no sentido horizontal, que constou da leitura do conjunto dos dados empíricos. Os dados das observações foram confrontados com os dados das entrevistas, num movimento concomitante e complementar, de modo que a análise viabilizasse a interpretação do conteúdo da fala cotidiana dos

profissionais dentro de um quadro de referência, no qual a ação objetivada permitisse ultrapassar a mensagem manifesta e atingir os significados latentes.

A observação direta do trabalho e as entrevistas realizadas com os agentes geraram uma grande quantidade de informações em estado bruto, que necessitaram de sucessivas elaborações para serem transformadas em material de interesse científico. Dessa forma, levou-se em consideração o embasamento teórico adotado, os objetivos e os pressupostos colocados para o desenvolvimento da pesquisa, pois entende-se que o dado não existe por si só, ele é "construído" como resultado da relação entre as questões teóricas elaboradas e as perguntas que fazemos diante do material empírico.

O momento classificatório permitiu estabelecer **estruturas de relevância** que foram apreendidas *"pela incidência de ênfase em determinados aspectos da realidade, indicando a base de confronto do material empírico com as teorias existentes sobre o assunto"* (MINAYO, 1985, p.23).

Para o nosso objeto de estudo, considerando o referencial teórico utilizado sobre a organização tecnológica do trabalho em saúde e a micropolítica do trabalho vivo em ato, as **estruturas de relevância** que indicaram a base de confronto com o material empírico foram, numa primeira instância, as seguintes: concepção do trabalho, finalidade do trabalho, concepção do paciente, organização do trabalho, centralidade do ato médico, divisão do trabalho, saber operatório, trabalho coletivo, trabalho da

enfermeira e dos outros agentes, interdependência e complementaridade, condições de trabalho, relações sociais, autogoverno dos trabalhadores.

No processo de aprofundamento da análise, os títulos utilizados inicialmente foram agrupados, constituindo **três núcleos de estruturas de relevância**, assim denominados: **estrutura de produção de cuidados de saúde, relações sociais, autogoverno dos trabalhadores**.

Esses núcleos foram, num terceiro momento, novamente reagrupados, tendo como **fio condutor** para a análise **o ato operatório da produção de cuidados**, ou seja, o trabalho realizado pelo médico, pela enfermagem, pela nutrição, pela fisioterapia e outros, com seus saberes e práticas específicos e alguns compartilhados. No ato operatório, vai-se dando a divisão técnica do trabalho e vão-se conformando relações sociais entre os profissionais e entre esses e o paciente.

Para realizar a análise final, procurou-se, com base em MINAYO (1994), articular o material empírico e o referencial teórico, num movimento interpretativo e de abstração, visando ultrapassar a simples descrição dos dados e tentando estabelecer relações que possibilitassem novas explicações. Assim, buscou-se o encontro com os fatos empíricos, retomando os fundamentos da teoria e estabelecendo articulações entre o concreto e o abstrato, o geral e o particular, a teoria e a prática, para construir uma nova aproximação do objeto.

4 O COTIDIANO DO TRABALHO EM SAÚDE NO HOSPITAL

A discussão e interpretação dos dados empíricos, aqui apresentada, tem como fio condutor o ato operatório da produção de cuidados. Durante o processo de análise, os dados foram classificados a partir de estruturas de relevância, conforme já explicitado anteriormente. A ordenação dos dados e sua classificação em estruturas de relevância permitiram visualizar as partes que compõem o processo de produção de cuidados, mas, para interpretá-los, foi necessário recompor o todo. Não foi possível repartir as atividades exclusivamente técnicas, ou seja, analisar a produção de cuidados apenas no seu aspecto técnico para, a seguir, apontar as relações sociais entre os profissionais. Foi necessário analisar essas relações no seu conjunto, no contexto em que elas ocorrem.

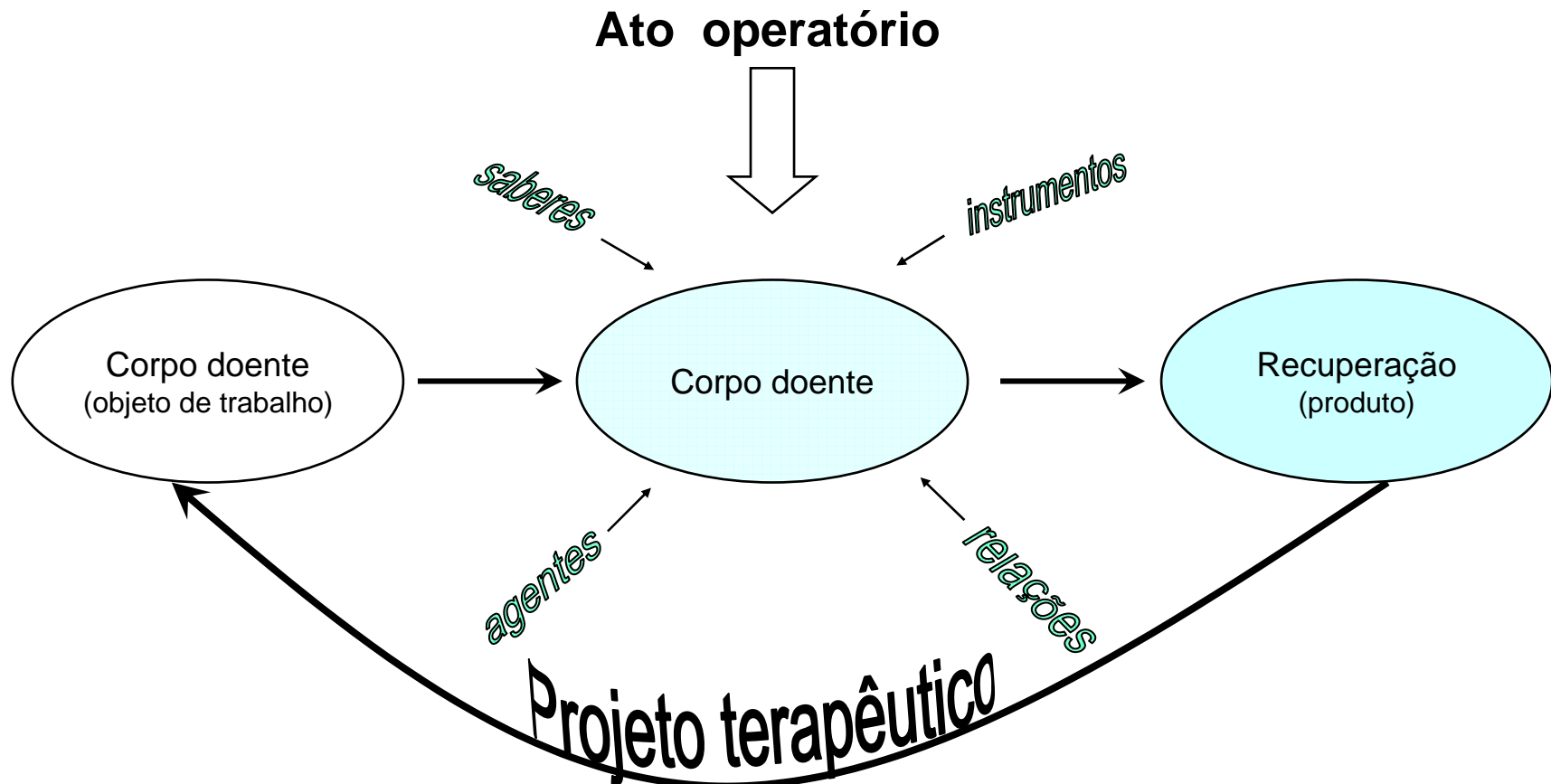
Assim, a lógica utilizada para a discussão do material empírico considera que as relações sociais existem no momento da produção de cuidados e, portanto, só podem ser entendidas como relações que se dão entre os homens no ato operatório, o qual expressa a divisão social e técnica do trabalho em saúde no hospital. O trabalho realizado pelos profissionais tem como finalidade produzir cuidados de saúde ao paciente internado para

obter como resultado a recuperação do corpo doente. A produção de cuidados se dá em torno de um projeto intelectual, que é o projeto terapêutico, que guia todo o processo e em torno do qual se conformam saberes e práticas para satisfazerem as necessidades dos homens na preservação da vida.

Os dados interpretados são apresentados da seguinte forma: inicialmente, descrevemos o espaço físico e social da produção de cuidados e a equipe de trabalho para, a seguir, discutirmos o modelo clínico de cuidado e o projeto terapêutico, a realização do trabalho coletivo em torno do ato médico, destacando as relações de interdependência, complementaridade, autonomia, resistência e submissão que se conformam no ato operatório, a concepção existente acerca do paciente e o atendimento prestado. Por fim, discutimos a organização do trabalho de enfermagem nessa estrutura de produção de cuidados.

A figura a seguir mostra, de maneira ilustrativa, a lógica utilizada para a análise e interpretação dos dados tendo o ato operatório como fio condutor.

O processo de produção de cuidados no modelo clínico



4.1 O ESPAÇO FÍSICO E SOCIAL DA PRODUÇÃO DE CUIDADOS E A EQUIPE DE TRABALHO

O local de trabalho é um dos instrumentos que compõem as condições materiais necessárias à realização do processo de trabalho. Na organização tecnológica e social do trabalho em saúde, entre esses instrumentos, o hospital assume posição fundamental, por ser o local onde as práticas e saberes se desenvolveram historicamente. No hospital, o microespaço da unidade de internação consiste em um dos instrumentos que reúnem algumas das condições materiais que possibilitam a produção de cuidados de saúde para a recuperação do corpo adoecido. O espaço físico não é somente onde estão alocadas as coisas e as pessoas, mas expressa também como se dão as relações sociais entre os diversos profissionais e entre esses e o paciente.

Conforme CARAPINHEIRO (1993), nos serviços hospitalares se identifica uma organização de elementos simbólicos que permite reconhecer a importância técnica e social dos diferentes lugares, reforçando os elementos de segregação física. Portanto, a distribuição das atividades e a configuração do espaço físico têm uma simbologia que mostra a forma de organização social em torno da qual se estrutura a produção de cuidados e que demarca os graus de privacidade de acordo com os graus de poder das pessoas que ocupam os locais e daquelas que a eles têm acesso.

A importância técnica e social atribuída aos diferentes locais e o significado da configuração espacial podem ser reconhecidos no que diz respeito aos espaços privativos de algumas categorias profissionais, ao

passo que há outros espaços que, embora sejam destinados a determinadas categorias, são utilizados por todos os agentes:

Há uma sala no 5º B, ao final do corredor, onde um médico docente e alguns médicos residentes estão sentados e ficam conversando sobre os pacientes.

No 5º A há também uma sala, na qual os médicos contratados, os médicos residentes e doutorandos ficam sentados ao redor de uma mesa grande, fazendo prescrições e consultando livros; também assistem aulas nessa sala. As enfermeiras quase não entram nessa sala, mas os residentes vão muito à sala da enfermagem, perguntar coisas sobre os pacientes ou avisar sobre condutas tomadas (DIARIO1, 27/09/96).

Assim, os médicos ocupam um espaço que é adequado ao desenvolvimento do trabalho intelectual. Possuem um local reservado e privativo para estudo e discussão, com mesas, cadeiras e livros. Fazem evolução e prescrição diárias nesse local, mas também usam o balcão existente no corredor e no posto de enfermagem. O pessoal de enfermagem raramente entra nessa sala e mesmo a enfermeira evita chamar um dos médicos quando estão ali reunidos, parecendo que não podem ser interrompidos. Por outro lado, o posto de enfermagem é um local que se destina mais ao trabalho manual, com poucos lugares para sentar. É o local onde os funcionários de enfermagem preparam medicações e materiais necessários para realização de procedimentos. Contíguo ao posto de enfermagem, localiza-se a sala da enfermeira, na qual há um trânsito constante de pessoas, não só da enfermagem mas também de médicos, que vão ali para usar o telefone, tomar cafezinho, consultar o kardex ou falar com a enfermeira sobre o cuidado dos pacientes.

Essa divisão privativa de espaços físicos, que também são sociais, com características diferentes entre os locais de trabalho, traduz a supremacia do grupo social dominante. Pode ser atribuída uma maior

privacidade conforme os diferentes graus de poder atribuídos a seus ocupantes e ao trabalho que desenvolvem, coincidindo com as análises de LOPES (1994) e CARAPINHEIRO (1993) sobre a simbologia de poder inscrita na desigualdade do acesso social dos agentes aos espaços nos serviços hospitalares.

Segundo CARAPINHEIRO (1993, p.111), a organização do espaço físico e seus respectivos elementos simbólicos tem um sistema implícito de proibições que expressa o poder e o prestígio médicos e traduz *"a separação profissional no contexto de uma relação de superioridade da hierarquia funcional médica sobre a hierarquia funcional de enfermagem"*.

Alguns elementos do ambiente, como o leito ocupado pelo paciente, têm um significado próprio no plano simbólico. O mesmo número do leito é usado para identificar o doente que o ocupa, podendo até substituí-lo, quando se ausenta da enfermaria para realizar algum procedimento em outro local. Os médicos não deixam de se reunir ao redor do leito, mesmo vazio, durante a visita médica, continuando a discussão dos casos como se o paciente estivesse ali presente:

São 10 horas. Está começando a visita médica. Os residentes, o médico contratado e os docentes entram nas enfermarias, seguindo a ordem numérica dos leitos. Ficam vários médicos `a volta do leito de cada paciente. O residente relata a história de cada um dos pacientes internados na enfermaria. Passam em cada leito, discutindo sobre cada paciente, mesmo que o leito esteja vazio (alguns pacientes não estão presentes, foram fazer exames). Falam sobre a patologia, resultados de exames que já foram feitos e outros que serão necessários para chegar ao diagnóstico (DIARIO1, 24/09/96).

A enfermaria é o ponto central das atividades para produção de cuidados. É o local onde se espera que o doente permaneça para ser examinado e para ser atendido. À beira do leito do paciente são realizados inúmeros procedimentos e esse é um espaço compartilhado por todos os

profissionais. Em função disso, há um grande número de pessoas circulando nas enfermarias: médicos contratados e docentes, residentes, doutorandos, alunos de medicina e de enfermagem, fisioterapeuta, enfermeira, funcionários da enfermagem, da nutrição, da limpeza. A aparência das enfermarias, às vezes, é desorganizada em função dos procedimentos constantemente realizados.

Enquanto os agentes de enfermagem estão prestando cuidados, como administrar medicação e dar banho nos pacientes, os residentes examinam os pacientes, questionam sobre a sintomatologia. Às vezes, é preciso aguardar que os médicos terminem de conversar com os pacientes ou que terminem de examiná-los, para que alguns cuidados prestados por outros profissionais possam ser iniciados.

O espaço físico destinado aos pacientes é restrito e expressa uma disciplinarização dos corpos e uma vigilância constante como exercício de poder, na concepção de FOUCAULT (1994). A distribuição das enfermarias permite que o comportamento dos pacientes seja constantemente observado e registrado. Eles podem circular pelo corredor da unidade e permanecer no refeitório, mas não têm acesso a outros espaços. Em geral, permanecem deitados nas camas ou sentados dentro das enfermarias, conversando entre si, sempre aguardando para serem examinados pelos médicos ou para receber algum cuidado do pessoal de enfermagem e de outros profissionais envolvidos no seu atendimento. Os momentos em que os doentes saem da unidade de internação são aqueles necessários para a realização de

exames ou procedimentos em outros setores do hospital, sempre acompanhados por algum membro do hospital.

Quando precisam solicitar alguma coisa ao pessoal de enfermagem, os pacientes ficam parados na porta do posto de enfermagem, pois esse é um local ao qual só os profissionais têm acesso. Também é comum encontrarem-se os pacientes na porta das enfermarias ou no corredor, aguardando uma oportunidade para falar com os médicos, evitando interromper as atividades que estão sendo realizadas.

A **equipe médica** é composta por médicos docentes, médicos contratados, médicos residentes e doutorandos, ligados ao Departamento de Clínica Médica da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. O número de docentes envolvidos na assistência prestada é flutuante, pois nem todos comparecem diariamente à unidade de clínica médica, em virtude da distribuição de suas atividades acadêmicas. As enfermarias de clínica geral são utilizadas para o ensino de medicina, havendo um rodízio de doutorandos (alunos de sexto ano), que prestam assistência aos pacientes sob supervisão dos residentes, médicos contratados e médicos docentes.

Alguns estudantes, residentes e docentes não permanecem no local durante toda a jornada de trabalho, pois realizam atividades em outros setores do hospital. Às vezes, em um turno de trabalho, podem ser encontrados em torno de vinte a trinta médicos na unidade de internação. O número de profissionais de cada equipe médica também é diversificado conforme a especialidade que presta atendimento, mas aumenta

significativamente durante o horário da visita médica, quando estão presentes todas as categorias profissionais pertencentes a cada equipe médica.

Os médicos residentes (R1, R2, R3) seguem uma escala mensal de atividades, segundo a qual prestam assistência na unidade de internação ou em outros setores do hospital, relativos à especialidade a que estão vinculados.

Os **agentes de enfermagem** (técnicos, auxiliares e atendentes de enfermagem) são alocados em cada uma das alas da unidade e trabalham em rodízio de turnos. O quadro do pessoal de enfermagem da unidade de clínica médica, para as alas A e B, compõe-se de uma diretora técnica de serviço, 4 enfermeiras, 3 técnicos de enfermagem, 10 auxiliares de enfermagem, 10 atendentes de enfermagem, 4 oficiais administrativos (escriturárias), 1 agente administrativo, conforme apresentado no Quadro 6.

Quadro 6 - Pessoal de enfermagem alocado na unidade de clínica médica (5ª A e 5ª B) do HCRP, em novembro de 1996.

Profissional	Número
Enfª Diretora técnica de serviço	01
Enfermeira	04
Agente administrativo	01
Oficial administrativo	04
Técnico de enfermagem	03
Auxiliar de enfermagem	10
Atendente de enfermagem	10
TOTAL	33

Fonte: HCRP - Divisão de Enfermagem - Serviço de Clínica Médica, novembro de 1996.

O trabalho da agente administrativa e da oficial administrativa (escriturária) não é de cuidado direto ao paciente. Desenvolvem atividades-meio que dão sustentação ao cuidado. A agente administrativa é responsável pela manutenção e controle dos equipamentos e pela requisição de materiais de consumo. A escriturária transcreve prescrições médicas e requisita medicação, providencia a comunicação com outros setores, encaminha pedidos de exames, aviso de transferências e altas de pacientes, agendamento de retorno de pacientes por ocasião da alta, organização dos prontuários na unidade.

Há funcionários de enfermagem¹² que são contratados pela Fundação de Apoio ao Ensino, Pesquisa e Assistência ao HCRP (FAEPA) que desempenham atividades nessa unidade, para suprir deficiências no quadro de pessoal. Esses são funcionários do próprio hospital que trabalham em

horários distintos dos quais estão escalados para cumprir sua jornada de trabalho, conforme a escala mensal, assim como outros agentes sem vínculo empregatício com a instituição, mas apenas com a fundação.

A unidade de internação é local de estágio dos estudantes da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. O número de alunos e docentes de enfermagem é variável conforme as atividades de ensino em cada período do ano.

Há ainda outros trabalhadores que se envolvem com a assistência, como aqueles ligados aos serviços complementares de diagnóstico e tratamento (laboratoristas, técnicos de RX, radiologistas, patologistas, farmacêuticos, entre outros), aos serviços gerais (funcionários do serviço de lavanderia, limpeza, transporte, entre outros) e serviços de manutenção. Esses agentes não são alocados diretamente na unidade de clínica médica, fazem parte do quadro geral do hospital.

Há uma fisioterapeuta que presta atendimento a todo o hospital e uma assistente social que é responsável por atender a unidade de clínica médica, mas que atende também outros andares.

O serviço de nutrição da unidade é composto por uma nutricionista, que não é fixa na unidade, atendendo também outros andares do hospital, duas auxiliares e duas atendentes de nutrição escaladas nos turnos da manhã e tarde, sendo uma de cada categoria por plantão, fixas no andar.

Há um movimento mais intenso de pessoas transitando na unidade, no período da manhã, tanto nas enfermarias como nas dependências

¹² Quando nos referirmos às categorias de pessoal auxiliar de enfermagem em sentido genérico,

destinadas aos trabalhadores. A visita médica costuma ocorrer pela manhã, reunindo vários profissionais à beira do leito do paciente; é também nesse horário que são desenvolvidas a maioria das atividades de ensino, tanto de medicina como de enfermagem. À tarde, o ambiente parece mais calmo, pois há um número menor de agentes e os procedimentos realizados com os pacientes são menos freqüentes:

9 horas - Pela manhã, nota-se muita movimentação na unidade. É grande o número de pessoas que entram e saem das enfermarias. Docentes de Medicina entram nas enfermarias, acompanhados dos residentes e doutorandos, para fazer visita aos pacientes (DIARIO2, 18/10/96).

11 horas 05 min - Durante a manhã há um grande número de pessoas, circulando pela enfermaria: funcionária da limpeza, funcionários de enfermagem, doutorandos e residentes. Este parece ser o horário em que o movimento diminui (DIARIO3, 12/11/96).

14 horas - A unidade está com pouca movimentação de pessoas. Uma enfermeira está responsável pelas duas alas (A e B). Os auxiliares estão nas enfermarias, alguns pacientes deitados, outros estão sentados conversando na enfermaria. Junto ao balcão no corredor, entre as enfermarias 515 e 513, um médico residente conversa com uma paciente internada há pouco, com a finalidade de fazer a nota de internação. Há poucos residentes na unidade à tarde. O ambiente parece mais silencioso e calmo, com poucas pessoas circulando no corredor (DIARIO1, 26/09/96).

Portanto, foi observado um maior número de pessoal no turno da manhã, tanto da área médica como de enfermagem, diminuindo durante a tarde e sendo bastante reduzido no período noturno, mostrando uma variação temporal dos ritmos de trabalho nas vinte e quatro horas do dia que pode ser atribuída a uma certa padronização dos tempos cotidianos e a uma estrutura rítmica de produção de atividades terapêuticas existente nos hospitais, conforme referido também por CARAPINHEIRO (1993) e LOPES (1994).

A descrição da configuração espacial da unidade de internação procurou mostrar o significado da distribuição dos agentes e da ocupação dos espaços, como consequência da organização social do trabalho. A utilização do local de trabalho, como instrumento que reúne as condições materiais necessárias para a produção de cuidados, expressa a importância e o poder atribuídos a cada categoria profissional e o significado das atividades realizadas por cada agente da equipe de trabalho no hospital. A distribuição dos pacientes nas enfermarias e os espaços aos quais eles têm acesso denotam a concepção que orienta a produção de cuidados e o comportamento esperado dos pacientes durante o período de internação. No cotidiano da unidade de clínica médica há também uma estrutura rítmica de produção de atividades terapêuticas e uma padronização dos tempos, demarcando diferentes momentos da vida na instituição.

4.2 O MODELO CLÍNICO DE CUIDADO E O PROJETO TERAPÊUTICO

4.2.1 O trabalho coletivo e a centralidade do trabalho médico

O processo de trabalho no hospital está estruturado com base em um projeto intelectual, em torno do qual se conformam saberes e práticas que têm a finalidade de produzir cuidados individuais de diagnóstico e terapêutica, atendendo às necessidades sociais de reprodução e preservação da vida humana. A produção de cuidados ocorre através do desenvolvimento de um trabalho coletivo, no qual estão articuladas diversas

atividades que representam trabalhos particulares de vários profissionais e que constituem processos de trabalho de cada uma das profissões.

Assim, as atividades dos agentes das diferentes práticas, que compartilham o objeto de trabalho, estão direcionadas para obterem, como produto final, a recuperação da saúde dos pacientes internados no hospital. Constata-se, na realidade empírica, que os procedimentos realizados na enfermaria envolvem várias pessoas em torno do leito, cada uma delas com uma atuação específica e dedicando-se a um aspecto do cuidado do paciente:

O paciente Roberto, 511-6 está sendo avaliado pela equipe de cirurgia. Os médicos residentes avisam à enfermeira Adriana que vão fazer punção na jugular e solicitam material. A enfermeira e a auxiliar de enfermagem preparam o material e ajudam os residentes no procedimento à beira do leito. Enquanto um dos residentes faz a punção, o outro fala para a enfermeira:

Residente: -"É preciso fazer tricotomia do abdômen, só até o púbis. Vamos colocar também uma sonda Foley 16, neste paciente, antes de ir para o Bloco Cirúrgico. Você pode providenciar?"

Enfermeira - "Sim, vou falar com o enfermeiro supervisor de estágio do curso de auxiliar de enfermagem, para que um dos alunos faça isso". Retira-se da enfermaria.

Quando os residentes introduzem o cateter na jugular, a auxiliar de enfermagem conecta o soro e regula o gotejamento. Os dois residentes ficam fazendo sutura e curativo no local do cateter. Pouco depois, no posto de enfermagem, um aluno do curso de auxiliar de enfermagem e o enfermeiro que supervisiona o estágio preparam o material necessário para realizar os procedimentos e dirigem-se ao leito do paciente (DIARIO2, 13/10/96).

O trabalho coletivo no modelo clínico de organização tecnológica se organiza com base em uma acentuada divisão social e técnica, tendo como princípio dominante a oposição entre trabalho intelectual e trabalho manual, conforme apontado por GONÇALVES (1979, 1992). Na caracterização dos serviços hospitalares realizada por CARAPINHEIRO (1993), o ato médico é considerado como o ato decisório nos sistemas de tratamento. Portanto, a noção de ato médico é central, pois é a partir dela que se estabelecem os

princípios da divisão de tarefas entre as diferentes categorias profissionais, identificando-se que o princípio dominante da divisão do trabalho é a oposição entre o trabalho intelectual de diagnóstico e terapêutica e o trabalho de execução das prescrições médicas.

Nas atividades realizadas pelos agentes é possível identificar que a finalidade que orienta o processo de trabalho é a produção do diagnóstico e da terapêutica, em torno da qual se organizam todos os trabalhos existentes na unidade de internação. O ato médico, de elaboração do diagnóstico e de decisão quanto ao tratamento, pode ser considerado como o momento nuclear do trabalho intelectual e que determina a conformação que assume a estrutura de produção de cuidados de saúde, em função de um certo padrão tecnológico atribuído ao conjunto de atividades. Vejamos a descrição da rotina de um turno de trabalho na unidade de internação:

Existem 26 pacientes internados na ala. No turno da manhã estão presentes 4 funcionários de enfermagem e uma enfermeira. A escala diária de distribuição do trabalho é feita pela enfermeira: 1 funcionário fica responsável pela medicação, os outros 3 são escalados para prestar cuidados aos pacientes, distribuídos entre as enfermarias. Nas enfermarias, funcionários de enfermagem dão banho nos pacientes; a enfermeira orienta pacientes sobre exames que vão realizar; alunos de medicina conversam com pacientes, colhendo dados para anamnese. Os médicos residentes examinam os pacientes, fazem solicitações de exames de sangue, urina, fezes, que são coletados pelos auxiliares de enfermagem e encaminhados através do mensageiro para o laboratório. Fazem prescrição, sentados em um balcão existente no corredor, próximo à porta da enfermaria. As alunas de enfermagem prestam cuidados aos pacientes, administram medicação, instalam soro, trocam curativos; perguntam aos pacientes sobre sintomas e como estão se sentindo no momento. Uma escriturária permanece no balcão no posto de enfermagem, próximo a um computador. Ela atualiza as prescrições médicas, colocando os horários em que cada medicação será administrada, assim como vai copiando as prescrições para cada paciente em um formulário, que é depois encaminhado para a farmácia. (DIARIO1, 27/06/96).

A observação do cotidiano permite reconhecer que o trabalho coletivo é comandado pela racionalidade médica, à qual se submetem todos os profissionais envolvidos na produção de cuidados aos pacientes no modelo

clínico de atenção em saúde, conforme identificado também por CARAPINHEIRO (1993) e LIMA (1996).

Com base em FREIDSON (1984), a configuração que assume a produção de cuidados depende da ideologia terapêutica adotada no serviço. Esse autor apresenta três modelos de organização de cuidados hospitalares, de acordo com as características dos meios terapêuticos e a ideologia terapêutica adotada: o modelo de serviço doméstico, o modelo de intervenção médica e o modelo de interação terapêutica.

O modelo de serviço doméstico caracteriza-se por ser de simples custódia de doentes e corresponde à organização de atividades hoteleiras, podendo prescindir da organização de um sistema de tratamento e de pessoal médico. O modelo de intervenção médica ou de cuidados hospitalares tradicionais baseia-se na obediência do pessoal hospitalar e do paciente à autoridade médica, em função do conhecimento técnico e científico que o médico possui e das ações que desenvolve para curar as doenças. A submissão do paciente e sua situação de passividade, como receptor de cuidados, justificam-se porque é o médico quem realiza a intervenção necessária para promover a cura e prevenir a morte. O modelo de interação terapêutica representa o sistema de tratamento da psicoterapia, segundo o qual é preciso motivar o doente a participar ativamente nos processos de interação que constituem o tratamento; o médico mantém uma posição de autoridade na organização terapêutica, mas partilha sua qualificação com outros elementos da equipe, que são também considerados importantes no tratamento do doente.

A produção de cuidados na unidade de clínica médica corresponde ao modelo de intervenção médica ou de cuidados hospitalares tradicionais que reconhece a autoridade do médico e atribui a esse profissional a posição de comando na organização do trabalho, em decorrência da ideologia da terapia somática, que organiza as concepções que orientam a assistência prestada.

A visita médica é um momento de trabalho intelectual no qual os docentes de medicina e os residentes avaliam condutas médicas, discutem diagnósticos e terapêutica, caracterizando-se como um momento de tomada de decisões que põe em andamento ações dos outros profissionais: os médicos examinam pacientes, discutem os diagnósticos, dão ordens para a enfermeira sobre a prescrição, desencadeando ações de enfermagem. São decididos exames a serem realizados, cirurgias, transferências e altas de pacientes, novas medicações, outros procedimentos terapêuticos:

9:35 horas - Inicia a visita médica. Entram 12 pessoas na enfermaria. O médico contratado, o residente, o docente da FMRP e 9 doutorandos. Passam paciente por paciente; o doutorando responsável pela respectiva paciente explana sobre a patologia, sinais clínicos. Usam termos médicos. As pacientes prestam atenção, mas parecem não compreender o que dizem todos aqueles médicos. Observo que o docente apresenta uma postura diferenciada dos demais; fica em posição de destaque no espaço físico e testa o conhecimento dos demais a todo instante. Todos os 12 ficam ao redor do leito da paciente. Terminam a visita e saem da enfermaria, sem falar com as pacientes sobre o quadro que apresentam; não dizem se houve melhora ou piora (DIÁRIO3, 14/11/96).

A visita médica tem também uma finalidade acadêmica, envolvendo informações sobre pesquisas realizadas, artigos publicados, visando produzir conhecimentos, com base no saber fisiopatológico. Os médicos falam sobre o paciente, mas não falam com o paciente. O poder do docente, em decorrência do saber que possui, é percebido no momento da visita

médica, quando orienta as condutas dos residentes. A visita médica também é utilizada para supervisão e controle do trabalho:

Às 9h 30min, inicia a visita médica. Os residentes, doutorandos, médico contratado e docente ficam em volta do leito de cada paciente, na enfermaria 515. O doutorando relata a história do paciente, o docente faz perguntas, comentam exames já realizados. Solicitam que a paciente Regina, 515-6, sente-se na cama, para ser examinada. A seguir, dirigem-se para a enfermaria 511, onde o docente examina o abdômen do paciente João, 511-6. Na visita médica, os doutorandos e os residentes conversam entre si, às vezes fazem alguma pergunta ao paciente. Quando saem das enfermarias, reúnem-se na sala dos médicos, onde continuam a discussão sobre diagnósticos dos outros pacientes e as condutas a serem tomadas (DIÁRIO3, 07/11/96).

O trabalho é organizado de uma forma que leva ao atendimento fragmentado do paciente. Esse é examinado várias vezes por mais de um médico, seja residente, doutorando, contratado ou docente. O residente e o doutorando atendem o mesmo paciente, dividem a responsabilidade; ao mesmo tempo, há uma hierarquização (doutorando/ residente/ contratado/ docente) na composição da equipe médica:

Os doutorandos são responsáveis por examinar os pacientes, fazer prescrição e evolução diariamente. O médico contratado reúne-se com os doutorandos e residentes e supervisiona o trabalho realizado, fazendo perguntas sobre resultados de exames, se fizeram solicitação de exames. Conversam sobre os pacientes que vieram transferidos no dia anterior. Ficam sentados na sala dos médicos, discutindo as condutas já tomadas e os resultados; avaliam a necessidade de solicitar novos exames e de modificar a terapêutica (DIÁRIO3, 08/11/96).

O residente é supervisionado pelo médico contratado e pelos docentes; o doutorando é supervisionado pelo residente. Portanto, o ato médico é fragmentado em tarefas para o atendimento ao paciente: o doutorando evolui e prescreve pela manhã, o residente atende os pacientes à tarde, checa resultados de exames, altera prescrição:

"Bom, o trabalho aqui do R2 nessa enfermaria, ele tem uma responsabilidade com os pacientes. Mas é uma enfermaria também voltada para os sexto-anistas, né? Eles passam por essa enfermaria e eles, é, ficam como que sob uma orientação direta do R2. O R2 tem essa, essa responsabilidade geral com o paciente mas, que acaba dividindo um pouco com o doutorando que também acompanha o caso, né? Assim ele fica, não só com a responsabilidade de conduzir o caso

mas, de dar uma orientação para o doutorando. Claro que sob a supervisão, também, de superiores. No caso aqui nós temos 2 médicos contratados, que dão assistência. Além do docente, sempre passa um docente juntamente com aquela turma de doutorando" (E1MR).

Os R₁ visitam os pacientes e fazem prescrição. Os R₂ cuidam dos pedidos de exames, vão ver os resultados em outros setores, se preocupam mais com os exames que são feitos. O R₃ supervisiona os R₁ e R₂ (DIARIO1, 23/09/96).

A especialização do trabalho em saúde também acarreta a fragmentação do tratamento dado ao paciente. Devido à progressiva especialização do saber e à necessidade de vários profissionais envolvidos no atendimento, identificamos que o modelo de produção de cuidados no espaço hospitalar está direcionado, principalmente, para o desenvolvimento de cuidados especializados e de maior complexidade. Contraditoriamente, a densidade tecnológica e a variedade dos instrumentos de trabalho utilizados não têm contribuído para alcançar uma assistência integral e para agilizar a elaboração do diagnóstico, pois são procedimentos cada vez mais sofisticados e especializados que levam a uma abordagem parcelar do corpo doente :

"Da mesma maneira que existe toda uma tecnologia, todo um avanço para estar melhorando e adiantando o diagnóstico do paciente, a gente percebe que está havendo uma distância, assim, inversamente proporcional à qualidade do trabalho do profissional. Então, existe uma morosidade no diagnóstico do paciente, não consegue ver o paciente como um todo"(E4EN).

A concepção de um dos médicos entrevistados, ao referir "eu gosto muito de abordar o paciente como um todo, não ver só um aparelho, mas ver ele como um todo, um sistema unido com suas várias integrações" (E1MR), diverge da prática concreta, em que cada um dos agentes se preocupa com as partes do paciente que são referentes ao seu âmbito de atuação.

Alguns problemas que são considerados específicos de uma determinada especialidade não são tratados por outra, tornando necessária a transferência do paciente para setores especializados, conforme o problema que mais necessita de resolução em cada momento:

Dr. Ronaldo, residente da clínica geral, conversa com um residente da ortopedia, informando que vai aceitar a transferência de uma paciente, que está internada na unidade cirúrgica, para o leito 513-2, da clínica médica. Quando retorna ao 5º andar, encontra o médico contratado e informa-o que aceitou a transferência da paciente da Ortopedia.

Residente: -"Todos os dias os residentes da ortopedia pedem para avaliar a paciente, prefiro trazê-la para cá e cuidar dela aqui, porque ela é idosa, está sempre com PVC alta e já fez edema agudo de pulmão. "

Contratado: -"Por que os ortopedistas não avaliam a paciente? Se ela está com infecção e tem problemas clínicos, isso pode ser tratado pelo ortopedista. Por que os ortopedistas não avaliam função renal? Se é para avaliar função renal e prescrever antibiótico, isso pode fazer lá na ortopedia. Os residentes que estão lá hoje, foram doutorandos aqui, no ano passado. Eles precisam acompanhar a parte clínica do paciente" (DIARIO3, 07/11/96).

A partir do ato médico são desenvolvidas ações dos agentes de enfermagem e dos agentes de outros setores, como farmácia, radiologia, hemodinâmica, exames de laboratório, evidenciando os princípios da divisão social e técnica do trabalho, com um parcelamento de tarefas entre agentes de distintas práticas para atender um mesmo paciente:

A enfermeira Adriana passa apressada pelo corredor da unidade, dirigindo-se para a enfermaria 509, onde a luz da campainha está acesa. A auxiliar de enfermagem está com um paciente no banheiro e ele não está se sentindo bem, ficou com tonturas ao evacuar após enema de preparo para algum exame. A enfermeira pede que chamem o residente, enquanto ela e a auxiliar de enfermagem colocam o paciente na cama. A enfermeira chamou uma auxiliar para fazer punção venosa com abbocath, outra auxiliar trouxe cateter de oxigênio, a enfermeira colocou o cateter na narina do paciente e precisou sair para buscar frasco com conexão para ligar o oxigênio. O residente, ao avaliar o paciente, solicitou aumentar o gotejamento do soro, por algum período, até melhorarem suas condições. Agora o paciente está melhor, lúcido e conversando. Estava com perda dos sentidos. Não se lembra que "desmaiou" no banheiro. Depois que a auxiliar punccionou a veia com abbocath, os soros foram trocados para esta nova via. Quando o paciente melhora, todos saem da enfermaria (DIARIO1, 19/09/96).

O médico residente realiza atividades intelectuais, avaliando o paciente e tomando decisões quanto à conduta terapêutica e quanto aos

procedimentos a serem realizados, desencadeando a execução de ações de enfermagem.

Identifica-se que, na produção de cuidados de saúde no hospital, há diferenciações entre os agentes, ou seja, há aqueles que comandam a execução e há aqueles que executam o cuidado, correspondendo a uma estratificação social. Na nutrição e na enfermagem, verifica-se que a divisão do trabalho está presente, ocasionando a organização parcelar da assistência ao paciente e a fragmentação do trabalho em tarefas, que são características do modo de produção. A nutricionista, assim como a enfermeira, dominam a concepção e a supervisão do trabalho e as funcionárias de enfermagem e as funcionárias da nutrição (auxiliares e atendentes) são responsáveis pela execução:

"Nós temos assim, uma rotina né, entre aspas de trabalho né? Então a gente faz a supervisão do, desde o desjejum até o almoço, complementar da tarde, jantar dos pacientes internados, tá? De uma maneira geral. É... a gente supervisiona o trabalho das atendentes, das copeiras né? Que servem isso. A gente elabora os, os cardápios já são previamente padronizados tá, das dietas, mas a gente supervisiona a distribuição, se elas estão distribuindo certo ou não. A gente super- a gente supervisiona o trabalho dos auxiliares de nutrição, que são aqueles que passam coletando a prescrição das dietas, montando o quadro de pedido dessas dietas lá embaixo. A gente esclarece as dúvidas, tanto das atendentes quanto das auxiliares com relação às dietas né? Tanto ao porcionamento, quanto a, a própria prescrição em si, quer dizer, se os auxiliares apresentam dúvidas. Na clínica eu faço também acompanhamento dos pacientes internados né? A gente tem determinadas prioridades, digamos né? (...) Então a gente faz a visita às enfermarias, dá uma olhadinha nos prontuários dos pacientes, as principais patologias né? E a partir daí, a gente começa o acompanhamento. E mesmo a pedido da enfermagem e do médico. Então é assim que a gente trabalha" (E18NU).

Concordando com LIMA (1996), identificamos que o processo de trabalho no hospital é conduzido pela clínica anatomopatológica, alicerçada no corpo biológico individual. Conseqüentemente, o saber utilizado para apreender o objeto de trabalho e nele realizar transformações é o saber

clínico. Esse saber, como concepção que elabora as características do objeto de trabalho, conduz o projeto terapêutico para a produção de cuidados de saúde.

Conforme GONÇALVES (1994, p. 66), a concepção sobre o paciente e sobre a saúde, elaborada com base no saber clínico, está contida nos limites físicos, químicos e biológicos do corpo humano, *"é a individualização do normal e do patológico ao nível do corpo do homem indivíduo - biológico, que leva à ruptura das conexões sociais desse homem, e mesmo à ruptura das conexões desse homem consigo mesmo"*.

Na situação descrita a seguir, em que a enfermeira troca impressões com o médico sobre os problemas de um paciente, pode-se reconhecer o mecanicismo e o biologicismo que embasam a lógica que orienta o projeto terapêutico no modelo clínico:

A enfermeira Adriana entra na enfermaria 511, para ver o paciente Antonio, 511-4. Conversa bastante com este paciente. Pergunta como ele está, ao que o paciente responde que tem se sentido muito preocupado com a família, porque não pode mais trabalhar por causa da doença e não sabe como vai fazer para pagar contas de água, luz. Sua mulher também não pode trabalhar. Ele diz que chora durante a noite, não consegue dormir. A enfermeira diz ao paciente que sabe que ele está fumando, e que não pode, porque isso piora sua doença. Diz ao paciente que vai falar com o médico, para ver se alguém pode vir conversar com ele sobre estes problemas dos quais falou. O paciente está deitado, com soro e com cateter de oxigênio. É um doente pulmonar crônico.

Quando a enfermeira encontra com um residente da pneumologia, no corredor, diz a ele que quer falar sobre o paciente Antonio, do 511-4.

Enfermeira - "Acho que seu Antonio está muito deprimido, diz que não dorme à noite, que chora muito. Seria bom pedir uma avaliação da psiquiatria."

Residente. - "Acho que isto tudo é orgânico, por causa da patologia. Se a gente pedir avaliação, vão dizer para compensar o problema pulmonar. Acho que isto é devido a alterações de oxigenação cerebral, o resultado da gasometria está muito ruim."

Enfermeira - "Mas então por que não chama a psicologia, acho que ele está precisando alguém para conversar, ele está deprimido por problemas familiares e porque está se sentindo incapacitado pela doença."

Residente. - "É, vou ver isto. Mas acho que isto tudo faz parte do quadro, acho que não é depressão, às vezes ele está confuso, é pela oxigenação cerebral que está ruim."

Enfermeira - "Ele está saindo do quarto para fumar, mesmo que a gente fale, não adianta."

Depois disso, quando saímos de perto do residente, a enfermeira comentou comigo: -"Não adianta, atribuem tudo à doença, mas eu acho que ele está deprimido, pela situação que está passando" (DIARIO1, 19/09/96)

O médico atribui as preocupações e a ansiedade do paciente ao problema orgânico, sequer conversa com o paciente ou chama a psicóloga. A enfermeira, por sua vez, percebe a depressão do paciente, mas considera que não é da sua alçada e não o acolhe ou solicita atendimento psicológico, submetendo-se à racionalidade da clínica.

O saber clínico, enquanto projeto intelectual que conduz a produção de cuidados, pressupõe a natureza exclusivamente biológica das causas e conseqüências das doenças e exclui os aspectos sociais que levam o homem a adoecer. Impera uma visão mecanicista e biologicista do homem e o corpo humano passa a ser cuidado através das partes. Entretanto, o biológico, o psicológico e o social não são dimensões dissociáveis, quando se aborda a questão da saúde e da doença. O homem não é uma máquina com órgãos funcionando, ele tem outras necessidades, como as necessidades de ordem psíquica e social, além da recuperação do corpo biológico, que são desconsideradas nesse projeto terapêutico.

CAMPOS (1994b) faz uma análise do papel da clínica nas práticas de saúde, apontando o caráter ritual que habitualmente assumem e a tendência de medicalizar a saúde e a doença. Critica a normatividade usada pela clínica como critério para delimitar a noção de cura, propondo uma reconstrução das práticas sanitárias nesse modelo de assistência. Baseando-se na conceituação dinâmica dos termos saúde, doença e cura,

presentes na obra de Georges Canguilhem, "O Normal e o Patológico", sugere uma reordenação da clínica e uma reconstrução do conceito de cura.

Para CAMPOS (1994b, p.50), "*curar alguém seria sempre lutar para a ampliação do COEFICIENTE DE AUTONOMIA dessa própria pessoa*". Para alcançar esse objetivo, as ações clínicas não podem se restringir à utilização de drogas ou de procedimentos terapêuticos. Os serviços de saúde devem oferecer, além da terapêutica para combater a doença, condições para aumentar a capacidade do indivíduo para lidar com as dificuldades e limitações decorrentes da situação em que se encontra, melhorando seu entendimento do próprio corpo, da doença, das suas relações com o meio social, de modo a capacitá-lo para aumentar as possibilidades de sobrevivência e a qualidade de vida.

Nessa perspectiva, com a ampliação do modelo clínico, o mecanicismo biológico poderia ser superado e as práticas de saúde no hospital teriam uma abordagem mais integral de cada paciente, construindo-se um novo projeto terapêutico que combinasse tecnologias sofisticadas e terapêuticas medicamentosas, incluindo os interesses e as necessidades de cada indivíduo nos aspectos biológicos, sociais e psíquicos.

Os dados da observação do cotidiano de trabalho demonstram que, no modelo clínico de organização tecnológica, a produção de cuidados de saúde ocorre através do desenvolvimento de um trabalho coletivo, no qual o objeto de trabalho é compartilhado pelos agentes de diferentes práticas. A finalidade que orienta o processo de trabalho é a produção do diagnóstico e da terapêutica.

A configuração que assume a produção de cuidados de saúde no hospital tem como característica o parcelamento em tarefas, que são executadas por diferentes agentes, como consequência da organização do trabalho. A divisão de tarefas tem por base a divisão social e técnica do trabalho, na qual há uma hierarquização entre os agentes, com oposição entre concepção e execução. O médico tem posição nuclear, devido ao saber que detém e à responsabilidade pela elaboração do diagnóstico e condução do processo terapêutico, desencadeando ações dos diversos profissionais envolvidos no modelo clínico de cuidado.

O saber utilizado no ato operatório acarreta a fragmentação do cuidado ao paciente, devido ao mecanicismo e ao biologicismo que embasam a lógica que orienta o projeto terapêutico. No ato operatório de produzir cuidados para a recuperação do corpo e a manutenção da vida, as relações sociais que se conformam entre os agentes, além de expressarem a organização social e técnica do trabalho, expressam interdependência e espaços de intersubjetividades das diversas práticas, conforme trataremos a seguir.

4.2.2 Interdependência, complementaridade, autonomia, submissão e resistência

No trabalho coletivo, embora cada agente realize uma parcela das atividades necessárias para atender o paciente, existe uma interdependência entre os profissionais, de tal forma que um trabalho não se realiza sem a complementaridade do outro. As ações realizadas por uma categoria profissional articulam-se às ações de outras, em torno de uma mesma finalidade. Essa interdependência ocorre tanto entre as diferentes profissões quanto entre os agentes de uma mesma categoria profissional.

Como a finalidade do trabalho realizado é a produção do diagnóstico e da terapêutica, que são resultantes de um trabalho intelectual de responsabilidade do médico, esse detém poder pelo fato de possuir o saber e a competência técnica para curar doenças e salvar vidas. Dessa forma, as relações sociais que se estabelecem são decorrentes da posição que os profissionais ocupam na estrutura de produção de cuidados.

O confronto do relato das observações com a descrição que os agentes fazem de suas atividades nas entrevistas permite identificar que a finalidade do modelo clínico de assistência está presente também na concepção que eles têm sobre o seu trabalho. A concepção dos trabalhadores sobre a estrutura de produção de cuidados no hospital refere-se à centralidade do diagnóstico e da terapêutica, mostrando o entendimento que têm sobre o que vem a ser o produto de todos os trabalhos. Sua concepção denota a posição central que o médico ocupa na organização do processo de trabalho, mas ao mesmo tempo ressalta as características de

interdependência e complementaridade que existem entre as atividades, que levam à conformação do trabalhador coletivo.

Os médicos manifestaram opiniões sobre o que supõem ser seu trabalho, salientando o "pensar" como característica predominante de sua atividade e considerando que a enfermagem, ao desenvolver atividades complementares para viabilizar o ato de diagnóstico e terapêutica, é que "cuida" do paciente:

"Ah, eu acho fundamental o trabalho da enfermagem, porque é, ..., questões óbvias, né, por exemplo, a gente prescreve medicamentos, mas quem dá é o enfermeiro. A gente pede um exame, quem colhe é o enfermeiro, a gente pede um exame complementar que precisa o paciente descer, é o enfermeiro que desce, né? Além de que é o enfermeiro, que, que responde as questões básicas do paciente, é o enfermeiro que arruma o leito do paciente, muitas vezes dá banho. Enfim é um trabalho que, é o tipo de trabalho que ninguém faz melhor que a enfermagem. Ou seja, a enfermagem tem o seu papel, assim como o médico também tem o seu papel diferente. De modo que eu acho fundamental o trabalho de enfermagem. Eu fico imaginando como seria o médico prescrever e, ao mesmo tempo, ir lá dar a medicação. É, pedir, ter que instalar o soro, ter que colher o sangue, a cada, às vezes, tem paciente que tem que colher o sangue até 4 vezes em 24h. Então, ficaria a imaginar como seria se o médico tivesse que, além de pensar o que o paciente tem, além de pensar como tratar, além de discutir, além de ter esta responsabilidade, ainda ter que lidar com este trabalho que a enfermagem faz. Então, sem dúvida, a gente precisa da enfermagem" (E1MR).

Os próprios médicos se reconhecem como os agentes que direcionam as atividades a serem desenvolvidas pela equipe de saúde, porém identificam a necessidade de outros profissionais para efetivar a assistência ao paciente:

"Eu acho que o trabalho do médico é... dessa equipe né, que trabalha junto, ele, ele que deve encabeçar a equipe para coordenar de modo a trabalhar em harmonia e trazer o benefício para o paciente. Porque se não é o médico que determina as coisas que devem ser feitas, o resto não tem como fazer o seguimento né? Eu sei que todos são importantes no serviço, mas quem encabeça o serviço é o médico"(E14MR).

Na concepção que os agentes portam acerca do trabalho, há aspectos que mostram a supremacia do médico em relação aos outros

profissionais. Na concepção da nutricionista, o trabalho do médico é fundamental na equipe de saúde, porque é o que promove a cura do paciente:

"É, acho que o médico é fundamental né, dentro do hospital né? Da instituição hospital. Eu acho que sempre a palavra dele é a palavra dele. Eu acho que ele tem qualificação para isso né? Porque ele faz. Eu acho que eles saem bem formados, na medida do possível. E... o paciente mesmo né? Todo, todos os pacientes acreditam é nele. A última palavra é sempre dele, tá? Muitas vezes o paciente duvida do que a gente fala. Tem que chamar o médico para escutar da boca do médico, aquilo que você está falando para ele né? Muitas vezes você fala, "Ó, então a dieta..." A não, mas o médico lá da minha cidade falou que é assim, assim, assim." Eu falo assim. "Não não. Isso não se usa mais. Agora, a partir de hoje, o senhor vai fazer desse jeito." Ele duvida né? Porque o médico tem uma, uma... uma postura, né? Mas eu acredito que tenha que ser assim mesmo. Porque na realidade é ele quem... dá, é...cura né? Entre aspas, para o paciente, é ele quem toma as condutas, é ele que seria o responsável direto né? Pelo paciente, pela cura, pela evolução do paciente, digamos né?"(E18NU).

Para um dos técnicos de enfermagem entrevistados, a finalidade do trabalho é a cura, é salvar vidas, o que é obtido através das atividades do médico, ao realizar o diagnóstico e o tratamento. A enfermagem cuida do paciente e esse cuidado refere-se às atividades de manutenção das funções vitais do corpo biológico, contribuindo dessa forma para a cura:

"Eu acho assim que os médicos, eles estão aqui para cuidar, para descobrir o que o paciente precisa. Ele precisa do diagnóstico, ele precisa que o médico descubra o porquê, só que para o médico descobrir o porquê, ele precisa da gente também (...) Então, um precisa, eu acho que precisa do outro. A gente precisa deles para cuidar do paciente, para dar o diagnóstico, para sarar o doente. E o doente precisa da gente também, para dar alimentação, na hora de colher o sangue, porque se a gente não for colher, quem vem colher é o doutor, para o doutor colher o sangue, ele já vai deixar de fazer outra coisa. O serviço dele lá já vai ficar atrasado. Então, eu acho que um precisa do outro, não tem jeito" (E5TE).

O pessoal de enfermagem, dessa maneira, tem participação no diagnóstico e tratamento, através das ações de administrar medicações, coletar material para exames, colaborando com o ato médico. A enfermagem, nessa função de cuidar, tem uma atividade de observação

contínua do paciente e, ao identificar sinais e sintomas, fornece dados para que o médico elabore o diagnóstico e conduza a terapêutica:

"A gente é que está mais ali em contato com o doente. A gente chega "Doutor ó, o senhor não viu? Está aumentando aqui, a barriga dele está aumentando". Então é coisa que, às vezes, prá eles passa despercebido e para a gente não. A gente está ali toda hora, toda hora, toda hora, então você nota a diferença" (E5TE).

Como o médico é o agente que tem o poder da cura que é alcançada através do ato da prescrição, ele adquire uma posição em relação aos outros profissionais, inclusive interferindo na forma como o cuidado é executado pelo pessoal de enfermagem:

"Ah, o serviço dele, dos médicos, é prescrever e falar para gente fazer do jeito que eles prescrevem, né? Pedir para ... fazer o trabalho do jeito que eles querem né? Esse que é o serviço deles" (E6AT).

Portanto, pelo exercício da autoridade e responsabilidade atribuídas ao médico, esse dispõe de amplas áreas de influência, que definem a extensão e os limites da autoridade e responsabilidade dos outros agentes. Segundo CARAPINHEIRO (1993), na complexa divisão do trabalho na saúde, a profissão médica é a única categoria verdadeiramente autônoma. Sua autonomia é sustentada pela dominação do seu saber e da sua competência técnica na organização da divisão do trabalho. Como conseqüência, o médico dirige e avalia o trabalho de todas as categorias profissionais restantes, sem ser objeto de direção e avaliação de ninguém. A profissão médica, por ser profissão dominante, detém uma posição estrutural na divisão do trabalho, diferente da posição de qualquer outra categoria, refletindo a existência de uma hierarquia de competência institucionalizada.

A característica de interferência do médico nas atividades dos demais profissionais é identificada quando o médico prescreve as condutas de fisioterapia que julga adequadas para o paciente, mas quem deve avaliar o paciente nesse sentido é a fisioterapeuta. Entretanto, sua autonomia é relativa, porque é o médico quem decide sobre a necessidade desse atendimento:

"Muitas vezes, em geral, a gente chega, a gente recebe um pedido de interconsulta, um médico passa a conduta para gente. Né? Ao passo que quem vai avaliar e fazer a minha tarefa, sou eu. Né? Passa condutas na prescrição. É uma coisa assim, que para gente não é agradável. (...) O paciente é o objetivo né? Essa integração de assim, saber o diagnóstico do paciente para gente é importante e saber as condições gerais desse paciente né? Para que a gente possa aplicar a conduta. Assim, informar o médico alguma coisa que eu observo na hora da sessão. Né? "Olha, o teu paciente está assim, assim, assado. Né? Ou, olha, você não acha que..." Às vezes a gente dá uma sugestão, né, dentro da minha área. (...) Eu teria autonomia a partir do momento em que o médico me pede pra ver o seu doente, aí eu faço o que eu quero. O que eu quero nesse sentido, eu faço o que deve ser feito, né. Muitas vezes eu preciso mesmo do médico pra saber as condições do doente e aplicar a minha função" (E20FI).

Observa-se que a fisioterapeuta identifica o paciente como sendo do médico (o seu paciente, o seu doente), ou seja, essa idéia de que o paciente é propriedade do médico é uma das formas de manifestação de seu poder. A distribuição das enfermarias, descrita em capítulo anterior, também reflete esse poder, já que o critério utilizado para a organização dos espaços a serem ocupados pelos pacientes é a especialidade médica responsável pelo atendimento. Assim, parece que o médico é o agente que comanda o trabalho, pois é ele quem toma decisões sobre os pacientes que serão internados, os leitos que serão ocupados e os profissionais que serão envolvidos no atendimento.

A nutricionista refere-se à dependência em relação ao médico, porque é ele quem prescreve a dieta dos pacientes internados. Entretanto, na

assistência ao paciente, o trabalho do médico e da nutricionista se complementam, conforme a fala da nutricionista que é responsável pela clínica médica:

"Temos dependência do trabalho do médico, porque quem prescreve a dieta aqui é ele. Embora a nutricionista seja qualificada para isso, tenha em lei né, que ela possa prescrever etc, aqui no hospital e em muitos outros hospitais, quem prescreve a dieta é o médico. Ah... então, às vezes, muitas vezes é claro, ele depende de nós, para nós dizermos quais serão as diretrizes. Eles, eles nos deixam muito a vontade para isso, para a gente ver o que é melhor. Mas quem prescreve é ele, então a gente... é... eles muitas vezes pedem a nossa orientação, "Como é que eu vou prescrever? O que eu coloco aqui?" Ou ele chama a gente para traduzir, "Eu vou prescrever assim, mas o que que vem? Como que é essa dieta? Me explica o que eu estou prescrevendo." Né? Então eles solicitam a gente nesse sentido" (E18NU).

Constatamos que o médico também recebe alguma interferência dos outros profissionais no seu trabalho, pois ele também é avaliado, quando recebe sugestões quanto a alguns itens da prescrição, conforme citado pela fisioterapeuta:

"Às vezes a gente dá uma sugestão, né, dentro da minha área. Só algumas vezes assim, questão de... falar com a área que eu mais mexo, por exemplo, uma nebulização, tá? Eu vou lá na prescrição e eu olho né, o que é que...quais os medicamentos que vai. E como eu estou há muito tempo na área, fiz um curso de aprimoramento também em função pulmonar, né? E... às vezes eu olho e falo, Olha, eu acho que não está adequado isso. Né? Essa medicação, eu acho que está muito concentrado né? Precisava diluir mais. Eu vou lá e falo com o médico e com a enfermeira. Às vezes quando eu necessito de prescrever um aerossol... Porque, por exemplo, eu vou e faço a minha sessão. Tem paciente que não dá para voltar duas vezes no dia. Tá? Então eu falo com o médico: "Olha, você não pode prescrever um aerossol para o paciente, para ficar mais vezes ao dia fazendo, né?" Então eu acho assim, essa relação muito importante" (E20FI).

Apesar da posição que o médico detém como profissão dominante, elaborando a prescrição e determinando a condução do processo de trabalho, verifica-se a interdependência com outros profissionais que prestam o cuidado terapêutico que possibilita a cura do paciente, conforme se pode identificar pelos dados empíricos:

O residente Ronaldo solicita a avaliação da nutricionista para o paciente Sebastião, que está com dificuldades de ingesta e não consegue ingerir alimentos sólidos. Está recebendo, por via

oral, uma dieta que é por sonda nasoenteral. A nutricionista vem acompanhada de estagiária, conversa com o residente sobre os problemas digestivos do paciente e pergunta alguns resultados de exames, referentes à avaliação nutricional. Diz que já conversou com o paciente e que vai propor dieta diferente, com maior suporte energético e proteico, após resultados de exames de albumemia (DIARIO3, 08/11/96).

Os agentes de enfermagem, que organizam seu trabalho em decorrência do ato médico, executam inúmeras atividades de cuidado do corpo biológico, sem as quais o trabalho multiprofissional não pode ser desenvolvido. Observamos a estreita vinculação entre o trabalho do médico e o trabalho da enfermagem, na execução de cuidados que viabilizam a produção de diagnóstico e tratamento. Nesses momentos, caracteriza-se que os trabalhos são complementares e que as atividades desses agentes são interdependentes.

O R2 da Cardiologia examina um paciente, observa o monitor cardíaco, verificando que o paciente está bradicárdico. Avisa enfermeira Beatriz que prescreveu soro e ela, logo após preparar o soro, dirige-se à enfermaria, punciona veia do paciente e inicia a infusão prescrita. O aluno de enfermagem acompanha a enfermeira e fica observando os procedimentos (DIARIO1, 27/09/96).

Por sua vez, a enfermeira não é quem realiza todos esses procedimentos. Ela delega as atividades mais manuais aos funcionários de enfermagem ou aos alunos de enfermagem:

Um doutorando entra na enfermaria à procura da enfermeira Adriana

Doutorando - "O paciente Raul, 509-4, vai fazer cateterismo. Prescrevi jejum."

Enfermeira - "E o preparo, não vai prescrever keflex? Qual o local para fazer tricotomia? O cateterismo vai ser braquial ou inguinal?"

Doutorando - "É braquial. Vou ver com o residente sobre o antibiótico, depois aviso."

Mais tarde, o doutorando avisa para a enfermeira que prescreveu keflex. Como há poucos funcionários trabalhando nesta tarde, a enfermeira solicita que a aluna de enfermagem faça a tricotomia no paciente e que administre a medicação, para encaminhá-lo, posteriormente, para o setor de hemodinâmica (DIARIO2, 01/10/96).

A nutricionista e a enfermeira têm interdependência entre si e com o trabalho do médico, evidenciando que um trabalho não se realiza sem o outro e que todos se complementam:

"Muitas vezes a gente não conhece o paciente né? E muitas vezes o médico faz assim: ele chama e fala assim, para a gente rapidinho no telefone ou pede para o pessoal da enfermagem falar, "Ah, chama a nutricionista para mim? Eu quero assim assim assim." Muitas vezes faltam dados do paciente e que muitas vezes a gente não encontra na papeleta. Então a gente vai, conversa com a enfermeira. Geralmente a gente conhece né? Então, por exemplo, dependendo do andar que você está, na clínica que você está, você conhece a enfermeira ou enfermeiro. Então a gente solicita como é que está esse paciente, ele está comendo ou não está, ele está com diarreia, ele está deprimido ou não está, ele tem familiares junto ou não tem, né? Como é que é a condição, até financeira. Muitos desses dados, a enfermagem ajuda demais a gente. Então a gente solicita muito, sim. E a dieta está passando ou não está, é, está correndo bem ou não está. Todos esse dados a gente obtém com eles. Todos esses dados a gente obtém com eles, com certeza" (E18NU).

A integração dos trabalhos da equipe de saúde é importante para o atendimento e os dados referentes à resposta dos pacientes aos cuidados prestados precisam ser comunicados e compartilhados. Quando o trabalho é integrado e há cooperação entre os agentes, um valoriza o trabalho do outro e o cuidado do paciente é compartilhado, evidenciando um compromisso com o desenvolvimento de um trabalho coletivo.

LOYOLA (1987) estudou as relações institucionais entre médicos e enfermeiras na estrutura hospitalar brasileira, com o propósito de apreender as relações de poder e a forma como se estabelecem. Constatou que a enfermeira é submissa ao poder médico e que essa dominação se legitima dentro do espaço disciplinado do hospital, em que, através de pequenas concessões e de ações cotidianas, aparentemente inocentes, o profissional médico executa e perpetua a dominação. Considerou que a não delimitação explícita das reais atribuições das enfermeiras contribui para que essa relação de submissão frente ao médico permaneça. Aparentemente, as

enfermeiras aceitam a dominação, mas, como forma de resistência, podem “sabotar” o trabalho do médico, deixando de cumprir exigências suas que não tragam prejuízo para o paciente.

A seguir, relatamos, como exemplo das relações de trabalho entre enfermeira e médico, uma situação que suscitou pontos de vista discrepantes, envolvendo a autonomia e o poder de cada profissional:

Um médico residente quer internar um paciente que foi atendido no ambulatório, contrariando as normas da instituição. Há um paciente com alta, que os familiares ainda não vieram buscar e, portanto, o leito ainda está ocupado. Como não há vagas nos leitos da especialidade, o residente sugere que o paciente com alta fique sentado no refeitório, para que o novo paciente ocupe este leito. A enfermeira Beatriz não aceita esta mudança de rotina, discordando da ordem médica.

Enfermeira: "Doutor, não posso deixar um paciente sentado no refeitório, sem nem saber se a família vem buscar. Só pode internar se tiver leito vago e não tem. O senhor precisa resolver de outra maneira".

O médico residente, após insistir, acaba encontrando outra alternativa: "Vou falar com as outras equipes médicas para pedir um leito emprestado, mas o paciente que está no ambulatório precisa internar" (DIARIO2, 08/10/96).

Para CARAPINHEIRO (1993), apesar da existência de normas e regras formais para o funcionamento dos serviços hospitalares, os médicos possuem o seu próprio código de valores, que resulta da sua posição dominante na estrutura social desses serviços. Em decorrência dessa posição, nas atividades cotidianas, os médicos instauram regras implícitas e normas informais de funcionamento, deixando os outros profissionais inseguros e equivocados com as regras e normas hospitalares, quando pressionados a cumprir ambas simultaneamente. Situações desse tipo são constantemente alvo de processos de negociação entre os profissionais.

Verificamos ainda que, apesar da posição de subordinação, a enfermeira exerce sua autoridade ao controlar o trabalho do médico, lembrando-o de suas tarefas:

A Enfermeira Beatriz lembra a um residente que amanhã é dia de visita médica, que é preciso solicitar ECG e RX para os pacientes da Cardiologia. "É o R2 quem faz isto", diz o R1, e sai da unidade. A enfermeira comenta com a oficial administrativa que sempre tem que lembrá-los, porque esquecem, na hora da visita o docente cobra deles. A oficial administrativa diz que, como é rotina, também avisa quando vê que não fizeram requisição (DIARIO1, 23/09/96).

No exemplo a seguir, podemos ver que a enfermeira toma decisões sobre as soluções que utiliza em curativos por ela realizados, mostrando, dessa forma, que não há total obediência às ordens médicas:

A enfermeira Milena relata para uma das observadoras o fato de estar utilizando medicamentos em escaras de alguns pacientes sem conhecimento médico. Relata, então, o caso ocorrido com o paciente Pedro. Diz que o médico mandou que fosse usado apenas leite de magnésia, mas que ela usa, escondido, fibrase, carvão ativado e outros. Diz ainda que qualquer hora dessas, vai trazer um pouco de açúcar de casa para colocar na escara do calcâneo do Pedro. Ela afirma que há muita resistência por parte do corpo médico quanto a alguns métodos alternativos, e que é literalmente proibida a usá-los, mas que, quando ninguém vê, ela os usa, e que acha engraçado quando uma escara é avaliada por algum médico e este diz: -"Eu não te disse? Só o leite de magnésia é suficiente. Não é impressionante como está ótimo? Um dia, vou contar para todos o que eu uso para as escaras, aí, quero ver a cara de tacho de todos" (DIARIO4, 09/12/96).

Entre médicos e enfermeiras, que têm funções distintas no processo de trabalho, a comunicação nem sempre ocorre adequadamente, contribuindo para o atrito. A análise do material empírico coletado permitiu identificar diversas situações que caracterizam essas relações entre os profissionais, em função do saber que o médico detém, para se apropriar do objeto e conduzir a produção de cuidados de saúde. Frequentemente, o médico toma atitudes com o paciente e não comunica aos demais agentes, como se somente ele precisasse ter informações sobre os procedimentos que estão sendo realizados, dificultando o trabalho cooperado:

A Enfermeira Beatriz atende o telefone, fala com uma funcionária da Hemodinâmica, que está chamando a paciente Francisca para colocar holter. Porém, a paciente Francisca não é localizada na enfermaria ou no andar. Ao encontrar com o residente responsável pela paciente, a enfermeira informa-o a esse respeito e ele diz que a paciente está agora fazendo ventriculografia, que ele mesmo levou a paciente para o local em que esse procedimento é realizado. A enfermeira diz que isso não está certo, pois ela precisa ser comunicada sobre o que vai acontecer com os pacientes. A enfermeira Beatriz reclama a esse mesmo residente que não foi informada que uma outra paciente seria encaminhada para arteriografia, e que recebeu telefonema da hemodinâmica, reclamando que não havia sido colhido sangue para tipar RH e fazer contra-prova, procedimentos esses que ela realiza rotineiramente (DIARIO1, 30/09/96).

Recorrendo a CAMPOS (1994a), é possível afirmar que a integração, cooperação e apoio entre as diferentes profissões que compõem a equipe de saúde não são possíveis quando a autonomia do médico e sua ascendência sobre os demais praticamente anulam a noção de trabalho multiprofissional integrado.

Na situação a seguir, os residentes decidem transferir um paciente que está internado na unidade de clínica médica para a unidade de internação cirúrgica e não aguardam a enfermeira tomar as providências necessárias, demonstrando a má comunicação e a falta de integração entre os agentes da equipe de saúde:

O paciente Manoel, que apresenta vômitos fecalóides, está internado na enfermaria 509. A enfermeira Adriana informa-o que vai passar uma sonda nasogástrica, devido aos vômitos. Enquanto ela estava realizando o procedimento, a equipe médica chegou para avaliar o paciente. Quando a enfermeira termina de colocar a sonda, dois residentes e uma docente começam a examinar o abdome do paciente e a discutir, entre si, a conduta a ser tomada. Pouco depois, chegam dois residentes da cirurgia. Todos conversam `a beira do leito do paciente e, depois, saem da enfermaria. Passados alguns minutos, o residente da cirurgia entra, fala com o paciente Manoel: -"Vamos ter que operar o senhor, porque tem uma obstrução no seu intestino." Avisa para a enfermeira: -"Vamos fazer uma dissecação de veia, antes de ir para a cirurgia. Enquanto isso, coloca um abocath e instala o soro." A enfermeira Adriana busca o material, punciona a veia e inicia a infusão.

A enfermeira vai para outra enfermaria e, pouco depois, os residentes da cirurgia e os residentes da clínica entram na enfermaria 509 com uma maca, dizendo: "Vamos levá-lo para o 10º andar, para a enfermaria de cirurgia. Vamos deixar para fazer a dissecação de veia lá."

Quando vão saindo da enfermaria, com o paciente na maca, falam com a enfermeira, que está no posto de enfermagem: -"Vamos levar seu Manoel, avaliamos melhor e vamos esperar um pouco para operar. Vamos fazer o que precisa no andar da cirurgia, então vamos deixar para fazer a dissecação lá." A enfermeira sai, junto com os residentes, para levar o paciente para o 10º andar.

Ao retornar, diz: "Quando vi, já estavam com o paciente no corredor. Tive que sair correndo atrás deles, não tinha nada pronto para a transferência do paciente" (DIARIO2, 18/10/96).

Conforme CARAPINHEIRO (1993), a autonomia relativa de cada profissional está submetida à autoridade médica, sustentada pela dominação do saber e da competência técnico-científica. Todos os trabalhadores se submetem a um conjunto de regras que são orientadas pela racionalidade da prática médica. Essa posição corresponde à tese de dominância profissional dos médicos desenvolvida por FREIDSON (1970), na qual alguns estudos sobre os profissionais de saúde se fundamentaram, evidenciando que a profissão médica exerce controle considerável sobre a base de conhecimento da profissão de enfermagem, sendo grande parte do seu trabalho desempenhado a pedido ou sob supervisão médica. Constatamos que algumas situações denotam a dominância profissional dos médicos, conforme exemplificado pelos dados empíricos. A enfermeira atende uma intercorrência de um paciente apresentando hipoglicemia, mas é o médico quem toma a decisão de mudar o horário da administração do hipoglicemiante oral:

10:40 horas - Paciente Carmem: "Estou com uma tremedeira, vou comer um pedaço de abacaxi." Pede que outra paciente chame a enfermeira.

Enfermeira Milena - "O que a senhora está sentindo? Tem tontura? Está suando frio?"

Paciente: -"Senti uma tremedeira e um calorão. Sinto isso quando tomo Daonil na hora do café. Em casa, eu tomo Daonil na hora do almoço, por causa disso."

Enfermeira -"Vou chamar o médico."

Um dos residentes vem ver a paciente: "O que é que houve, Dona Carmem?"

Paciente: -"Acho que é por causa do Daonil, tenho isso quando tomo na hora do café. É melhor eu tomar na hora do almoço."

Residente: "Vou pedir para trocar o horário do Daonil, para dar na hora do almoço" (DIARIO2, 24/10/96).

Concordando com essa análise, CARAPINHEIRO (1993) afirma que as zonas de decisão do trabalho das enfermeiras são demarcadas pelos médicos, pois são esses que definem o que as enfermeiras podem fazer e dizer aos doentes, exercendo sobre elas o constante pedido de responsabilidade pelo que não devem fazer, pelo que não fizeram e estava ordenado, pelo que disseram a mais e não deveriam ter dito e até pelos atos dos doentes que infringiram as ordens médicas.

Entretanto, algumas variações na relação entre os profissionais podem contrariar a tese de dominância profissional dos médicos na equipe de saúde. Na interação médico e enfermeira, foram observados alguns aspectos que parecem diferir do modelo dominante-subserviente tradicional. O crescente envolvimento das enfermeiras na tomada de decisão, afetando o diagnóstico e o tratamento, provoca uma mudança qualitativa nas suas relações com a equipe médica, correspondendo ao descrito por HUGHES (1988).

Nesse sentido, identificamos que as enfermeiras, mesmo reconhecendo a autoridade clínica do médico, oferecem conselhos em muitos aspectos da prática de forma direta e aberta. Isso não significa que a relação de domínio médico seja rompida, mas que as exigências do trabalho o enfraquecem em várias situações informais:

"Bom... com o médico, eu tento... como eu procuro ficar sempre junto do doente, a parte que é, ah... quando a gente consegue identificar algumas coisas, a gente... articula a equipe médica, tá? Isso aí em relação a doença do paciente, ou em relação ao que pode estar desencadeando alguma coisa, complicando a saúde do paciente, eu procuro a equipe médica. Isso, e muitas vezes até sugiro algumas coisas para eles estarem fazendo, porque eu acho que às vezes eles se perdem não vendo. Uma fisioterapia, a odontologia, éhhh... quando o paciente está com alguma queixa diferente que não seja da especialidade, então eu recorro à parte médica"(E7EN).

"Às vezes você quer desenvolver uma coisa que você acha que pode dar certo, tanto a conversa como um curativo, alguma coisa, o médico já não deixa, já te limita. Quer que faça do jeito dele, mas quem acompanha todo dia o desenvolvimento do paciente somos nós, né? E tem alguns que não aceitam. Tem uns que sentam, conversam e discutem, mas tem uns que não" (E2EN).

Concordando com HUGHES (1988), identificamos que a enfermeira resiste ao poder médico e à subordinação. A enfermeira, ao detectar a necessidade de modificar condutas terapêuticas, busca uma modificação nas relações de trabalho. Essa resistência é um caminho para ampliação da autonomia da enfermeira e melhor comunicação entre a equipe.

No trabalho multiprofissional, os limites da autonomia da enfermeira são definidos na interdependência com o médico. Esses limites podem ser ampliados na forma de conduzir a assistência e na forma de resolver problemas que surgem com o paciente no cotidiano. A enfermeira, ao detectar a necessidade de modificar condutas, luta por um espaço de autonomia e de participação nas decisões terapêuticas. A enfermeira, mesmo reconhecendo a autoridade clínica do médico, questiona a prescrição e dá sugestões, mostrando indícios de que as relações entre esses profissionais podem ser modificadas e que podem ser construídos novos modos de atuação dos agentes.

O relato apresentado a seguir permite identificar que, no trabalho vivo em ato, a enfermeira exerce sua autonomia e divide espaço de saber com o médico:

O Dr. José Luis passa no corredor, e a enfermeira Beatriz avisa: -"Dr., o paciente Fernando (506-2) está com dor forte no peito." O R2 vai ver o paciente e pede para as visitas saírem da enfermaria. Ficam aguardando no corredor.

Residente: -"Então avisa o eletro, por favor, para virem fazer um traçado." Diz isso dirigindo-se à enfermeira. A enfermeira telefona para o pessoal do ECG, que não podem subir nesse momento. Avisa o médico, que vai buscar o eletrocardiógrafo e faz o ECG do paciente.

Após o ECG, o residente retorna ao posto de enfermagem e diz `a enfermeira: -"O eletro está bem. Não é dor pré-cordial. Vamos colocar um SG 5% em bomba de infusão, porque ele diz que só melhora com o sorinho."

Enfermeira: -"Então é só efeito placebo?"

Residente: -"É, vamos ver se esta dor desaparece."

Enfª: -"Por que não usa então um comprimido de sacarina sub-lingual?"

Residente: -"Não vai adiantar, ele acha que só melhora com soro."

Enfª: -"Está bem, já vou pedir para instalar." Chama o técnico que está escalado na medicação. Esse é avisado para instalar o SG 5% (DIARIO2, 16/10/96).

As informações que a enfermeira transmite ao médico, a partir da observação do paciente e da identificação de sinais e sintomas, são necessárias para alterações da conduta terapêutica. Ela está no mesmo nível de autonomia e poder, em relação ao médico, está utilizando um saber, ao trocar idéias sobre a conduta terapêutica adotada. Ao mesmo tempo que o médico tem autonomia e determina a condução do processo de trabalho, ao fazer a prescrição, ele também é questionado. Essa é uma situação simétrica de autogovernos em operação, mostrando que os sujeitos são capazes de realizar transformações no modo de operar o trabalho em saúde.

A análise das relações entre os agentes no ato operatório da produção de cuidados ao paciente evidencia que todos os profissionais têm uma interdependência e que todos os trabalhos se complementam. A posição de supremacia do médico e o poder que esse detém são inegáveis, porém, a dominância profissional pode ser rompida, conforme identificamos em situações da prática concreta.

À primeira vista, o médico parece ser o único profissional que tem autonomia. Porém, sua autonomia também é relativa e é definida pelos limites da competência e do saber impostos pelos outros agentes e pelas relações sociais mais amplas. Ao mesmo tempo que o médico interfere no

trabalho dos outros profissionais, esses lutam pela ampliação do seu espaço, resistindo à subordinação. Assim, há indícios de que a autonomia dos outros agentes pode ser ampliada no cotidiano pela valorização dos saberes específicos e pela construção do trabalho cooperado.

Os agentes do trabalho em saúde no hospital são sujeitos que estão numa relação de trabalho, com o objetivo de operar transformações no paciente, em torno de um projeto terapêutico. O modo como o trabalho é realizado, as relações que se dão entre os homens no trabalho e como a produção de cuidados se estrutura dependem do projeto intelectual que guia todo o processo de trabalho. Esse projeto terapêutico deveria ser compartilhado, para que esses homens pudessem ter mais satisfação, pois, mesmo tendo especificidades ao realizar o trabalho, podem compartilhar saberes e espaços de autonomia.

A ampliação da clínica, contemplando além das necessidades de recuperação física/funcional dos pacientes, as emocionais/afetivas e sociais, pode ser uma alavanca para um trabalho mais harmonioso e simétrico com maior autonomia de todos os agentes da equipe de saúde.

4.2.3 Concepção sobre o paciente e o atendimento prestado

As relações dos profissionais com os pacientes expressam concepções acerca do seu trabalho, com base no saber que utilizam. Partindo do ponto de vista de GONÇALVES (1994), o modo mais adequado pelo qual se pode reconhecer a estrutura geral do trabalho em saúde¹³ é a concepção acerca do objeto de trabalho, que tem por base o saber utilizado para apreendê-lo e que se desdobra em instrumentos de trabalho que possibilitam operar as transformações desejadas. O trabalho em saúde no modelo tecnológico de atendimento clínico busca obter determinados efeitos sobre o corpo humano, valendo-se de concepções cientificamente elaboradas, lidando com o normal e o patológico como expressão de normatividade, que está imediatamente contida no objeto de trabalho.

A concepção que os profissionais têm sobre o paciente está associada à abordagem da doença como um fenômeno de desvio da norma biológica e como um desvio da norma social, considerando que os indivíduos não mostram condições de se tratarem e de seguirem as orientações dos profissionais e, por esse motivo, tornam-se suscetíveis às doenças, concordando com a análise também realizada por RAMOS et al. (1989).

"Aqui, como é um hospital que atende pacientes do SUS, ou seja, é um hospital público, então, a gente vê muitos pacientes, a maioria são de nível sócio-econômico cultural baixo. Isso reflete, logicamente, em várias coisas do nosso trabalho, né? A gente vê muitos pacientes que é, tem várias internações, por exemplo, é um cardiopata que precisa tomar medicações mas ele não toma em casa, ou porque não entendeu como é que toma, ou não tem dinheiro para comprar, não conseguiu no posto, certo? E, muitas vezes, falta para ele esse senso da necessidade. Pelo baixo

¹³ GONÇALVES (1994, p.61) utiliza a terminologia trabalho médico, na qual considera "todos os variadíssimos tipos de prática que se verificaram historicamente, dedicados a obter efeitos balizados por quaisquer noções de normal e patológico, desde que reiteradas e socialmente reguladas".

nível intelectual, falta, muitas vezes, o próprio senso da necessidade de tomar aquela medicação rigorosamente. (...) Muitos deles são crônicos e, às vezes, pela própria característica da doença, mas, muitas vezes também porque o paciente não se ajudou. Não se ajudou por que? Por questões sócio-econômicas. É aquele hipertenso que não trata a hipertensão dele. Fica durante 15 anos tratando irregularmente a hipertensão e aí, de repente, ele tem que entrar no programa de hemodiálise, porque ele fez uma insuficiência renal crônica, devido à hipertensão que não foi controlada" (E1MR).

Mesmo quando os profissionais consideram que as condições de saúde se relacionam às condições de vida, os pacientes são tomados de maneira abstrata, reduzidos a um recorte do corpo anatomofisiológico, de acordo com os padrões de normalidade estabelecidos pelo saber clínico. A dimensão social é vista também como uma patologia e um desvio da norma social, dificultando o trabalho e interferindo na obtenção dos resultados pretendidos:

"A gente começa a ver que o paciente, ele tem uma doença não só... não só orgânica. Começa a ter a parte social dele, talvez essa seja a maior patologia. (...) Pacientes que vivem sozinhos, que não têm onde morar, pacientes que não tem o que comer. Então, você acaba sabendo que você interna aquele paciente, você gasta milhões com remédios e a patologia dele não é aquela pneumonia, não é aquela infecção urinária. A patologia dele é muito mais difícil de ser tratada, porque é uma patologia social" (E3MR).

A concepção dos profissionais expressa que o paciente é dependente e incapaz de manter-se com saúde devido à interferência de suas baixas condições sócio-econômicas:

"O doente está ali, dependendo de mim, de eu cuidar dele direito, de eu tratar dele direito. (...) Às vezes, não tem nem aonde morar. Tem gente aqui que não tem nem para onde ir. Tem gente que sai daqui e não tem como tomar o remédio lá fora" (E5TE).

"Eu acho que o paciente, a maioria é gente assim, mais humilde, mais difícil de entender, precisa estar vendo se ele está fazendo realmente o tratamento direito, porque a maioria dos nossos pacientes voltam, reinternam" (E2EN).

"Nossos pacientes, de um modo geral, são pobres e ignorantes e isso é uma barreira enorme, né, para colocar as coisas em funcionamento"(E15MD).

Os agentes entendem que a clientela, por ser carente e ignorante, tem dificuldades para seguir as orientações e, portanto, não se beneficia dos recursos tecnológicos disponíveis, coincidindo com os achados de ALMEIDA (1991) e GONÇALVES (1994). Parece que o objeto de trabalho é a doença e que o trabalho se desenvolve independente da situação concreta do indivíduo que está doente. As características sócio-econômicas dos indivíduos são entendidas como se fossem externas ao processo terapêutico, interferindo no sentido de que o trabalho se torna mais difícil, porque o paciente é carente e não aprende o que é transmitido e ensinado.

A fala de um dos agentes diferencia-se dos demais, indicando o reconhecimento de que o paciente tem direitos e está exigindo um outro tipo de relação com os profissionais de saúde:

"Antigamente a gente tinha uns pacientes mais simples, mais humildes, que davam graças a Deus de estar vindo no Hospital das Clínicas. Hoje não, existe uma outra, um outro tipo de cobrança, é uma família que está mais presente, isso tudo é um desenvolvimento, eu acho que nacional né? Mundial até. As pessoas estão passando por esta reaprendizagem, essa revolução aí né? É uma revolução que a gente vai vendo aos poucos. Se a gente parar e ver há dez anos atrás, é diferente a postura do paciente e da família, o nível de cobrança. Então as pessoas estão mais despertas para os seus direitos, nem sempre para os seus deveres" (E4EN).

Ainda que essa enfermeira reconheça que o indivíduo doente possa ter participação no processo terapêutico, isso é visto como uma cobrança e um questionamento da forma como é atendido. Além disso, considera que os pacientes estão despertando para seus direitos mas se esqueceram de seus deveres. Entretanto, esse pode ser um caminho para que o paciente seja reconhecido como sujeito que tem participação ativa no seu tratamento.

Em geral, no atendimento prestado, há pouca preocupação com a autonomia dos pacientes e com o direito e a capacidade de tomarem

decisões e exprimirem suas preocupações e desejos. Na atenção individual à saúde, o sujeito que sofre intervenção é quase sempre tomado como um objeto passivo, como se fosse incapacitado de qualquer reação às ações dos agentes de saúde. De acordo com CAMPOS (1992), nesse modelo de atenção, a relação profissional/cliente é concebida como um intercâmbio entre um sujeito potente e um objeto supostamente dócil. Assim, o doente só tem direito à fala para dar as informações necessárias ao diagnóstico, de modo que não lhe é garantido o uso da palavra para fazer críticas ou manifestar sua vontade.

Este excerto da observação das atividades dos profissionais em uma enfermaria evidencia que, mesmo que vários profissionais tenham falado com a paciente, ela continuou com medo da cirurgia e com muitas dúvidas a respeito dos procedimentos já realizados ou daqueles aos quais seria submetida:

Dois residentes explicam para Dona Carmem o resultado do cateterismo, realizado no dia anterior: -"A senhora só tem problema na válvula." Enquanto isso, uma residente examina Dona Carmem e diz: -"A senhora tem 3 problemas: diabetes, o problema da perna e da válvula no coração. Para a perna, o pessoal da vascular vai vir olhar."

Paciente: -"Vou precisar operar o coração?"

Residente (R1): -"Talvez não. Talvez passando um cateter com um balãozinho, já dê para resolver. Vamos ver a pressão."

Os residentes falam entre si: -"A pressão está baixa. Vamos tirar o Cardizen, então." Saem da enfermaria.

Dona Carmem diz para as outras pacientes: -"Tomara que eu não precise operar. Mas o professor falou que eu ia ter que operar. Vamos ver. Ontem, me levaram `as 3h e eu voltei `as 6. Fiquei 3 horas lá, fazendo o cateterismo. Foi demorado."

O R3 pede para a paciente deitar, para examiná-la. Faz ausculta cardíaca.

A paciente fica cheia de dúvidas: -"Será que vou ter que operar? Eu não sei o que vou fazer. O Doutor disse que eles ainda vão pensar. Eu tenho medo de não aguentar, porque operar o coração não é fácil. O professor disse que eu tinha que operar, mas agora eles falam que é só a veia que está entupida. Não entendo como faz para desentupir."

Entra outro médico, é pós-graduando. Fala com Dona Carmem: -"Oi, querida. Como é que está? Já fez o cateterismo, não é? Deixe eu ver como é que está aqui, o seu braço." Olha o local do curativo e sai da enfermaria (DIARIO2, 24/10/96).

Os médicos conversaram com a paciente sobre decisões terapêuticas após a realização de cateterismo cardíaco, informando-a sobre a necessidade de intervenção cirúrgica. Orientaram a paciente rapidamente, sem valorizar suas preocupações quanto aos procedimentos e seu medo de morrer. Vários agentes, entre eles os médicos, os doutorandos, a enfermeira, as alunas de enfermagem, falaram com essa paciente sobre a cirurgia, dizendo que tudo correria bem, porém sem deixar a paciente expressar seu medo e sem explicar em que consiste o procedimento. Diante de situações desse tipo, questionamos a quem caberia o atendimento das necessidades psíquicas dos pacientes. Caberia à enfermeira?

LOPES (1995) identificou que os aspectos emocionais têm importância central na comunicação da enfermagem com o paciente. O atendimento prestado pela enfermagem pode recolocar o paciente no centro das ações e interpelar o saber de enfermagem, configurando novas concepções nas práticas que se propõem a repensar o cuidado.

Geralmente, quando ingressam numa instituição hospitalar, os indivíduos são desprovidos de liberdade e se submetem à autoridade profissional dos agentes de saúde, que passam a tomar decisões. Identificamos que, no momento da admissão, as condutas dos profissionais têm o significado de reduzir a pessoa à condição de doente, considerando-o sem competência para realizar certos cuidados que lhe dizem respeito. Assim, a enfermeira informa os pacientes sobre a necessidade de aguardar prescrição médica, para dar continuidade ao tratamento, conversando com

os pacientes sobre a sintomatologia e fazendo controle da medicação já em uso e trazida de casa pela paciente:

A enfermeira Adriana dirige-se a uma das enfermarias, para falar com uma paciente recém-internada.

Enfermeira - "Bom dia. Por que a senhora internou?"

Paciente - "Tenho muita dor de cabeça, tomo muitos remédios para dor e não melhora."

Enfermeira - "Posso ver seus remédios? A senhora trouxe os remédios que está tomando?"

Paciente. - "Tomo estes 3 remédios", entregando 3 caixas diferentes para a enfermeira.

Enfermeira - "Vou guardar estes remédios no posto de enfermagem, com o seu nome. A gente faz isto, para a senhora não tomar 2 vezes, porque se damos 1 vez, a senhora pode não se dar conta e tomar de novo. Então é melhor a gente guardar e a senhora vai receber os remédios que o médico prescrever. Então, vamos esperar que o médico faça a prescrição. Quando a senhora for embora, vamos devolver seus remédios" (DIARIO1, 19/09/96).

Segundo CARAPINHEIRO (1993), o processo de admissão no hospital constitui-se como um conjunto de procedimentos que reduzem a pessoa à condição de doente. Nesse processo, fica claro que o hospital aceitou o doente segundo seus próprios termos, que vai tratá-lo como uma pessoa sem competência e que espera que o doente se submeta às regras e aos regulamentos da instituição e às decisões dos vários especialistas.

Observamos uma auxiliar de enfermagem, por ocasião da admissão da paciente na unidade, que não se apresentou à paciente, não disse seu nome ou qual sua função na unidade. Notamos uma preocupação em arrumar a papeleta, maior do que a preocupação em explicar para a paciente a respeito da unidade, ou em saber como a paciente se sentia, ou o motivo da sua internação:

Auxiliar - "Como é seu nome?"

Paciente - "Meu nome é Elisa."

Auxiliar - "Vem comigo, vou levar a senhora para o seu quarto."

A paciente fica em pé, enquanto a auxiliar arruma a cama e, quando a cama está arrumada, fala de novo com a paciente:

Auxiliar - "Dona Elisa, esta é sua cama. Se precisar de alguma coisa, puxa a campainha." (mostra como funciona e o som que emite, que é ouvido no posto de enfermagem)

Auxiliar - "Dona Elisa, trouxe seu cartão de retorno?"

Paciente - "Sim, está lá na pasta."

Depois disso, a auxiliar sentou em balcão no corredor, próximo à enfermagem, arrumou a papeleta e escreveu em folha de registros de enfermagem: "Paciente internou, veio acompanhada do esposo. Não trouxe objetos de valor." Dirige-se ao posto de enfermagem, encontrando com o marido da paciente no corredor:

Auxiliar - "O Sr. tem o telefone daqui do hospital?"

Marido - "Sim, tenho."

Auxiliar - "Então, está bem, o senhor já pode ir." (DIARIO1, 18/09/96).

Situações como essa demonstram que a realização do procedimento parece ser a preocupação fundamental dos agentes. Em função disso, os funcionários de enfermagem parecem mais preocupados em cumprir rotinas do hospital e arrumar papéis do que proporcionar bem-estar ao paciente. Quando o paciente tem algumas solicitações que fogem à rotina já estabelecida, como quando precisa de ajuda para ir ao banheiro ou tem dor e necessita analgésico, há uma certa demora em ser atendido.

De acordo com MIRANDA & SOBRAL (1991), o hospital moderno é uma instituição cujas regras estão estruturadas para atender primordialmente necessidades administrativas que viabilizem o trabalho da equipe de saúde. Em decorrência do cumprimento dessas regras, a individualidade do paciente e suas singularidades tendem a ser anuladas, caso venham a atrapalhar a rotina do hospital.

Além de sua individualidade ser substituída pela situação de paciente, os profissionais utilizam termos no diminutivo, o que denota a infantilização que é atribuída à pessoa que está doente, conforme observado:

Dona Ana Maria refere dor intensa no peito. Uma funcionária da enfermagem vai localizar o médico, a pedido da paciente. Dr. Ronaldo examina Dona Ana Maria e solicita ECG, que é feito logo em seguida, no leito. Dr. Ronaldo retorna à enfermagem e pergunta se passou a dor. Ausculta o pulmão e diz que está jóia. Pede para a funcionária da enfermagem buscar um Isordil sublingual e medica a paciente.

Diz: -"Se a senhora está nervosa, é melhor ir embora. Por isso falei em alta. Dona Ana Maria, a senhora tem que esperar os exames. Tem uma filhinha, mas como a senhora está internada, não tem que esperar tanto. Fica calminha, faz de conta que está em casa. Passou a dor? Deita um pouquinho."

Entra um doutorando e Dr. Ronaldo diz: -"Dona Maria, este é o doutor Francisco, vai ficar responsável pela senhora a partir de agora. Vai explicar sobre os exames."

Paciente: -"Tá, tá."

Dr. Ronaldo: -"Passou a dor? Fica com as perninhas para cima. Fica deitadinha."

Paciente: -"Tá, sim."

Dr. Ronaldo - "Fica calminha."

Paciente: -"Sim, sim."(DIARIO3, 11/11/96)

A observação do atendimento prestado nas enfermarias demonstra alguns procedimentos que expressam a despersonalização como uma característica marcante do tipo de tratamento atribuído ao indivíduo:

A enfermeira Milena chega até a porta da enfermaria 504 e avisa a atendente de enfermagem: - "Vai internar paciente no 504-4, vem do ambulatório."

Atendente: -"Está bem, já vou arrumar o leito." Busca lençóis e arruma a cama.

Logo chega a paciente, trazida em cadeira de rodas pela auxiliar de enfermagem do ambulatório. A escriturária entra na enfermaria e pega o prontuário, que está no colo da paciente.

Atendente, dirigindo-se à paciente: -"O que a senhora tem? Veio de onde?"

Paciente: -"Vim consultar no ambulatório, no retorno, e tive dor no peito."

Atendente: -"Vamos sentar aqui nesta cadeira, para esperar um pouco. Depois vai ter que trocar de roupa, botar camisola do hospital, antes de deitar. Agora é passagem de plantão, a senhora tem que esperar um pouco."

Paciente está com soro. Atendente traz suporte de soro, deixa paciente sentada, perto de outra paciente, junto `a janela. A paciente parece nervosa, preocupada. Fica sentada, segurando a bolsa. A atendente de enfermagem se retira da enfermaria. São 12:50, sai para participar da passagem de plantão (DIARIO2, 21/10/96).

Os pacientes são destituídos de sua identidade quando estão internados no hospital. Na conduta de utilizar camisolas do hospital em todos, caracterizando o uso de um "uniforme dos pacientes", identifica-se a despersonalização do indivíduo:

Entro nas enfermarias e vejo todos os pacientes usando camisola do hospital. Duas pacientes estão sentadas em cadeiras encostadas à parede, de costas para a janela. Conversam um pouco entre si, falando da sua vontade de ir para casa. Estão aguardando uma decisão do médico (DIARIO1, 26/09/96).

Percebe-se a despersonalização do atendimento na situação abaixo, em que a atendente de enfermagem dirigiu-se à paciente no momento da internação, para colocar camisola do hospital, sem mostrar interesse em saber seu nome, perguntando apenas qual o motivo da internação. Suas ações denotam um certo padrão no atendimento, seguindo um ritual que visa atender rotinas e regulamentos da instituição:

Na enfermaria 504, chega uma paciente nova, vem da Unidade de Emergência, trazida por uma auxiliar de enfermagem, em cadeira de rodas. Interna no leito 504-4, chama-se Carmem. A atendente de enfermagem fala para a paciente: -"Bom dia, a senhora veio da UE? Agora vamos colocar camisola do hospital, porque aqui não pode ficar com esta roupa. Vamos trocar de roupa e deitar."

Paciente: -"É melhor eu ficar sentada, porque tenho uma ferida na perna, piora quando deito. Queria tomar um banho, antes de botar a camisola."

Atendente: -"Vou buscar uma cadeira para a senhora ficar, e um suporte de soro. Depois ajudo a senhora a ir para o chuveiro."

A atendente providencia a cadeira e o suporte de soro. Depois, acompanha a paciente para o chuveiro. A paciente, depois de tomar banho, fica sentada próxima ao leito. Está usando camisola de cor rosa, como todas as outras na enfermaria (DIARIO2, 21/10/96).

O uso da camisola do hospital parece ter o significado de que, ao internar, o paciente é destituído de suas características individuais e passa a ser reconhecido como doente e tratado como tal. Entretanto, alguns não aceitam passivamente essa condição e procuram, de alguma maneira, restituir alguns de seus hábitos em relação à aparência pessoal e ao cuidado corporal. Quando o paciente usa sua própria camisola, parece que está recuperando parte de sua identidade e que não tem apenas o papel de doente. Os profissionais notam a mudança na aparência, referindo que o paciente está mais disposto e animado:

8:00 - A paciente Carmem está sentada, tomando café. Usa camisola branca com flores azuis (a camisola é da paciente, não está usando camisola do hospital).

8:15 - A enfermeira entra na enfermaria, fala para Dona Carmem: -"Ah! Agora a senhora está bem, passou batom, ficou bonita!" A enfermeira retira-se da enfermaria e as pacientes ficam conversando entre si.

Paciente Magda: -"Eu já tomei banho, mas não tem camisola limpa para mim."

Paciente Carmem: -"Eles não gostam que a gente traga camisola de casa, mas eu tenho que trazer, porque as daqui não servem para mim, são pequenas."

8:30 - Entra um residente -R3- e fala com Dona Carmem: -"Como está bonita hoje! Foi tudo bem ontem? Fez o exame ontem, lá?"

Carmem: -"Sim, fiz, foi tudo bem." (DIARIO2, 24/10/96)

Conforme SILVA (1976), a relação médico-paciente trata-se de uma relação de poder, ou seja, uma relação de dominação-submissão, levando em consideração a presença de classes sociais antagônicas. Nessa relação, os profissionais utilizam-se de normas e rituais que expressam a normatividade do atendimento e do tratamento. Verificamos que, na maioria das situações, essa relação de poder está presente. Alguns pacientes são submissos, acham que o atendimento é caridade e que não podem reclamar. Outros se preocupam em estarem arrumados para ficarem aguardando a chegada do médico, já em posição para serem examinados:

Paciente: -"Hoje fiz exame, ainda bem que pegou a veia de primeira. O professor apareceu lá, também. Ele me examinou, apertava no peito e perguntava se dóia. Eu não falei nada, fiquei agüentando, mas estava doendo. A gente não pode reclamar, tem que agüentar, afinal é uma caridade que eles fazem prá gente." (DIARIO2, 09/10/96)

Nas relações com o paciente, o médico mostra seu poder e percebe-se sua autoridade sobre o comportamento dos pacientes. Há dificuldade de comunicação, pois os médicos utilizam linguagem em termos técnicos, que não é do conhecimento dos pacientes:

A paciente Dione (504-3) diz: -"O médico veio me avisar para ficar em jejum, vou fazer exame hoje."

A paciente Daniela (504-1) diz: -"Eu também tenho que ficar em jejum, vou fazer cateterismo, o médico veio avisar. O ruim é ficar esperando, dá uma ansiedade..."

Paciente Dione - "Não sei a que horas vai ser. O médico fala prá gente, `as vezes a gente não entende tudo o que ele diz."

Paciente Dagmar: -"Eles falam muito rápido, `as vezes ficam falando entre eles, conversando, eles dizem palavras que a gente não sabe. É difícil."

Paciente Dione diz: -"Já fiquei em jejum para este exame, 4ª feira da semana passada, mas não fizeram o exame. Não sei porque. Já eram 3 horas da tarde, aí avisaram que eu não ia mais" (21/10/96).

Durante a visita médica, um dos médicos pergunta para a paciente Dione, 504-3: -"Você entendeu, então?"

A paciente responde: -"Mais ou menos, parece que vocês falaram que eu vou ter que fazer cat outra vez."

Médico: -"É, isto mesmo, talvez hoje `a tarde."

Para a paciente Carmem, depois de rever a história, relatada pelo residente, o docente diz: -"A senhora vai ter que fazer cirurgia. Vamos fazer mais alguns exames." Depois, quando os médicos saem dessa enfermaria, uma das pacientes diz para a outra: -"Então a senhora vai fazer angioplastia, não é cat."

A outra responde: -"O que é isso, cat? Não entendi o que eles falaram. Também não sei o que é angioplastia" (DIARIO2, 22/10/96).

Os médicos falam com pacientes na porta da enfermaria, sem chegarem próximo para conversarem, denotando desrespeito à pessoa:

9 horas - Os residentes estão fazendo prescrições, examinam pacientes, entram e saem das enfermarias. Na enfermaria 506, o residente Mauro fala com o paciente (não entra, fica parado na porta): - "Seu Antônio, a partir de agora o senhor vai ficar em jejum, para fazer cateterismo hoje `a tarde."

Paciente: -"Jejum outra vez? Já estou com fome. Já fiquei em jejum, ontem." (DIARIO2, 21/10/96).

Quando o médico precisa examinar um paciente ou realizar algum procedimento, sua atividade é prioritária em relação a outras necessidades que o paciente venha a apresentar. Como exemplo disso, observamos os residentes examinarem um paciente no leito e fazerem eletrocardiograma durante o horário de visitas dos familiares aos pacientes, que tiveram que aguardar o término do procedimento:

15:30 horas - Durante o horário de visitas dos familiares aos pacientes, entram 2 residentes da cardiologia na enfermaria 504. Dirigem-se ao leito 4, onde está a paciente Leonora e começam a fazer perguntas para a paciente: como ela está, se tem tontura, quando começou a ficar ruim, se tem batadeira. A paciente responde a todas as perguntas. Abrem uma maleta e tiram um aparelho para traçar um eletrocardiograma da paciente. Pedem que ela tire a blusa. As familiares da paciente ao lado ficam caladas, observando.

A enfermeira Beatriz entra na enfermaria e dirige-se aos residentes da cardiologia que estão examinando a paciente Leonora. Diz:- "Os familiares da Dona Leonora estão aí para a visita.

Os residentes dirigem-se à porta da enfermaria e a paciente pergunta: - "Doutor, o senhor vai deixar isso ligado?"

Residente: -"Só um instantinho. Logo vem outro médico." Os dois residentes saem da enfermaria e vão conversar com familiares de outro paciente, no corredor. A paciente Leonora reclama em voz baixa que os residentes deixaram o aparelho ligado e que ela não pode levantar-se. A paciente pede para a funcionária da enfermagem: "Você pode ir pegar a comadre? Estou apertada."

Quando a funcionária está pegando a comadre, os 2 residentes da cardiologia retornam e ela diz a eles: - "A paciente quer urinar!"

Residente: -"Tá certo, mas ela segura um pouquinho, né Dona Leonora? Já vou terminar." Novamente, faz uma série de perguntas para a paciente: como ela está, o que houve, se tem tonturas no momento. A paciente fala que ficou nervosa e sentiu-se mal. Reiniciam o traçado do eletrocardiograma. A familiar da paciente do leito ao lado presta atenção no que os residentes estão fazendo e falando. Um dos residentes lê para o outro a evolução feita quando a paciente estava na UE, de onde veio encaminhada com urgência. Discutem o caso da paciente.

A funcionária da enfermagem pergunta - "E a bexiga, tá muito cheia?"

Residente: -"Calma, já vai."

Entra um terceiro residente. Olha os exames e discute o caso com os demais. Quando terminam, um dos residentes pede que a funcionária da enfermagem coloque a comadre na paciente Leonora, agradece e sai da enfermaria (DIÁRIO4, 08/01/97).

Os médicos conversaram entre si sobre o diagnóstico e as condutas, sem se preocuparem com a presença dos familiares. A necessidade de conforto da paciente não foi valorizada, parecendo que o mais importante é a realização do ato médico.

Os pacientes mostram algumas resistências à situação de submissão que lhes é imposta. Nesse sentido, constatamos situações que demonstram que os pacientes não são apenas passivos, pois às vezes reclamam de certos procedimentos e pedem para mudar vias de administração das medicações, numa tentativa de mostrarem suas necessidades e interferirem no processo terapêutico:

A enfermeira Adriana tenta puncionar uma veia do paciente Heitor (509-1), pois várias pessoas já fizeram tentativas e não conseguiram. É preciso administrar antibiótico (rocefim). Faz duas tentativas, não conseguindo também. O paciente começa a ficar irritado: -"Não agüento mais isso, minhas veias já não têm mais sangue, de tanto que me picaram."

Enfermeira diz: -"Vou falar com o médico, seu Heitor, mas esta é a última dose do antibiótico. O senhor precisa receber esta medicação."

A enfermeira sai da enfermaria e fala com o residente no corredor.

Enfermeira: -"Dr. Bernardo, não estamos conseguindo puncionar a veia do Heitor. Ainda tem rocefim para fazer."

Médico: -"Então vamos fazer intramuscular. Ele não vai gostar disso também, mas é o jeito. E o sangue para exames, conseguiu coletar?"

Enfermeira -"Sim, por punção arterial. Já encaminhei para o laboratório" (DIARIO2, 18/10/96).

Outro indício de que os pacientes não são totalmente passivos pode ser identificado quando fazem perguntas para os auxiliares de enfermagem, ao estranharem a mudança de horário ou da dose da medicação que costumam receber. Entretanto, nem sempre essas atitudes são bem aceitas pelos funcionários:

Paciente Luisa: -"Eu não sei que exame é esse que eu vou fazer. Ontem perguntei para a moça da enfermagem que estava aqui, de noite, ela ficou braba. Disse que não era para perguntar nada para ela, que ela não sabia nada."

Paciente Maria : -"Ela me deu um remédio, que eu sei que é Capoten, em casa tomo 1/4 desse comprimido e ela me deu 1/2. Perguntei para ela o que ela estava me dando, ela logo foi ficando braba, dizendo que se eu não queria tomar, ela ia levar de volta para o posto" (DIARIO2, 25/10/96).

Apesar de ser um trabalho coletivo, há situações em que os agentes de diversas categorias profissionais atuam independentemente um do outro, sendo freqüente a verificação de sinais vitais do mesmo paciente por mais de uma pessoa, com intervalos de poucos minutos, conforme exemplificado a seguir:

8:10 - A técnica de enfermagem Julieta está verificando sinais vitais das pacientes na enfermaria 515. Após a verificação, registra os valores encontrados, nas papeletas de cada uma das pacientes. Verifica os sinais vitais da paciente Silvana, 515-4, e registra no gráfico.

Logo após, entra um residente e conversa com essa paciente: -"Melhorou, Dona Silvana? Vou examinar a senhora."

O residente verifica a TA (a técnica recém verificou também).

Paciente: -"Agora preciso sentar, para examinar o pulmão?"

Residente: -"Sim, senta por favor."

Ausulta o pulmão, depois pega a papelleta e sai da enfermaria (DIARIO3, 05/11/96).

O doutorando entra na enfermaria e verifica a TA da paciente Gilda, 513-5. Logo a seguir, a auxiliar de enfermagem Susana, escalada para essa enfermaria, verifica a TA da paciente Gilda. É a segunda vez que o procedimento é realizado (DIARIO3, 13/11/96).

Observamos, ainda, várias pessoas em torno do leito do paciente, prestando atendimento e realizando procedimentos ao mesmo tempo:

9:30 horas - O Dr. Ronaldo e a aluna Gabriela fazem curativo no paciente Paulo José, 509-3, na escara da região sacra. A enfermeira Milena também participa do procedimento. Este é um dos pacientes com mais cuidados nesta ala, é um paciente com dependência total, com escara nos calcâneos e na região sacra.

O paciente geme, dizendo: -"Ai, ai, está doendo. Termina logo, isso. Manda enfaixar logo."

A Enfermeira Milena, a aluna Gabriela, o residente conversam sobre outros assuntos, enquanto fazem o curativo.

Paciente: -"Ai, ai, fecha logo isso aí."

Enfermeira: -"Já está acabando, Paulo, falta pouco."

Paciente: -"Estou com frio, esse negócio que vocês colocam é gelado (refere-se ao soro)."

Enfermeira: -"Demora um pouco para fazer o curativo, porque é muito grande."

Paciente: -"Ai, tá frio. Tá tudo molhado, aqui." (A cama está toda molhada pelo SF usado para lavar a escara, em torno de 1250ml)

Enfermeira: -"Eu sei, bem, mas agora não adianta te trocar, Vamos fazer os outros curativos primeiro." Terminam o curativo na região sacra e a aluna diz: -"Eu vou fazer o curativo da cabeça, do pé, depois trocamos a cama toda. Vou tirar estes lençóis molhados que estão em baixo de você."

Retiram os lençóis molhados e a enfermeira sai. A aluna prepara o material para o curativo seguinte. Entra a auxiliar de enfermagem que está na medicação, coloca rótulo no soro que está sendo infundido. Logo depois, sai. Entra outra auxiliar do laboratório e diz para o paciente :-"Vou colher sangue, Paulo José."

Paciente: -"Espera um pouco, tem muita gente aqui. Tem que esperar trocar o curativo e trocar a cama. Estou com frio. Estou todo molhado."

Auxiliar sai. A aluna Gabriela continua fazendo o curativo na escara do calcâneo. Quando termina o curativo, troca a cama, com o auxílio da Enfermeira Milena, e de outra aluna. A auxiliar de enfermagem que vai colher sangue retorna: -"Já posso colher o sangue?"

Paciente: -"Ainda não, espera essa mulherada toda sair daqui, tá tudo em volta de mim. Me tiram tanto sangue, que vou ficar mais fraco. Todos os dias tiram sangue de mim. Tem que esperar terminar de trocar a cama. Ai, estou com frio!"

O residente e a Enfermeira Milena estão verificando PVC no lado esquerdo, A auxiliar do laboratório inicia a coletar sangue no braço direito. Portanto, ficam manuseando o paciente dos dois lados.

O paciente diz: -"Ai, agora estão dos dois lados. É tudo ao mesmo tempo, tão colhendo sangue também. Ai, estou com frio".

O tempo necessário para realizar os curativos foi em torno de 2h10min. Durante a realização dos curativos, várias pessoas entraram, para fazer perguntas para a enfermeira, ou mesmo para prestar cuidados (DIARIO3, 27/11/96).

Durante a execução desses cuidados, é freqüente que os agentes conversem entre si, sobre assuntos de ordem pessoal, desconsiderando a importância da interação com o doente. Entretanto, o atendimento precisa ser mais humanizado, pois o que se constata é uma tendência em tratar o

ser humano como uma máquina, como se fosse possível separar suas partes, para que diversos agentes executem procedimentos simultâneos.

Percebe-se que há um trabalho realizado em grupo, mas sem identidade de trabalhador coletivo, que compartilha o mesmo objeto de trabalho. Parece que o paciente se multiplica pelo número de profissionais, como se ele fosse exclusividade de cada um dos agentes. Essa multiplicidade de procedimentos junto ao paciente denota que um não sabe o que o outro faz, ou seja, há um desconhecimento do todo, para se fixar em fragmentos do trabalho.

Dessa forma, cada agente concentra-se em suas tarefas, perdendo a visão daquelas que são realizadas pelos outros membros da equipe. Cada qual cuida de sua parte, sem ter a visão do cuidado prestado em conjunto ao paciente. De acordo com CAMPOS (1994a), essa é uma das dimensões da alienação dos profissionais de saúde em relação ao seu processo de trabalho, que contribui para a quebra da unidade do processo terapêutico, impedindo o acompanhamento integral do paciente.

Concordando com CAMPOS (1994b), propomos o reforço do vínculo dos profissionais da equipe de saúde com o paciente, como um dos instrumentos capazes de potencializarem transformações nas práticas de saúde. A idéia de vínculo valoriza a constituição de espaços em que tanto os profissionais como os pacientes sejam sujeitos, isto é, o paciente assume a condição de sujeito que fala, deseja e julga. Uma das formas de modificar a passividade do paciente seria a valorização da fala e da escuta no processo de intervenção terapêutica, renovando o modo como tem ocorrido a

comunicação entre os profissionais e os pacientes, como forma de resgatar a eficácia e a qualidade das ações clínicas nas práticas de saúde.

A lógica que conduz o modelo clínico de organização tecnológica tem embasamento no saber anatomopatológico, para prestar atendimento ao corpo biológico individual. Assim, identifica-se a visão mecanicista do corpo humano e a natureza exclusivamente biológica das doenças na concepção dos agentes acerca do paciente.

O corpo doente é o objeto de trabalho, mas apesar disso, parece que o paciente não tem direito a se queixar, só pode dizer onde sente dor, para que o órgão doente seja identificado e sua normalidade possa ser restaurada. Percebe-se uma grande preocupação com partes do corpo do paciente e com a execução da tarefa, dando prioridade àquelas relacionadas especificamente aos órgãos afetados, sem que outras necessidades sejam atendidas, como aquelas relativas à psique.

O paciente torna-se um objeto cujos problemas de saúde são reconhecidos pelos saberes legitimados pelo modelo assistencial, que define o que são necessidades de saúde e procura enquadrá-las numa determinada forma de abordagem e tratamento. Os trabalhadores, na sua maioria, têm uma postura que é decorrente dessa concepção, tratando o indivíduo doente de uma maneira impessoal e padronizada.

4.2.4 Dificuldades e satisfação dos profissionais no trabalho realizado

Nas entrevistas realizadas, foi possível identificar a representação dos profissionais no que diz respeito às limitações existentes no cotidiano do trabalho, assim como alguns aspectos que contribuem para sua satisfação.

Para um dos residentes, a falta de pessoal é a maior dificuldade encontrada, pois impede que algumas solicitações suas sejam cumpridas, interferindo no diagnóstico e no tratamento:

"Eu acho que há déficit em outras áreas também, mas eu acho que na área de enfermagem isto está mais crítico. E isso, para mim, é um problema sério, talvez eu classifiquo como o maior problema que eu encontro aqui. A maior dificuldade que eu encontro hoje é essa. É pequeno, muito pequeno o número de pessoas trabalhando na área paramédica, principalmente na enfermagem. Eu vou citar exemplos bem práticos. Por exemplo, muitos pacientes aqui que a gente interna necessitam de um balanço hídrico rigoroso, de uma monitorização de diurese, tá. E isso, muitas vezes, não é feito aqui, certo? E é nesse momento que o residente até reclama da enfermagem. Mas eu reconheço que eles são muito poucos. Então você vê, uma coisa simples, mas que traz informações muito importantes e que não está sendo feito por causa desse problema, né. E outras coisas, por exemplo, às vezes a gente precisa de uma medicação rapidamente, isso demora um pouco. Outra situação é quando um paciente se agrava e merece uma atenção maior. A gente vê que, mais uma vez, se mostra esse problema com mais clareza. A gente precisa de exames urgentes, esses exames demoram para ser colhidos. E quando chega numa situação dessa, que tem pacientes graves, tanto o paciente grave quanto os demais ficam bem mais mal assistidos pela enfermagem. Tudo isso eu credito ao pequeno número de enfermeiras e auxiliares" (E1MR).

Outra médica também refere que, no atendimento dado ao paciente, existem dificuldades que estão relacionadas à falta de pessoal de enfermagem, impedindo a execução de alguns cuidados, de acordo com os intervalos prescritos, trazendo como consequência a demora na recuperação do paciente e o aumento do tempo de internação:

"Existem dificuldades, existem limitações, acho que coisas inerentes ao trabalho, né. Por exemplo, quando os nossos pacientes têm, a maioria deles tem doenças de vias aéreas, o que acontece é que, muitas vezes, por exemplo, um problema que eu vejo, né, é de você não conseguir fazer a medicação, no caso a nebulização, no tempo adequado. E isso aumenta o tempo de internação do paciente. Isso é um problema grave, prá gente, porque tem muita medicação inalada na pneumologia. Isso eu atribuo à pouca gente trabalhando, à falta de pessoal" (E17MD).

As enfermeiras e os funcionários de enfermagem comentam que a quantidade insuficiente de funcionários em todos os turnos traz dificuldades para a realização de algumas atividades, pois ficam sobrecarregados e isso repercute na qualidade do cuidado:

"Aparecem, às vezes, situações de urgência, que não estão às vezes programadas, situações de demissão do pessoal e a não diminuição do número de pacientes para ser atendido. A gravidade, a complexidade do paciente nesse período, ela tem aumentado, porque o hospital sendo de nível terciário, ele atende os pacientes mais graves. Então, hoje a gente trabalha muito com essa insegurança da falta do pessoal. Nós não sabemos quantas pessoas vão estar pedindo demissão amanhã. O quadro de pessoal do hospital é assim, você não consegue falar: 'Hoje nós temos tantos funcionários'. Cada dia se renova o quadro de pessoal, é impressionante" (E4EN).

"As dificuldades são estas: falta de pessoal, né, que são limitações também que não dá prá você fazer o que realmente você gostaria de fazer. O papel mesmo da enfermeira, né, de conversar... Às vezes, o paciente chama prá conversar e ele tá precisando daquela conversa mais do que o remédio e você tem que pedir licença para atender outra coisa, né" (E2EN).

"Tem pouca gente prá trabalhar, então a gente fica muito sobrecarregado. Então, fica às vezes difícil a gente desempenhar assim, no tempo certo, né. O paciente, às vezes, você atrasa um pouquinho a medicação dele. A gente vai desempenhando conforme vai dando" (E8AU).

"Bom, ultimamente, a dificuldade é a falta de funcionários. A gente trabalha com pouca gente, pouco pessoal. Então, às vezes, não dá tempo para prestar, assim, cuidados mais detalhados. A gente faz as coisas, às vezes, até mecanicamente, correndo, prá acabar em pouquinho tempo, porque a gente tem tempo prá terminar o serviço"(E9TE).

As dificuldades mencionadas pelos agentes entrevistados correspondem aos problemas relativos à composição da força de trabalho de enfermagem, que tem sido freqüentemente apontados como um dos fatores que interferem no funcionamento cotidiano das instituições de saúde, fazendo com que a assistência seja prestada por um número insuficiente de agentes, o que tem tornado o trabalho desgastante, intenso e estressante. A grande rotatividade do pessoal de enfermagem tem sido atribuída aos baixos salários, principalmente da enfermeira.

Na ótica dos médicos, outra limitação diz respeito à demanda muito grande para ser atendida pelo hospital, causando demora para a realização de muitos procedimentos diagnósticos, inclusive daqueles que são considerados mais sofisticados:

"Eu acho que aqui é um hospital muito bem equipado, mas a demanda é muito grande. Aqui, quanto maior a quantidade de equipamento, quanto melhor estruturado está o hospital, maior fica a demanda. Então, a gente está sempre correndo atrás da demanda. Ou seja, a gente pede um exame que, às vezes, demora alguns dias para ser realizado. E mesmo exames que a gente pede em caráter de urgência, a gente tem dificuldade, um pouco de dificuldade de conseguir. Uma tomografia, uma ressonância nuclear magnética, são exames que, às vezes, mesmo em caráter de urgência, a gente tem dificuldade de conseguir" (E1MR).

Os residentes identificam que a divisão de tarefas com o doutorando acarreta fragmentação e falta de continuidade no atendimento médico e apontam que essa é uma limitação encontrada tanto no desenvolvimento do trabalho como no ensino de medicina:

"Os doutorandos, quando eles passam o estágio na clínica médica, e vêm para essa enfermaria, ele têm atividades nessa enfermaria, mas ao mesmo tempo, têm atividades também em ambulatório, né. Então, geralmente, eles ficam pela manhã aqui na enfermaria e à tarde, sempre eles têm algum compromisso, ou ambulatório ou plantão na unidade de emergência e assim eles não têm tempo de ficar aqui à tarde. À tarde, eles não acompanham os pacientes e, então, você sabe que no hospital tudo acontece a toda hora, né. Então, sempre tem novidade e isso eu acho um prejuízo muito grande para o doutorando, porque no fim eles vêem muitos casos, né, porque eles atendem no ambulatório à tarde, mas eles não têm esse seguimento mais lógico, né, de ver como evolui uma patologia durante uma internação de um paciente. Eles vêem o paciente assim, de forma quebrada, né. Às vezes, eu checo um exame à tarde, aí já fica com um diagnóstico, já prescrevo uma coisa, no dia seguinte ele já fica perdido. Se bem que essa dificuldade já fica para o residente também, né, porque no dia seguinte eu sempre tenho que parar e explicar para ele: Olha, aconteceu isso, isso e isso. Eu fiz, eu tomei esse procedimento por causa disso"(E1MR).

"Eu acho que a estrutura dessa residência aqui é uma estrutura errada. Não que ela seja errada, ela é inapropriada. A gente tem que, no período da tarde, ficar responsável por muitos pacientes ao mesmo tempo, todos os pacientes que estão em investigação. Isso é a própria parte histórica da faculdade. Existe, para todos os residentes e acadêmicos, uma fragmentação de horário. Existe uma fragmentação de horário e fragmentação de responsabilidade, onde muitas vezes, você tem que um paciente acaba sendo prejudicado. Porque ser médico constitui em você seguir aquele paciente, você ver a evolução daquilo que acontece e não ficar um paciente que vai pulando de um médico para outro a cada quatro horas. Então, a gente vê a fragmentação de horário em termos de enfermaria e ambulatório e fragmenta as atividades das pessoas" (E3MR).

Seguindo a lógica que preside a organização do trabalho no modelo clínico, o ensino de medicina e a residência médica estão organizados com divisão de responsabilidades e fragmentação das atividades desenvolvidas, o que impede o acompanhamento da evolução do paciente de forma integral. Portanto, a fragmentação do trabalho e a falta de continuidade na assistência prestada são limitações que podem ser atribuídas às condições de execução do processo de trabalho nesse modelo de atenção, tornando necessária a participação de diversos profissionais, cada um tratando de uma parcela do ato médico.

A dificuldade em lidar com a morte está presente para médicos, enfermeiras e funcionários de enfermagem¹⁴. A morte do paciente tem um significado de que o trabalho realizado não alcançou a finalidade pretendida:

"Eu não consegui aprender a lidar com a morte, ainda. Principalmente na clínica que eu trabalho, o paciente fica três, quatro meses com a gente e depois vai a óbito. Então, isso eu não consegui trabalhar. Dependendo do paciente, a amizade que você pega com o paciente e a família, eu me desestruturo, pelo menos no dia, emocionalmente" (E2EN).

"Eu não gosto, no meu trabalho, quando de repente você investe numa assistência e, de repente, ela não dá, não tá dando resultado. A morte existe, a gente trabalha com ela, mas os nossos pacientes eles também morrem, então isso é assim, quando você investe muito... Porque quando um paciente tem um bom prognóstico e, de repente, por alguma coisa, ele não reverte, ou ele tem uma falência de órgãos, ele não reverte, isso me entristece muito. Então, eu trabalhei muito isso, porque eu não aceitava muito a morte do doente. Eu achava que ele, o paciente, quando estava no hospital, não deveria morrer" (E7EN).

"Eu não gosto muito de perder, né, eu acho que ninguém gosta, mas quando você tá perdendo paciente, você fica com aquele negócio meio chato" (E17MD).

"Só não aceito muito é a morte. Com todo esse tempo é meio desagradável. Mas eu tento encaixar e levo assim, pro lado que é necessário cuidar também, né. Ah, assim, de aceitar, né, quando é uma coisa ... é uma coisa corriqueira, que tem mesmo. Isso daí, a gente nasce, cresce e depois morre. Mas, às vezes, vêm pessoas muito jovens, você vê que a doença vem e vai. Vai diminuindo a vida, vai trazendo muita complicação, né, que às vezes não tem grandes progressos, então a pessoa vai regredindo. Isso, às vezes, revolta" (E11AU).

¹⁴ Há uma produção científica de enfermagem razoável sobre a morte, principalmente a partir da década de 80, utilizando-se da fundamentação fenomenológica. A esse respeito, ver BOEMER, M.R. **A morte, o morrer e o morrendo**. Ribeirão Preto, 1985. 205 p. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

Ao passo que a morte expressa a incapacidade de obter o produto desejado, a recuperação do paciente e a alta hospitalar são momentos que gratificam os profissionais de saúde:

"A satisfação maior é quando você vê o paciente chegar debilitado e sair bem né? Tem compensações, quando chega um paciente assim ruim e a gente consegue, né, com conversa, com as medicações e vai vendo a melhora do paciente" (E2EN).

"Eu acho que a principal atividade que me traz satisfação é a melhora do doente. Essa realmente me traz satisfação. A maior satisfação que eu tenho é quando eu vejo que um paciente entrou doente e saiu de alta bem" (E3MR).

"A maior satisfação minha é quando o doente fica bom e vai para casa, sabe? Quando eles vão embora bom. Nossa! Quando um paciente vai embora para casa, para mim, é a maior alegria que eu tenho"(E5TE).

Os profissionais referiram, ainda, que sentem satisfação quando o paciente expressa sua gratidão e seu reconhecimento pelo trabalho realizado:

"Eu fico muito satisfeito quando o meu trabalho, o trabalho da equipe é reconhecido pelo paciente. Isso também me satisfaz muito. Quando o paciente manifesta aquela gratidão, aquela alegria, aquela confiança, por mim. Muitos pacientes que eu dou alta aqui, chegam para mim, agradecem pela dedicação pelo que eu fiz a ele, às vezes, até, traz presentes né?" (E1MR)

"Eu gosto muito da enfermagem, gosto muito de estar ali cuidando do doente. Dá muita satisfação saber, é, receber um doente de volta e que vem, assim e fala "Olha como eu estou bem", sabe aquela pessoa que vai embora, que vai feliz, alguém que agradece pelo trabalho, sabe das condições de trabalho. "Olha vocês estão de parabéns, pelo número de pessoas que tem e como vocês tem atendido". Tem pessoas que reconhecem esse trabalho, que voltam para agradecer. Ou mesmo aquelas pessoas que perderam o seu familiar, mas que morreu de uma maneira que, que sentiu que teve uma assistência, um apoio, uma...Então, o paciente sair daqui bem cuidado, isso me dá muita satisfação" (E4EN).

As limitações encontradas pelos agentes estão ligadas, principalmente, às condições de execução do trabalho, já que entre as dificuldades apontadas por todos os entrevistados assumem relevância os

problemas referentes à força de trabalho de enfermagem em quantidade insuficiente, interferindo no andamento do trabalho coletivo e na qualidade do atendimento prestado.

A luta cotidiana pela recuperação dos corpos adoecidos, que é a intenção que preside o processo de trabalho no hospital, situa-se no limiar entre a vida e a morte. Os aspectos que contribuem para a satisfação dos agentes dizem respeito à obtenção do restabelecimento da saúde dos pacientes atendidos, isto é, quando a finalidade pretendida com o processo de trabalho é efetivada parece que o esforço empreendido assume um significado compensador. Além disso, os trabalhadores em geral sentem-se estimulados pelo reconhecimento e pela gratidão dos usuários.

4.3 O TRABALHO DE ENFERMAGEM

4.3.1 O modelo de organização do cuidado de enfermagem

Como as práticas de saúde são interdependentes e complementares, a conformação que o trabalho de enfermagem assume na estrutura de produção de cuidados é decorrente da organização tecnológica do trabalho no modelo clínico de atenção em saúde. Por esse motivo, as características do trabalho de enfermagem estão relacionadas ao projeto terapêutico adotado e à finalidade do trabalho coletivo, que é a produção de cuidados individuais de diagnóstico e terapêutica.

O trabalho de enfermagem, fundado nessa racionalidade, estrutura-se

em modalidades de organização do cuidado, que representam concepções acerca do paciente e expressam a fundamentação que a enfermagem utiliza para atender as necessidades de saúde dos indivíduos. Na literatura de enfermagem, vários autores (BESWETHERICK, 1979; ALMEIDA, 1984; KRON & GRAY, 1994; GARBETT, 1996) discutem as implicações, vantagens e desvantagens das diferentes formas de organização do cuidado, sendo que as mais utilizadas são a modalidade funcional, a modalidade de trabalho em equipe, a modalidade de atendimento total, a modalidade de enfermagem primária.

De acordo com GARBETT (1996), a modalidade funcional pode ser definida como a designação de agentes para tarefas específicas, não necessariamente relacionadas entre si, com uma hierarquização segundo a complexidade técnica e a qualificação requerida. Na prática, significa que há uma hierarquia de tarefas, com aquelas consideradas mais complexas sendo destinadas aos agentes mais qualificados. Cada agente realiza um tipo de tarefas para todos os pacientes da unidade.

No método de trabalho em equipe, um grupo de pessoas, sob a coordenação de uma enfermeira, atua em conjunto para prover cuidados de enfermagem a um grupo de pacientes, dividindo-os entre si. O planejamento e a direção do cuidado são realizados pela enfermeira, que distribui as atividades dos membros da equipe de acordo com as necessidades dos pacientes e ela própria presta algum cuidado de maior complexidade. Há uma preocupação em ter o menor número possível de pessoas prestando cuidado a um paciente, para garantir a continuidade do atendimento

prestado (GARBETT, 1996).

Na unidade de internação, constatou-se que, na organização do trabalho de enfermagem, é utilizada uma combinação do método funcional e do trabalho em equipe. Embora estejam presentes algumas características do trabalho em equipe, a designação dos funcionários para prestar cuidados aos pacientes é baseada em tarefas e procedimentos. Cada agente é um trabalhador parcial, em função da divisão do trabalho que vem ocorrendo nas sociedades capitalistas. O trabalho se organiza mais em torno de procedimentos do que tendo as necessidades do paciente como foco da assistência de enfermagem.

No turno da manhã, há 5 funcionários de enfermagem e uma enfermeira em uma das alas. A escala diária de trabalho foi realizada pela enfermeira. Um funcionário é destinado para administrar a medicação de todos os pacientes e os outros 4 funcionários estão divididos para prestarem cuidados aos pacientes nas enfermarias. Numa das enfermarias, onde, no momento, estão internados 4 pacientes, um auxiliar de enfermagem presta cuidados de higiene, leva um paciente para o chuveiro, enquanto outro auxiliar prepara medicação e vai administrando em cada um dos pacientes. A enfermeira colhe sangue de um paciente para realização de gasometria (DIARIO2, 02/10/96).

Identifica-se que, na organização do trabalho de enfermagem, está presente a preocupação com a realização de tarefas, com os agentes executando suas atividades de uma forma isolada, às vezes atendendo o paciente independentemente uns dos outros. A escala diária de trabalho, que tem como objetivo dividir as atividades diariamente, reflete o modelo de organização do cuidado adotado na unidade de internação. Constitui-se em um momento de trabalho intelectual e é realizada pela enfermeira, que detém as atividades de concepção:

Estão internados 19 pacientes na ala A. Há 5 funcionários de enfermagem trabalhando, de acordo com a seguinte escala, realizada pela enfermeira:

Auxiliar de enfermagem Jorge - enfermarias 505, 507, 509

Atendente de enfermagem Catarina - enfermaria 511

Auxiliar de enfermagem Vera - enfermaria 513

Auxiliar de enfermagem Célia - enfermaria 515

Auxiliar de enfermagem Márcia - medicação

A enfermeira coordena e supervisiona o trabalho e presta alguns cuidados de maior complexidade (DIARIO3, 04/11/96).

Por um lado, identifica-se que uma equipe presta cuidados a um grupo de pacientes, mas ainda sob a forma de designação por tarefas, sem que haja continuidade do cuidado dentro da equipe de enfermagem. Observa-se a fragmentação do cuidado e a divisão do paciente em partes a serem cuidadas por diferentes agentes, seguindo a lógica que preside a organização do modelo clínico. Percebe-se que, na distribuição do pessoal de enfermagem, há uma predominância do método funcional, no qual o trabalho se organiza por divisão em tarefas que são executadas pelos funcionários, segundo a complexidade da tarefa e a qualificação dos agentes, com base na divisão do trabalho e na oposição entre concepção e execução.

Podem ser identificados dois grupos de tarefas na distribuição do pessoal de enfermagem: a medicação, considerada mais elaborada e destinada aos técnicos ou auxiliares de enfermagem; os cuidados gerais dos pacientes nas enfermarias, incluindo-se aí os cuidados higiênicos, a verificação dos sinais vitais, a realização de aerossol, a administração de dietas por sondas, o controle de diurese, a arrumação das camas, que ficam a cargo tanto de atendentes de enfermagem como de auxiliares e às vezes de técnicos. O técnico de enfermagem ou o auxiliar são escalados para administrar medicações. O atendente de enfermagem dedica-se aos

cuidados higiênicos e, quando o paciente sob sua responsabilidade necessita de alguma medicação, isso é feito pelo funcionário (técnico ou auxiliar) que está escalado para essa atividade.

Os técnicos de enfermagem, em geral, são designados para prestarem cuidados aos pacientes graves ou para realizarem procedimentos mais complexos do que aqueles destinados aos auxiliares de enfermagem:

"O técnico aqui neste hospital não tem muita diferença do auxiliar né? A única diferença é que, assim, o técnico atua... às vezes, aqui a enfermeira procura colocar o técnico com paciente mais grave. A gente está sempre atuando aonde tem paciente mais grave. Ou então quando o carrinho de medicação está assim, bem mais difícil, aí o técnico assume. (...) Aqui na unidade o trabalho da enfermeira é mais de supervisão mesmo. A enfermeira é só para supervisionar e a enfermeira quase não atua mesmo no cuidado direto com o paciente. É muito difícil, a não ser paciente grave quando aí ela atua, mas assim, mais superficial" (E9TE).

A utilização desse modelo de organização do cuidado de enfermagem tem como consequência que vários agentes da equipe de enfermagem atendem a um mesmo paciente, de modo que há um funcionário dando medicação e outro dando banho ou verificando sinais vitais, com pouco sincronismo entre as partes da assistência prestadas e pouca comunicação entre os agentes. A organização do cuidado em tarefas torna os agentes alienados de todo o processo de trabalho e leva a uma divisão do paciente, que é atendido por várias pessoas, cada uma realizando uma parte do cuidado.

A enfermeira, mesmo exercendo atividades de concepção do trabalho, por vezes perde a visão de conjunto do trabalho. Devido à fragmentação das ações e à preocupação com a execução das tarefas, até o número de pacientes que tem ela desconhece:

"Não sei ao certo quantos pacientes temos hoje, não contei... A gente chega e já começa a trabalhar, às vezes só vou ver se tem alguma vaga, quando o residente pergunta, aí preciso olhar o kardex para responder" (DIARIO2, 18/10/96).

MIRANDA & SOBRAL (1991) constataram que, no hospital moderno, a enfermagem está voltada para a realização da tarefa, como um fim em si mesmo, e para a produção de efeitos a curto prazo. Assim, se o paciente está sujo, dá-se-lhe banho, se está nervoso, administra-se-lhe calmante e, se está com dor, medica-se-o com analgésico. Problemas não ligados ao modelo biomédico não são trabalhados, pois o pensamento que prevalece é imediatista e decorre do raciocínio causa e efeito, que delimita e organiza as atividades de toda a equipe de saúde. As situações que dizem respeito à singularidade do indivíduo, tais como a emoção, o medo, o constrangimento, são escamoteadas na assistência de enfermagem no cotidiano, pois escapam ao modelo clínico e à concepção existente de curar aquele "pedaço" que está doente.

A concepção de uma das enfermeiras sobre a organização do trabalho de enfermagem mostra que a assistência ao paciente se estrutura com base no parcelamento das atividades dos agentes. A representação que a enfermeira faz dos funcionários de enfermagem é que eles são fazedores, são tarefeiros. Na sua visão, os funcionários prestam assistência ao paciente através da execução de tarefas de forma mecânica:

"Acho que eles, os funcionários, são simplesmente, alguns ... são assim, profissionais fazedores. Que cumprem tarefas. São poucos que crescem, assim, que é interessado, porque que uma medicação dá certa reação, o que aconteceria se fizesse tal medicação. Então ficou assim, um tarefista. Como se fosse assim, uma pessoa que trabalhasse numa bomba de gasolina. Chega o carro ele enche, sai o carro ele recebe. Então ficou bem assim sabe? Aquele bem mecânico, eh, só aprende aquilo mesmo. O mínimo do mínimo, para estar executando suas tarefas que são obrigatórias né? No caso, tem que dar medicação, tem que pegar veia, tem que dar o comprimido

na boca, aprender a técnica certa para tomar conta do paciente" (E7EN).

KRON & GRAY (1994) comentam que, na modalidade funcional de assistência de enfermagem, a distribuição de tarefas nem sempre leva em consideração a condição do paciente e a experiência ou a capacidade do indivíduo que realiza o atendimento. Como a ênfase do atendimento prestado é fazer com que as tarefas e os procedimentos sejam realizados, ou seja, "fazer com que seja feito", esse método é descrito como uma linha de montagem.

Outra consequência que pode ser atribuída à modalidade de organização do trabalho é a realização de tarefas em série. No caso de comunicar jejum para a copa, a funcionária de enfermagem verifica todos os pacientes que necessitam ficar em jejum para exames no dia seguinte e avisa cada um deles. O funcionário que é responsável pela medicação vai preparando as medicações, seguindo uma seqüência conforme o número da enfermaria e o número do leito, em horários que já são, a maioria, de rotina. Assim, prepara soros e vai instalando-os; prepara medicação via oral e vai levando-a para os pacientes; prepara medicações injetáveis e vai aplicando-as nos pacientes de cada enfermaria; depois disso, checa na papeleta todas as medicações que administrou. Ou então, vai preparando todas as medicações para cada horário e vai deslocando-se de uma enfermaria para a outra com o carrinho de medicação:

8:35 horas - A auxiliar de enfermagem Cristine entra na enfermaria 504, com carrinho da medicação. Chama a paciente Ana, que está parada na porta. -"Você está em jejum? Vem tomar seu remédio. Toma com o suquinho."

A paciente Rejane pergunta: -"Tem remédio para mim?"

A auxiliar: -"Sim, espera um pouco. Aonde você quer ir? Vai passear?"

A auxiliar falando com outra paciente: -"A senhora é Serafina? Este é seu remédio."
Entrega para a paciente um comprimido. A paciente está sentada, levanta para pegar água.

Auxiliar: -"Maria Celina."

A paciente Maria Celina chega ao lado do carrinho e fica esperando que a auxiliar prepare medicação em uma seringa. - "Injeção de novo?"

A auxiliar aplica injeção subcutânea no braço esquerdo (a paciente está em pé ao lado do carrinho de medicação).

Auxiliar: Dona Carmem, a senhora tomou café?

Carmem: - Por que, não era para tomar?

Auxiliar: Era sim, a senhora é diabética, tem que comer logo cedo.

Carmem: O Daonil, eu vou tomar agora?

Auxiliar: Não, vai ser antes do almoço.

Enquanto isso, prepara a medicação injetável em seringa para subcutâneo, aplica na paciente Carmem, que está sentada na cadeira.

8:50 - A auxiliar Cristine sai da enfermaria, empurrando o carrinho e dizendo: "Aqui, missão cumprida. Vou para outra enfermaria, agora" (DIARIO2, 25/10/96).

Na verificação de sinais vitais, é evidente a realização de atividade em série. Há situações, ainda, em que dois funcionários verificam juntos os sinais vitais dos pacientes em uma enfermaria, sendo que um coloca o termômetro em todos os pacientes, o outro verifica a pressão arterial de todos os pacientes e cada um registra o dado obtido no gráfico, na papeleta de cada paciente:

A atendente está verificando sinais vitais na enfermaria 515. Coloca o termômetro na paciente Joana, leito 515-3. A seguir, vai colocando o termômetro nas outras pacientes, conforme a seqüência dos leitos, 515-4, 515-5, 515-6. Ao verificar os sinais vitais, não executa esse procedimento com cada paciente, num único momento. Ela divide o procedimento, ou seja, vê a temperatura de todas, depois registra no gráfico; depois vê a TA de todas e vai registrando no gráfico, à medida que vê cada uma (DIARIO2, 13/10/96).

O estudo de FREITAS et al. (1996) demonstrou que os auxiliares de enfermagem que trabalham na modalidade funcional, submetidos à organização do trabalho fragmentada, têm conhecimento restrito às tarefas para as quais são designados, perdendo a visão daquelas que são realizadas pelos outros membros da equipe e desconhecendo a assistência global que é prestada ao paciente.

Entre as críticas apontadas por GARBETT (1996) em relação ao modelo funcional, citamos a freqüente interrupção da assistência de enfermagem prestada, devido aos diferentes agentes para realizarem cuidados de higiene e fazerem observações de seu estado. Dessa forma, o cuidado de enfermagem não pode ser individualizado, pois os pacientes têm que se ajustar às rotinas, ao invés de receberem atendimento para suas necessidades específicas. Além disso, a idéia de hierarquia de tarefas leva à tendência de desvalorizar o cuidado físico prestado pela enfermagem, o qual é freqüentemente deixado para o pessoal menos qualificado. A utilização desse modelo desencoraja a iniciativa e o pensamento dos agentes, que realizam apenas aquelas tarefas para as quais são designados, sendo que o único poder exercido é o da enfermeira.

Na década de 70, devido às críticas ao modelo funcional, a enfermagem procurou distanciar-se da organização do trabalho em tarefas, desenvolvendo outros modelos através dos quais fosse possível prestar cuidado individualizado aos pacientes, como a enfermagem primária, utilizada principalmente nos Estados Unidos e na Inglaterra.

A enfermagem primária, conforme descrita por GARBETT (1996), é uma modalidade de assistência de enfermagem na qual uma enfermeira é responsável pelo atendimento prestado ao paciente durante as vinte e quatro horas do dia e nos sete dias da semana. Enfatiza a comunicação direta da enfermeira com o paciente e uma relação mais próxima, visando à continuidade do cuidado.

Entretanto, recentemente, na literatura inglesa, HILTON & GODDARD

(1996) sugerem que, devido à dificuldade de recrutamento de pessoal para os postos de trabalho existentes, a designação por tarefas pode ser novamente considerada como um modelo apropriado para a organização do trabalho de enfermagem. O argumento que defende esse modelo baseia-se na possibilidade de favorecer a utilização crescente de trabalhadores de suporte, cujo preparo é em torno de execução de tarefas. A designação por tarefas, segundo as autoras citadas, reduz o nível de estresse, porque a equipe trabalha com uma série de habilidades. As rotinas, os limites e as expectativas podem ser claramente definidos, dando segurança tanto para o paciente como para os agentes. Além disso, argumentam que haverá uma grande variedade de enfermeiras prestando cuidado, ao invés de uma única enfermeira, que às vezes os pacientes podem não ver por um longo período de tempo, quando é utilizada a modalidade de assistência primária.

Apesar da revalorização do modelo funcional que está ocorrendo na atualidade, julgamos que o ponto central a ser considerado na análise dos modelos de organização do cuidado de enfermagem é o tipo de atendimento que se pretende prestar, já que esses modelos são instrumentos que traduzem o resultado que se espera obter e o modo que se utiliza para se satisfazerem necessidades dos pacientes.

Na observação das atividades dos agentes de enfermagem, assim como na observação do cuidado prestado nas enfermarias, constatou-se que o modelo de organização do cuidado de enfermagem se estrutura principalmente em torno da realização de procedimentos. A dinâmica do trabalho constitui-se em atividades realizadas em série, de forma mecânica,

caracterizando-se como produção em massa, denotando a existência de princípios tayloristas. A tarefa designada para cada funcionário é realizada em seqüência para todos os pacientes, que perdem sua identidade nesse contexto, em que há uma lista de atividades que devem ser cumpridas. As necessidades dos pacientes, que são atendidas nesse modelo de organização do cuidado de enfermagem, limitam-se àquelas que são reconhecidas pelo saber clínico, circunscritas ao corpo anatomopatológico.

4.3.2 Outros instrumentos de trabalho e atividades da enfermagem

Entre os instrumentos de trabalho utilizados pela enfermagem, observamos a passagem de plantão, o kardex e os registros.

A passagem de plantão é uma atividade que reúne os agentes de enfermagem entre os turnos de trabalho, para transmissão de informações. Foi possível identificar que, na passagem de plantão, também estão presentes algumas características da organização do trabalho em tarefas. As informações, na passagem de plantão, são em torno de cuidados prestados aos pacientes, principalmente exames já realizados ou a serem realizados, medicações que devem ser iniciadas, relato das condições clínicas do paciente, sinais e sintomas a serem observados. Há uma preocupação em transmitir informações entre os turnos sobre as tarefas a serem cumpridas e não especificamente sobre os pacientes:

Auxiliares de enfermagem e atendentes de enfermagem do turno da manhã passam as condições dos pacientes que estiveram sob seus cuidados para os funcionários da tarde. Salientam algum cuidado importante, como por exemplo:

Auxiliar de enfermagem: - "Seu Joaquim, 506-3, tem que passar tetmosol `a noite. Precisa orientar esse paciente. A médica está fazendo uma seta grande, na prescrição, chamando a atenção porque acha que não está sendo feito. Tem que levar a medicação e ajudar o paciente a

passar”.

A passagem de plantão dura em torno de 7 minutos. Alguns auxiliares usam o kardex para transmitir as informações. As alunas de enfermagem participam da passagem de plantão, complementando as informações (DIARIO2, 28/10/96).

A hierarquização da equipe de enfermagem e as relações que existem entre os agentes, devido à divisão social e técnica do trabalho, são identificadas na passagem de plantão, que ocorre em dois momentos distintos: entre funcionários e de enfermeira para enfermeira. A postura física também denota relações assimétricas entre a enfermeira e os funcionários, quando se observa que os últimos ficam em pé, enquanto as enfermeiras e as alunas de enfermagem ficam sentadas:

Na passagem de plantão, os auxiliares de enfermagem da manhã transmitem informações sobre os pacientes para os auxiliares da tarde, que estão chegando. A enfermeira Adriana, do turno da manhã, e a aluna de enfermagem fazem a escala para o turno da tarde: designam uma auxiliar para administrar a medicação; dividem os pacientes das enfermarias entre outras 3 auxiliares, para prestar cuidados. Às 13h 10 min a enfermeira Beatriz vem receber o plantão. A enfermeira Adriana e a aluna passam informações sobre os pacientes, utilizando as anotações do kardex. Essas informações são sobre exames que os pacientes farão à tarde, sobre um paciente que está sem prescrição médica e algumas medicações que devem ser iniciadas. A enfermeira Adriana relata um problema ocorrido com um paciente durante a realização de enema e que não foi possível completar o preparo para o exame.

A passagem de plantão ocorre em dois momentos distintos: entre os auxiliares e entre as enfermeiras. São informações em torno do cuidado prestado, de aspectos a serem observados nos pacientes, quanto à condição clínica (DIARIO1, 19/09/96).

O saber que está contido nas informações da passagem de plantão, que direciona o pessoal de enfermagem dos diferentes turnos de trabalho e as ações de enfermagem que serão executadas, é o da fisiopatologia. Portanto, o saber e os instrumentos de trabalho utilizados para apreender o objeto giram em torno das patologias, do diagnóstico e da prescrição médica.

O kardex é um instrumento de trabalho que a enfermagem utiliza para

fornecer informações sobre o paciente, visando dar continuidade ao atendimento prestado. É um tipo de fichário que é elaborado em torno de exames, medicações, cuidados específicos para cada paciente, como controle hídrico, dietas especiais. A enfermeira atualiza o kardex, utilizando informações a partir do diagnóstico e da prescrição médica, exames e cirurgias, com base no saber fisiopatológico. É usado pelo pessoal de enfermagem, médicos residentes, docentes e alunas de enfermagem, docentes e alunos de medicina.

Diariamente, em seu turno de trabalho, os funcionários de enfermagem escalados para prestar cuidados nas enfermarias fazem perguntas aos pacientes, seguindo uma certa rotina, a respeito de alimentação, eliminações, dor ou outros sintomas, com a finalidade de realizar registros nas papeletas. Essas anotações seguem uma certa padronização e a maioria é feita pelos funcionários, havendo poucas anotações realizadas pelas enfermeiras. Os registros realizados pelo pessoal de enfermagem são acerca dos cuidados de higiene prestados, sintomas apresentados, exames que os pacientes realizaram, medicações que foram administradas, preparo para exames:

Os funcionários de enfermagem fazem registros nas papeletas, em folha verde, que é destinada especificamente para os registros de enfermagem (DIARIO1, 27/06/96).

10:00 horas- Paciente na enfermaria refere muita fraqueza, está com preparo para colonoscopia e também em jejum após ter tomado um copo de chá e também manitol. A mesma referiu fraqueza, evacuou ao ir ao banheiro auxiliado, média quantidade de fezes líquidas com muco de cor amarelada. Foi auxiliada ao leito, onde perdeu fezes novamente. A mesma está em jejum conforme pedido do exame. Foi verificado sinais vitais (vide gráfico) Técnico de Enfermagem.

11:30 horas - Instalado SGF 5% - 1000ml + KCl 2 amp correndo EV a 42 gts. Feito também glicose hipertônica 40 ml. Técnico de Enfermagem (DIARIO3, 05/11/96).

Como o cuidado prestado é fragmentado e organizado em tarefas, os registros realizados pelo pessoal de enfermagem seguem uma padronização que é reflexo da produção de atividades em série, evidenciando a impessoalidade do tratamento.

4.3.3 O trabalho da enfermeira

Conforme GONÇALVES (1994), todo trabalho que é desempenhado coletivamente por divisão de funções necessita de um posto de trabalho que cuide para que o conjunto se direcione de modo organizado para o produto. Quando essa divisão de funções corresponde à divisão da sociedade em classes e à sua reprodução sob determinada forma, esse posto de trabalho corresponde ao mesmo tempo à função técnica necessária ao alcance do produto e à função social necessária à reprodução das classes sociais.

Verificamos, na realidade empírica, que as atividades de coordenação, supervisão e controle dos agentes da equipe de enfermagem são destinadas às enfermeiras. Assim, na enfermagem, a direção do trabalho ocupada pela enfermeira, além do significado de supervisão dos aspectos técnicos, tem uma dimensão de controle associada à reprodução social.

O lugar social que a enfermeira ocupa por coordenar o trabalho de enfermagem atribui-lhe poderes de modo que, entre ela e os agentes de enfermagem, as relações nem sempre são harmoniosas. A enfermeira também se encontra numa posição de submissão ao poder médico. Esse é

quem tem definido a extensão e os limites da autoridade da enfermeira. Portanto, apesar de deter poder social sobre outros agentes, ela também é subordinada socialmente, mas tem demonstrado resistência, procurando ampliar sua autoridade.

Há diversas situações em que a enfermeira supervisiona o trabalho, verificando se os auxiliares cuidam bem dos pacientes, se realizam as técnicas corretamente, se há exames para serem coletados. Como forma de controlar o trabalho realizado pelos agentes de enfermagem, as enfermeiras entram nas enfermarias para verem como estão os pacientes ou certificarem-se sobre a execução das tarefas e procedimentos.

10:00 horas - A Enfermeira Beatriz entra na enfermaria, fala com as pacientes, perguntando como estão-se sentindo. Verifica a bomba de infusão e o soro da paciente Helena e sai da enfermaria (DIARIO3, 05/11/96).

São quase 11 horas, os funcionários de enfermagem vão pegando as papeletas para fazerem registros. A atendente Paula senta na sala de enfermagem e diz para os colegas: "Só agora estou conseguindo passar os sinais e os cuidados nas papeletas". A atendente de enfermagem Paula fica fazendo registros. Quando a enfermeira Adriana entra na sala de enfermagem, diz para a atendente: - "Paula, depois você precisa dar uma arrumada no 511, está muito desorganizado lá, os criados estão sujos".

Auxiliar: "Eu já limpei e arrumei, mas os pacientes desarrumam. Estive muito ocupada, ajudei o Jorge nos banhos de leito. Só agora estou conseguindo passar os sinais nas papeletas" (DIARIO2, 18/10/96).

A Enfermeira Beatriz vê uma requisição de coleta de sangue sobre o balcão. Dirige-se ao auxiliar: " Gilmar, porque você não colheu o sangue dessa paciente?"

Auxiliar: -" Eu já colhi".

Enfermeira: -"Mas esta requisição que está aqui, porque não foi encaminhada?"

Auxiliar: - "Eu pensei que esta fosse uma segunda via, foi feita com carbono. Eu colhi o sangue `as 14h, já foi encaminhado".

Enfermeira: - "São dois pedidos, vai ter que colher novamente".

Auxiliar - "Está bem, já vou colher"(DIARIO2, 09/10/96).

Em função da coordenação do trabalho que é realizado na unidade, a enfermeira transita constantemente, fala com muitas pessoas, atende inúmeras solicitações de diversos agentes. Ela articula os trabalhos do

médico e dos auxiliares de enfermagem, transmitindo aos auxiliares as solicitações ou ordens médicas. Suas atividades são muito interrompidas, pois ela é freqüentemente solicitada por outros profissionais, para dar informações sobre o paciente, ou para organizar a seqüência de realização de procedimentos aos quais o paciente precisa ser submetido.

A concepção dos agentes ressalta que cabe à enfermeira a supervisão do trabalho, assim como lhe atribui a responsabilidade pelo encaminhamento de problemas apresentados pelos pacientes e sua resolução:

"A enfermeira aqui é mais é... é, o papel dela aqui é mais é burocrático. O serviço dela é diferente do nosso. O serviço dela é, não é tão de enfermaria. Ela, ela tem o serviço de enfermaria dela também, mas é menos. O serviço dela de enfermaria é conversar com o doente. É resolver problema para o doente, é chamar o médico na hora que precisa. Para resolver, para resolver esse problema que eu não posso resolver mesmo" (E6AT).

"Eu acho que quando falta alguma coisa, quando eu estou falando, ela procura saber por que é que não fiz, "Fulano você não fez controle hídrico, você não pesou hoje. Por que você não pesou hoje?" acho que é sim, elas não ficam tão em cima, a gente tem liberdade para fazer o serviço, cuidar do doente mas, eu acho que elas vêem as coisas. (...) Eu acho assim que a enfermeira não é só para supervisionar, eu vejo nelas o apoio, porque tem coisas que eu não posso fazer. Ela é que tem que resolver, porque eu, aquilo lá eu não dou conta de fazer. Então, ela tem que fazer. E tudo tem que ter uma seqüência para caminhar. Eu considero a enfermeira o apoio, porque na hora que eu estou apertada, a coisa apertada é para ela que eu corro, sabe? Atrás dela é que eu vou" (E5TE).

Na concepção que os agentes têm sobre o trabalho da enfermeira há ênfase na função gerencial que ela exerce, assim como o reconhecimento de que ela realiza a articulação das atividades dos diferentes profissionais em torno do paciente:

"A enfermeira, aqui dentro da nossa estrutura, ela se transformou em uma administradora, ela é uma gerente, tá? Ela domina as habilidades de lidar com o paciente, mas não é ela que cuida. Ela administra o andamento dos outros profissionais de enfermagem. Então minha visão hoje é de uma, de uma gerente, de uma administradora dos serviços de enfermagem, que por sua vez é prestado pelos auxiliares, pelos técnicos de enfermagem né? Pelos estudantes de

enfermagem em determinadas épocas do ano, etc, etc né? E eu tenho também uma visão positiva do papel dessa gerente" (E15MD).

"A enfermeira, tem muita coisa para ela ver. Às vezes é um exame, porque o paciente tem que fazer e... o médico pede as coisas tudo urgente. Então fica difícil para elas. Mesmo, ao mesmo tempo que ela está, lá do lado do paciente, a gente tem que chamar, "Fulana! O médico quer isso." Às vezes ela que tem que resolver. "Enfermeira! Preciso do material!" Ela tem que ir lá no almoxarifado buscar, porque elas que têm acesso a esse almoxarifado. Então ela fica assim, servindo para tudo né? Você entendeu? E, às vezes, muitas dúvidas de medicação vai com ela, "Ó, esse remédio, tá nessa dosagem". Aí vai procurar ela" (E8AU).

"Cada funcionário, cada função, ele tem um limite de tarefas e quando chegar o final, a enfermeira é que tem que fazer. Então isso que a...os nossos...os funcionários que existem abaixo da enfermeira, é pra fazer uma parte...é pra dividir a carga da enfermeira. Que raramente uma enfermeira entra pra dar banho, fazer isso, quer dizer, ela jamais daria conta. É, então geralmente, então ela passa as tarefas assim, mais fáceis pros funcionários, então as outras mais difíceis fica na parte da enfermeira. Ela tem que saber também organizar uma enfermaria, né, e saber dividir tudo certo. E a enfermeira também trabalha do lado do médico porque se por acaso eu tiver alguma dúvida, na prescrição, se o médico não tá aí na hora, eu tenho que chegar na enfermeira: Oh, eu tô estranhando essa medicação aqui, que precisa ser confirmada se é isso mesmo que vai dar"(E10ES).

"O trabalho da enfermeira é muito importante, né. É muito importante, é o esteio. Porque assim... eu tenho muitas atividades, eu não posso, eu não fico lá o dia todo. Então, ela me informa se as coisas estão sendo feitas, ela me informa se se houve melhora ou se houve piora do paciente" (E17MD).

"O trabalho da enfermeira é para gente imprescindível. É uma atividade que precisa de uma enfermeira, para coordenar todas aquelas atividades dos auxiliares e eu acho que isso é imprescindível"(E13MC).

A representação dos agentes sobre o trabalho da enfermeira, ao enfatizar o papel de gerência que ela desempenha, confirma o resultado dos estudos de GONÇALVES (1994) e ALMEIDA (1991), que afirmam que a enfermeira tem exercido, principalmente, atividades administrativas de controle e supervisão do processo de trabalho.

Na concepção que as enfermeiras portam acerca de seu trabalho, elas identificam a si mesmas como sendo supervisoras. Vejamos como as enfermeiras descrevem seu trabalho na unidade de internação:

"De manhã, minha rotina, eu passo visita nos pacientes. Vejo tudo que eles estão precisando, como que passou a noite. Depois dos banhos, o curativo, quer dizer, antes disso a gente faz a escala diária. Distribui já os funcionários em cada enfermaria que eles vão assumir,

para estar respondendo por aquilo, né ? Escala um na medicação, passa a visita... vai... dependendo se tiver paciente grave você já fica mais ali do lado, porque o médico vai te solicitar mais, para uma mudança de soro, mudança de medicação. E eles conversam com a gente, dificilmente conversam com o auxiliar. Então você tem que tá passando o que foi mudado, colhendo gasometria, mesma coisa os curativos, de punção, de escara. Depois do banho eu já faço todos. Aí, verificar as papeletas, se foi mudado alguma coisa, porque tem uns que não avisam... que suspendeu alguma medicação ou acrescentou uma medicação. Então o paciente vai tomar isso, acho que umas doze horas, às vezes oito, de oito a doze... o que foi suspenso, ou fica sem tomar o que foi acrescentado, porque eles não avisam. E depois eu fico sempre circulando. Passando pelas enfermarias, se os auxiliares estão atendendo bem, se estão tratando bem os pacientes... as técnicas certas. Toda hora passando pelo balcão para ver se tem algum pedido de exame... que tá sendo colhido... Então a gente tá sempre andando..."(E2EN).

"A enfermeira da clínica médica, ela atua mais em termos de supervisão, que nós temos nossos auxiliares e atendentes e técnicos, mas os nossos pacientes graves, quem assume normalmente é a enfermeira para dar, é... uma assistência, não é de cabeceira. É o estar mais perto do doente, pacientes mais graves. Nós fazemos supervisão de trabalho, nós fazemos também coordenação do trabalho a respeito dos exames do paciente, todos os exames que ele faz. Nós colhemos provas laboratoriais com os pacientes, que é também parte da enfermeira. As provas mais complicadas, porque as mais simples nossos profissionais fazem. Eu supervisiono o trabalho dos profissionais. É uma supervisão mais ou menos diretiva, sabe, porque a gente conhece mais ou menos os profissionais com que você trabalha. Então, a supervisão de final de plantão, do que eles deixaram de fazer, do que eles fizeram, do que deixaram de fazer. E mesmo assim, na atuação deles do lado do paciente, tá?"(E7EN).

A supervisão é voltada para o que os funcionários fizeram ou deixaram de fazer e para observar como esses estão atuando junto ao paciente. Portanto, sua representação sobre as atividades de supervisão é voltada para a vertente de fiscalização, com ênfase na verificação das atividades realizadas, correspondendo à caracterização realizada por ALMEIDA (1991).

Entre as atividades da enfermeira, faz parte o treinamento do pessoal auxiliar:

A enfermeira Beatriz está treinando uma funcionária nova, sobre coleta de sangue. Revisa as requisições com a auxiliar de enfermagem, prepara frascos para a coleta de sangue e material para a punção venosa. Dirigem-se `a enfermaria 504. A auxiliar faz a punção venosa para coleta de sangue. Voltam ao posto de enfermagem, onde os frascos com sangue coletado são colocados em uma caixa metálica, para serem transportados ao laboratório(DIARIO1, 23/09/96).

"Fazemos orientação para os profissionais. Somos nós que treinamos nossos profissionais novos que vem para a clínica. Elaboramos plano de treinamento, para depois fazer o treinamento" (E7EN).

A enfermeira comunica-se com outros setores, como a radiologia, a hemodinâmica, ou com outros profissionais, solicitando o atendimento da nutricionista ou da assistente social:

O paciente Antonio, 511-4, está com alta. Está preocupado, porque já são 18 horas e ainda não vieram buscá-lo. A enfermeira Adriana informa que entrou em contato com a assistente social, para solicitação de ambulância para transportar o paciente para sua casa, em Altinópolis. Explica ao paciente que está aguardando resposta da assistente social, pois solicitou ambulância com oxigênio, porque o paciente pode ter dispnéia. (DIARIO2, 13/10/96)

Há um paciente em jejum para realizar ecografia. Ele está com fome, dizendo que está demorando para ser chamado para o exame. A enfermeira Beatriz telefona para o Setor de Radiologia e solicita informação sobre o horário em que será realizada a ecografia. Informa o paciente que logo será levado para realizar o exame. Logo depois, a enfermeira Beatriz telefona para a nutricionista e solicita avaliação para um paciente que está com dieta para hepatopatia e os familiares estão trazendo alimentação de casa. Pede que a nutricionista oriente os familiares sobre os alimentos que podem trazer (DIARIO1, 26/09/96).

Observamos que a enfermeira faz a articulação do trabalho de enfermagem com o médico e com outros setores do hospital. Os residentes costumam perguntar para a enfermeira se os exames foram colhidos e encaminhados para o laboratório, ou se o paciente já foi chamado para realizar os procedimentos diagnósticos em outros setores do hospital:

Um residente entra na sala de enfermagem e pergunta para a enfermeira Adriana se um paciente já fez um exame solicitado. Ela consulta o kardex e responde que sim. Pouco depois, a escriturária vem perguntar para a enfermeira se um outro paciente pode ir para a ecografia, porque está aguardando para fazer broncoscopia. A enfermeira responde: - "É melhor aguardar para fazer a broncoscopia, senão pode não dar tempo e ele atrasar para a broncoscopia. Depois, os médicos não esperam" (DIARIO2, 02/10/96).

ROSENOW (1983), na literatura americana, analisou a prática de enfermagem em hospital burocrático, discorrendo sobre a expectativa de papel da enfermeira e descrevendo o trabalho em unidade de internação.

Considerou que a estrutura burocrática dá prioridade aos recursos de enfermagem que são valorizados pelos médicos e pela administração do hospital. Segundo essa autora, no hospital com estrutura burocrática, os médicos admitem o paciente, avaliam suas informações para selecionarem os procedimentos necessários e darem as ordens e a enfermeira, por sua vez, executa essas ordens ou as transmite a outros setores do hospital. Para o paciente, a enfermeira transmite regulamentos e instruções do hospital, assim como instruções relacionadas às ordens médicas. Dessa forma, a enfermeira tem um papel central na estrutura de funcionamento, assegurando o cumprimento das ordens médicas e controlando a obediência do paciente às instruções e ao regulamento.

STRAUSS et al. (1985), em pesquisa sobre a organização social do trabalho no hospital, abordam a necessidade de coordenação e articulação das atividades dos diversos agentes, para assegurar que os esforços coletivos da equipe não se tornem partes descontínuas e conflitivas. Entendem que o médico é a figura central no planejamento, mas é a enfermeira que conduz sua implementação, enquanto os outros trabalhadores de saúde, incluindo o pessoal de enfermagem e demais técnicos, executam as tarefas operacionais necessárias. Portanto, a enfermeira é o ator chave para a articulação do trabalho, pois é ela quem organiza as diversas atividades de diagnóstico e terapêutica que giram em torno do paciente.

Identificamos que as enfermeiras executam alguns procedimentos considerados de maior complexidade e prestam cuidados a pacientes em

estado grave. Além disso, por vezes, preparam material para procedimentos médicos e auxiliam os médicos em situações de urgência:

O residente pede para a enfermeira Adriana preparar material para entubação, para o paciente Antonio, 511-4, que está com insuficiência respiratória. A enfermeira providencia o material e leva para a enfermaria. Leva também o carro de atendimento de parada cardio-respiratória. Os residentes explicam o procedimento ao paciente. A enfermeira permanece junto ao leito, acompanhando os médicos residentes no procedimento, preparando tubo traqueal e laringoscópio. Providencia material para aspiração traqueal e aspira o paciente. A enfermeira punciona nova veia e instala soro, conforme solicitado pelo residente. Providencia respirador e auxilia os residentes a colocá-lo no paciente. Após esses procedimentos, coleta sangue para gasometria arterial (DIARIO1, 20/09/96)

As enfermeiras assumem também a execução de procedimentos no cuidado direto ao paciente, tais como colocação de sonda nasoentérica, punção venosa, verificação de pressão venosa central, coleta de sangue para hemocultura, controle do funcionamento de bombas de infusão, troca de frasco das dietas por sonda, transporte de pacientes que são transferidos da unidade coronariana ou da unidade de tratamento intensivo para a unidade de internação, preparo de material para procedimentos médicos, tais como punção de subclávia, punção de jugular, punção pleural. Realizam também alguns procedimentos que não são de sua atribuição exclusiva, mas quando há pouco pessoal, a enfermeira precisa realizá-los para que a equipe de enfermagem possa dar conta do volume de trabalho.

Em síntese, a enfermeira tem um papel gerencial, articulando os diversos trabalhos e organizando os diferentes procedimentos aos quais o paciente precisa ser submetido. Essa função de coordenação do trabalho realizado na unidade de internação é reconhecida e valorizada pelos demais agentes, que apontam as inúmeras atividades nas quais a presença da enfermeira se torna necessária e indispensável. A coordenação e a

articulação das atividades dos diversos agentes são atividades imprescindíveis para garantir o desenvolvimento do trabalho coletivo dos agentes em direção ao produto pretendido. Julgamos importante salientar que a responsabilidade da enfermeira na coordenação das atividades, necessárias para a produção de cuidados de saúde, requer conhecimento e capacidade de decisão e torna evidente que o seu trabalho não se reduz à natureza de execução das prescrições médicas.

5 EM BUSCA DE UMA NOVA LÓGICA PARA O TRABALHO EM SAÚDE NO MODELO CLÍNICO

A trajetória percorrida nesta investigação teve o objetivo de analisar a organização tecnológica e social do processo de trabalho em saúde no hospital, de modo a apreender a configuração das práticas, dos saberes e tecnologias que são operados pelos agentes para manipularem o objeto de trabalho, privilegiando a compreensão do espaço que a prática de enfermagem ocupa na produção de cuidados.

A utilização da observação participante como técnica para coleta de dados permitiu acompanhar o cotidiano de trabalho no microespaço da unidade de internação e captar o real em múltiplas dimensões. Pela observação direta do processo de trabalho foi possível acompanhar e registrar os movimentos, as ações dos trabalhadores, os diálogos mantidos e suas relações recíprocas, assim como as relações que os agentes mantêm com o objeto de trabalho.

Os dados obtidos através de entrevista semi-estruturada foram utilizados para complementar o material obtido através da observação, com o intuito de evidenciar a concepção que os agentes portam quanto ao trabalho que realizam.

O ato operatório de produção de cuidados foi o fio condutor para a análise e a interpretação do material empírico, enfocando a conformação das relações sociais entre os profissionais como relações que se estabelecem no encontro com o usuário, para atender necessidades de saúde.

Retomando os pressupostos deste estudo e a discussão do material empírico, expomos algumas considerações sobre os limites e as possibilidades do trabalho em saúde no modelo clínico de atendimento.

Na organização tecnológica e social do trabalho em saúde, o hospital assume uma posição fundamental, como um dos instrumentos que compõem as condições materiais necessárias à realização do processo de trabalho. No microespaço da unidade de internação, há elementos simbólicos do espaço físico que expressam a forma de organização social em torno da qual se estrutura a produção de cuidados.

O significado da configuração espacial e a importância técnica e social dos diferentes locais demonstra a supremacia do grupo social dominante, com uma maior privacidade conforme os diferentes graus de poder atribuídos aos agentes e ao trabalho que desenvolvem. Dessa forma, os médicos ocupam espaços com maior privacidade e mais adequados ao desenvolvimento do trabalho intelectual, ao passo que os espaços destinados ao pessoal de enfermagem têm características que se destinam ao trabalho manual e são utilizados por todos os agentes da equipe de saúde.

A enfermagem é o ponto para onde convergem as atividades para a produção de cuidados, sendo um espaço compartilhado por todos os profissionais. Esse espaço expressa uma vigilância constante dos pacientes e permite que seu comportamento seja observado e registrado, para obtenção de dados que permitem estabelecer o diagnóstico e acompanhar suas respostas à terapêutica instituída.

A produção de cuidados no hospital desenvolve-se a partir de um trabalho coletivo, orientado para o atendimento do corpo biológico individual. As atividades dos agentes se estruturam em torno de uma mesma finalidade que conduz o processo de trabalho, de modo que as ações de cada trabalhador se tornam necessárias para compor a assistência ao indivíduo internado no hospital. A finalidade que orienta o trabalho dos diferentes profissionais é a produção de cuidados para obter como produto final o diagnóstico e a terapêutica das doenças. Como esse é o núcleo do modelo de organização tecnológica, os trabalhos se articulam de forma complementar e interdependente, em torno do ato médico.

A configuração que assume a produção de cuidados tem como característica o parcelamento das ações, com base na divisão social e técnica do trabalho, com oposição entre concepção e execução. Devido à progressiva especialização do saber e à necessidade de vários agentes que operam com saberes e tecnologias específicos, enquanto meios de trabalho para manipulação do corpo doente, a organização do trabalho leva ao atendimento fragmentado do paciente.

Como o projeto terapêutico, que é o projeto intelectual que guia o processo de trabalho, tem embasamento no saber anatomopatológico, o objeto de trabalho é apreendido segundo um recorte que se atém aos limites do corpo biológico. Constatou-se que a produção de cuidados se estrutura através do parcelamento do corpo humano, sem haver preocupação com a integralidade da assistência de saúde. Embora o modelo clínico de organização tecnológica tenha como finalidade o tratamento e a recuperação em dimensão individual, verificou-se que, no atendimento prestado ao paciente, não há preocupação com a totalidade desse ser como sujeito concreto, que tem manifestações próprias devido à doença e aos procedimentos aos quais é submetido.

Os profissionais têm uma concepção de doença que está circunscrita ao enfoque mecanicista e biologicista do corpo humano, buscando enquadrar o indivíduo segundo alterações dos padrões de normalidade estabelecidos pelo modelo clínico. Essa é uma das limitações impostas pelo saber operatório, pois, na produção de cuidados, não são incorporadas as dimensões sociais e subjetivas dos indivíduos no processo saúde/doença.

Em decorrência do saber que fundamenta o projeto terapêutico que conduz a produção de cuidados, os profissionais de saúde fazem uma abstração da doença e do doente, deixando de reconhecer as necessidades concretas do indivíduo que dizem respeito às questões sociais e às necessidades emocionais e psíquicas. O homem é tomado como objeto de trabalho, considerando-se apenas o órgão que está apresentando disfunção e, como tal, precisa ser tratado para corrigir a anormalidade.

Nessa concepção, as condições de vida dos pacientes e sua situação sócio-econômica são tomadas como uma patologia e como um desvio da norma social, dificultando o trabalho e interferindo na obtenção dos resultados pretendidos. A dimensão social do processo saúde/doença é considerada como se fosse externa ao processo terapêutico e independente das particularidades do ser humano que está sendo atendido.

A despersonalização é uma característica marcante na assistência prestada, na qual há pouca preocupação com o direito e a capacidade que o indivíduo tem de expressar suas preocupações e desejos. Nas relações dos profissionais com o paciente, esse é quase sempre tomado como um objeto passivo e dócil, como se estivesse incapacitado de qualquer reação. Assim, o doente só tem direito à fala para dar as informações necessárias ao diagnóstico, mas não lhe é garantido o uso da palavra para fazer críticas ou manifestar suas necessidades. Alguns pacientes mostram resistência à situação de passividade que lhes é imposta, numa tentativa de interferir no processo terapêutico.

As relações sociais que ocorrem no ato operatório são decorrentes da organização social e técnica do trabalho e expressam espaços de intersubjetividade das diversas práticas. Como o objeto de trabalho é compartilhado por diferentes profissionais, que se articulam em torno de uma única finalidade, o médico tem posição central na condução do projeto terapêutico. Apesar de possuir o saber necessário para a produção do diagnóstico e da terapêutica, suas ações não podem prescindir da participação de outros profissionais. O cuidado de enfermagem viabiliza a

observação contínua do paciente e a manutenção das funções vitais do corpo biológico, sem as quais o trabalho multiprofissional não pode ser desenvolvido. Há uma vinculação de interdependência entre o trabalho do médico e o trabalho de enfermagem, na produção de cuidados de diagnóstico e terapêutica.

O médico, pelo exercício da autoridade e responsabilidade que lhe são atribuídas, possui amplas áreas de influência, que levam à definição dos limites da autonomia dos profissionais no trabalho coletivo. A posição de supremacia do médico e o poder que esse detém são aspectos marcantes nas relações sociais entre os agentes. O médico parece ser o profissional que determina a condução do processo de trabalho, porém foi constatado que a dominância que exerce na equipe de saúde pode ser modificada, pois, no trabalho interdependente, sua autonomia também é relativa. Os limites impostos pelos outros profissionais e pelas relações sociais mais amplas também interferem na sua autonomia, que é definida pelos limites da competência e do saber dos demais agentes, que resistem à subordinação e procuram ampliar seus espaços na equipe de saúde.

Os limites da autonomia da enfermeira são definidos na interdependência com os outros profissionais. Esses limites são ampliados na forma de conduzir a assistência e na forma de resolver problemas que surgem com o paciente no cotidiano do trabalho. Foi evidenciado que a enfermeira resiste ao poder médico e à subordinação, indicando que há caminhos para a ampliação de sua autonomia e para uma melhor comunicação entre a equipe de saúde.

A cooperação entre os diferentes profissionais é importante para viabilizar o atendimento integral ao paciente e para a transformação do projeto terapêutico. Entretanto, constatou-se que, no desenvolvimento das ações de saúde, na maioria das vezes, não existe uma equipe trabalhando com a preocupação de integrar as várias disciplinas, mas profissionais de diversas áreas realizando atividades de forma isolada.

Entendemos que, na realização do trabalho vivo em ato, os agentes exercem um certo autogoverno e são sujeitos capazes de realizarem transformações. Como há um conjunto de subjetividades em operação, os trabalhadores podem tomar decisões e interferir no modo como o atendimento é realizado, de maneira que existe a possibilidade de se configurar um formato tecnológico e assistencial renovado. No cotidiano dos serviços, no espaço interseção do encontro dos agentes com os pacientes, produzem-se subjetividades, pelo modo como são concebidas e atendidas as necessidades de saúde. A ampliação do saber clínico, contemplando o ser doente na sua singularidade e valorizando as necessidades decorrentes do sofrimento físico e emocional do processo de adoecer, pode ser uma alavanca para um trabalho coletivo mais harmonioso e simétrico, no qual o projeto terapêutico possa ser compartilhado por todos os profissionais, envolvendo os médicos, os docentes, as enfermeiras, o pessoal auxiliar, as nutricionistas, as fisioterapeutas e outros que venham a ser incorporados à equipe de saúde.

A busca de ações integradas nos serviços hospitalares, enfocando as dimensões biológicas, subjetivas e sociais, supõe a existência de diferentes

saberes e práticas, articulados de maneira complementar e interdependente, mas com a construção de espaços para que os agentes exerçam sua autonomia, ao compartilharem o objeto de trabalho. Nesse sentido, advogamos a transformação do processo de trabalho no hospital, guiado por uma outra lógica, capaz de incorporar essas dimensões ao projeto terapêutico, numa tentativa de sair da compartimentalização do conhecimento, que tem sido uma das características marcantes do trabalho em saúde, na atualidade.

Levando-se em consideração a preocupação com a integralidade da assistência a ser prestada, a interdisciplinaridade pode ser apontada como uma forma de abordagem para o trabalho em saúde, pois a compreensão do processo saúde/doença, numa interação dos aspectos bio-psico-sociais, requer conhecimentos partilhados entre a equipe. A ênfase na interdisciplinaridade no ato de produção de cuidados, com a incorporação dos saberes das diferentes especialidades, possibilitaria uma melhor qualidade do cuidado e contribuiria para a satisfação dos profissionais na realização do trabalho.

A construção de uma nova lógica para conduzir o modelo clínico requer, também, alterações no funcionamento das instituições e teria que resgatar a discussão sobre a mudança do modelo de gestão utilizado. Consideramos que o modo como o trabalho é realizado, as relações que se dão entre os homens no trabalho e a forma que assume a produção de cuidados dependem do projeto intelectual que guia todo o processo de trabalho. Como as instituições de saúde têm seguido um modelo de gestão

pautado no taylorismo e na burocratização, que conduz os profissionais à alienação e ao agir mecânico, torna-se imprescindível a modificação do processo de trabalho, com ênfase no trabalho da equipe interdisciplinar e na redistribuição do poder.

Concordando com a proposta de CAMPOS (1994b), novos instrumentos de gestão podem ser utilizados para eliminar a alienação dos trabalhadores e promover modificações na estrutura das organizações. Alguns desses instrumentos referem-se à busca de novas combinações para elementos polares, como a centralização e a descentralização, visando à diminuição da distância que existe entre aqueles que planejam e comandam e aqueles que executam as ações da saúde, ou seja, favorecer a horizontalização dos poderes de decisão, mas sem perder certo grau de centralização.

A criação de novas formas de gestão envolve, ainda, a preocupação com o trabalho em equipes que tenham maior autonomia profissional e mais responsabilidade pela solução de problemas de saúde. A realização de reuniões entre a equipe de trabalho pode ser um instrumento para discutir o modelo de atenção, traçando alguns indicadores qualitativos, quantitativos e descritivos, que possam ser utilizados como analisadores do processo de trabalho. Além disso, permitir o diálogo, dando voz aos diferentes atores sociais na saúde, isto é, governo, trabalhadores de saúde e usuários.

Uma das formas de modificar a passividade atribuída ao paciente e sua redução em objeto seria a valorização da fala e da escuta no processo de intervenção terapêutica. A renovação do modo como tem ocorrido a

comunicação pode ser um caminho para resgatar a eficácia e a qualidade das ações clínicas nas práticas de saúde, pois a construção do vínculo da equipe com o paciente, baseando-se no reconhecimento da subjetividade tanto dos profissionais como dos pacientes, é um dos instrumentos que podem levar à personalização do cuidado.

Retomando a preocupação que suscitou a realização deste estudo, a forma de desenvolvimento do trabalho de enfermagem no modelo clínico é uma questão que requer discussão. Como a enfermagem constitui-se em uma das parcelas de um trabalho coletivo, segue a mesma lógica que, de certa forma, guia todo o processo de trabalho no modelo clínico de atenção. Assim, o processo de trabalho de enfermagem assume uma configuração que decorre da organização tecnológica e social do trabalho em saúde, motivo pelo qual não pode ser desenvolvido de uma maneira independente e autônoma, tanto do trabalho médico como do trabalho dos outros agentes.

O espaço da enfermeira na produção de cuidados de saúde pode ser ampliado e valorizado nas atividades terapêuticas voltadas para o cuidado integral do paciente, atendendo as necessidades sociais e emocionais, além da preocupação com a recuperação física e funcional do corpo humano. Entretanto, há que se considerar que, na produção de cuidados, a enfermeira tem uma função gerencial que sofre forte influência taylorista, seguindo a lógica das instituições hospitalares. As considerações traçadas acerca da criação de um novo modelo de gestão e de um projeto terapêutico ampliado apontam algumas modificações que poderiam ocorrer no desenvolvimento do trabalho da enfermeira. Nessa proposta, o papel

gerencial que a enfermeira assume poderia ser relevante, direcionando-se para a construção de uma gestão participativa, na qual houvesse horizontalização das decisões e poderes, valorização do diálogo entre os agentes e trabalho em equipes interdisciplinares, nas quais a responsabilidade e a autonomia de todos os profissionais fossem valorizadas.

SUMMARY

The subject of this research study is the technological and social organization of health work in hospital, considering mainly the comprehension of the position of nursing practice within production of care. The aim is to analyse the work process at a university hospital to apprehend the configuration of practices, knowledges, social relations and technologies that are operated by agents in intervention on the body of an ill person. Using a dialectical approach as a theoretical-methodological reference, empirical data was collected by direct observation of the work process in a medical in-patient unit and semi-structured interviews with professionals. During the analytic process the material obtained was classified according to three nuclei of relevant structures: health care production structure, social relations and worker's self management. The discussion and interpretation of the daily work process was based on the line of the operational act of care production. It was found that the production of care in hospital is developed based on collective work, oriented to ministering to the individual biological body, fulfilling the needs for functional recovery. The production of care is structured by the division in parts and fragmentation of the actions of the different agents, in order to produce a diagnosis and therapy. The agents of collective work articulate their actions around the medical act which takes up a central position in the production of care. However, it was observed that the knowledges and practices complement each other, and that there is space for agent autonomy. The importance of broadening the clinical model to

contemplate the social and subjective dimension of the health/disease process is pointed out in a therapeutical project shared by different health care team professionals. It is proposed to change the work process associated with the construction of new management models in health care institutions.

ANEXO 1. Autorização da Comissão de Ética Médica do Hospital de
Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São
Paulo



HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA
DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

CEP 14.048-900
RIBEIRÃO PRETO - S.P.
BRASIL

CAMPUS UNIVERSITÁRIO - MONTE ALEGRE
FONE: 633-1000 - FAX: (016) 633-1144
TELEX (0166) 583


Ribeirão Preto, 11 de outubro de 1996

Ofício nº 1680/96
CEM/SPC

Prezada Professora:

A Comissão de Ética Médica, em sua 79ª
Reunião Ordinária, realizada em 23.09.96, aprovou a realização do plano de
pesquisa intitulado: "**AS RELAÇÕES SOCIAIS NO TRABALHO DE
ENFERMAGEM NO HOSPITAL**", de acordo com o Processo HCRP nº
3601/96.

Aproveito a oportunidade para apresentar a
Vossa Senhoria protestos de consideração.


PROF.DR. SÉRGIO PEREIRA DA CUNHA
Presidente da Comissão de
Ética Médica do HCFMRP-USP

Ilustríssima Senhora
Prof.Drª.MARIA CECÍLIA PUNTEL DE ALMEIDA
DEPTO.DE ENFERMAGEM MATERNO-INFANTIL E SAÚDE
PÚBLICA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO-USP
Em mãos

ANEXO 2.TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO

Título da Pesquisa: AS RELAÇÕES SOCIAIS NO TRABALHO DE
ENFERMAGEM NO HOSPITAL

A presente pesquisa tem por objetivo analisar a configuração das relações sociais no processo de trabalho de enfermagem em dois hospitais universitários - o Hospital de Clínicas de Porto Alegre e o Hospital de Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP. Nesses dois hospitais, busca-se analisar o cotidiano dos agentes de enfermagem, tendo como objeto central da pesquisa o trabalho da enfermeira e sua articulação com outros trabalhos no contexto hospitalar.

A coleta de dados dar-se-á através de observação direta e entrevistas. A observação será direcionada para o trabalho da enfermeira e das relações sociais que estabelece com outros profissionais, enfocando as possibilidades de autonomia do trabalho da enfermeira na prática de enfermagem nas instituições em estudo. Serão observados diversos momentos do trabalho, incluindo os atos e diálogos que se desenvolvem nas dependências da unidade de internação. As informações obtidas através da observação serão registradas em um diário de campo pela pesquisadora e serão mantidos a privacidade e o anonimato dos sujeitos observados.

As entrevistas serão realizadas com enfermeiras, médicos, técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem, abordando problemas existentes nas relações de trabalho, conforme a ótica dos entrevistados. As entrevistas serão gravadas e transcritas, garantindo-se o anonimato dos participantes e o caráter confidencial das informações recebidas.

Informo que a pesquisa tem finalidade acadêmica e destina-se à elaboração da tese de doutorado da pesquisadora, junto ao Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, sob a orientação da Prof^a. Dr^a. Maria Cecília Puntel de Almeida.

Os participantes da pesquisa serão esclarecidos quanto a quaisquer dúvidas durante o seu desenvolvimento e terão acesso aos resultados obtidos. As informações obtidas pela observação e/ou entrevista não terão nenhum tipo de implicação legal ou trabalhista que possa trazer prejuízo aos trabalhadores, junto às instituições em que será realizado o estudo.

Declaro ter sido informado das finalidades e do desenvolvimento da pesquisa e que concordo em participar da mesma. Tenho ciência de que poderei recusar-me a responder qualquer pergunta ou recusar-me a ser observado em qualquer situação que eu não deseje.

Enf^a. Maria Alice Dias da Silva Lima
Pesquisadora

Assinatura do Participante

Data

ANEXO 3. ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM A ENFERMEIRA

Data:

Início:

Término:

1. Quando você começou a trabalhar na Clínica Médica e por quê?
2. Fale sobre o seu trabalho, quais as atividades que realiza. O seu trabalho é supervisionado?
3. Quais as dificuldades / limitações que você encontra no seu trabalho?
4. Quais as atividades que você realiza que trazem satisfação?
5. Como você vê o seu trabalho? Como você vê o seu trabalho com os pacientes?
6. Como você vê o trabalho dos auxiliares de enfermagem?
7. Como você vê o trabalho dos médicos?
8. Como o seu trabalho se articula com o trabalho das demais categorias?
Como são as relações com outros profissionais para articulação dos diversos trabalhos na unidade de internação?
9. Como são as relações com outros setores do Hospital? E com a Escola de Enfermagem?
10. No seu entender, qual a finalidade do trabalho realizado no hospital?
Essa finalidade é atendida?
11. Fale sobre as relações que se estabelecem entre a unidade de internação e a Divisão de Enfermagem.
12. Qual o conhecimento necessário para a realização do seu trabalho?

**ANEXO 4. ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM TÉCNICOS, AUXILIARES
E ATENDENTES DE ENFERMAGEM**

Data:

Início:

Término:

1. Quando você começou a trabalhar na Clínica Médica e por quê?
2. Fale sobre o seu trabalho, quais as atividades que realiza. O seu trabalho é supervisionado?
3. Quais as dificuldades / limitações que você encontra no seu trabalho?
4. Quais as atividades que você realiza que trazem satisfação?
5. Como você vê o seu trabalho? Como você vê o seu trabalho com os pacientes?
6. Como você vê o trabalho da enfermeira (e dos outros agentes de enfermagem)?
7. Como você vê o trabalho dos médicos?
8. Como o seu trabalho se articula com o trabalho das demais categorias? Como são as relações com outros profissionais para articulação dos diversos trabalhos na unidade de internação?
9. Como são as relações com outros setores do Hospital? E com a Escola de Enfermagem?
10. No seu entender, qual a finalidade do trabalho realizado no hospital? Essa finalidade é atendida?
11. Fale sobre as relações que se estabelecem entre a unidade de internação e a Divisão de Enfermagem.
12. Qual o conhecimento necessário para a realização do seu trabalho?

ANEXO 5. ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM O MÉDICO

Data:

Início:

Término:

1. Quando você começou a trabalhar na Clínica Médica e por quê?
2. Fale sobre o seu trabalho, quais as atividades que realiza. O seu trabalho é supervisionado?
3. Quais as dificuldades / limitações que você encontra no seu trabalho?
4. Quais as atividades que você realiza que trazem satisfação?
5. Como você vê o seu trabalho? Como você vê o seu trabalho com os pacientes?
6. Como você vê o trabalho dos auxiliares de enfermagem?
7. Como você vê o trabalho das enfermeiras?
8. Como o trabalho das demais categorias se articula com o trabalho do médico? Como são as relações com outros profissionais para articulação dos diversos trabalhos na unidade de internação?
9. Como são as relações com outros setores do Hospital? E com a Faculdade de Medicina?
10. No seu entender, qual a finalidade do trabalho realizado no hospital? Essa finalidade é atendida?
11. Fale sobre as relações que se estabelecem entre a unidade de internação e a Chefia da Área Médica.
12. Qual o conhecimento necessário para a realização do seu trabalho?

ANEXO 6. ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM DOCENTE

Data:

Início:

Término:

1. Fale sobre o seu trabalho como docente no Departamento de Clínica Médica e as atividades que você realiza no hospital.

2. Desde quando você atua na enfermagem?

3. Quais as dificuldades / limitações que você encontra no seu trabalho?

4. Quais as atividades que você realiza que trazem satisfação?

5. Fale sobre o seu trabalho com os pacientes.

6. Como você vê o trabalho da enfermeira?

7. Fale sobre a atuação dos docentes de Enfermagem na Clínica Médica.

8. Como o trabalho das demais categorias profissionais se articula com o trabalho do docente?

9. Fale sobre a articulação do seu trabalho na faculdade de Medicina com o trabalho no HCRP.

10. No seu entender, qual a finalidade do trabalho realizado no hospital? Essa finalidade é atendida?

11. Qual o conhecimento necessário para a realização do seu trabalho?

12. Do que você gosta e do que você não gosta no seu trabalho?

13. Qual a autonomia que você tem para realizar o seu trabalho?

14. O seu trabalho é valorizado, tem prestígio social?

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALMEIDA, M.C.P. de. **Estudo do saber de enfermagem e sua dimensão prática.** Rio de Janeiro, 1984. 179p. Tese (Doutorado) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.
- _____. Processo e divisão do trabalho na enfermagem. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 39., Salvador, 1987. **Anais.** Salvador, Associação Brasileira de Enfermagem, 1988. p.19-26.
- _____. **O trabalho de enfermagem e sua articulação com o processo de trabalho em saúde coletiva** - rede básica de saúde em Ribeirão Preto. Ribeirão Preto, 1991. 297p. Tese (Livre Docência) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.
- _____ et al. A situação da enfermagem nos anos 80. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 41, Florianópolis, 1989. **Anais.** Florianópolis, Associação Brasileira de Enfermagem, 1989. p.43-75.
- BALIELO, V. **Análise das atividades do pessoal de enfermagem de um hospital-escola.** Porto Alegre, 1981, 107p. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- BANCO MUNDIAL. **Brasil: novo desafio à saúde do adulto.** Washington, D.C. 1991. Série de Estudos do Banco Mundial Sobre Países. / Mimeografado /

- BECKER, H. **Métodos de pesquisa em ciências sociais**. 2.ed. São Paulo, Hucitec, 1994.
- BERTONCELLO, N.M.F. **O processo de trabalho em ambulatório de saúde mental**: a prática da enfermeira. Ribeirão Preto, 1997. 111p. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.
- BESWETHERICK, M. Staffing assignment: a review of past and current systems of nursing care delivery. **The Canadian Nurse**, v.75, n.5, p.18-22, 1979.
- BOGDAN, R.; BIKLEN, S.K. **Qualitative research for education**: an introduction to theory and methods. Boston, Allyn and Bacon, 1982.
- BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. **O exercício da enfermagem nas instituições de saúde no Brasil**: 1982/1983. Rio de Janeiro, Conselho Federal de Enfermagem, Associação Brasileira de Enfermagem, 1985. v.1.
- BRAVERMAN, H. **Trabalho e capital monopolista**: a degradação do trabalho no século XX. 3.ed. Rio de Janeiro, Guanabara, 1987. p. 47-111.
- BURLAMAQUE, C.S. **Estudo do desempenho do enfermeiro de um hospital de ensino em nível de unidade de internação**. Porto Alegre, 1981. 91p. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- CAMPOS, G.W. de S. **A saúde pública e a defesa da vida**. 2.ed. São Paulo, Hucitec, 1994a. cap.5, p.107-127. A gestão enquanto componente estratégico para a implantação de um sistema público de saúde.
- _____. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da saúde. In: CECILIO, L.C.de O. (org.) **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo, Hucitec, 1994b. cap. 1, p.29-87.
- _____. **Reforma da reforma**: repensando a saúde. São Paulo, Hucitec, 1992.
- CARAPINHEIRO, G. **Saberes e poderes no hospital**. 2.ed. Porto, Edições

- Afrontamento, 1993.
- CASSIANI, S.H. de B.; ZAGO, M.M.F. A análise de dados qualitativos: a experiência no uso do ethnograph. /Apresentado no 8º SENPE, Ribeirão Preto, 1995. 17p.
- CASTELLANOS, B.E.P. **O trabalho do enfermeiro.** A procura e o encontro de um caminho para o seu estudo: da abordagem mecânico-funcionalista à pesquisa emancipatória. São Paulo, 1987. 442p. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Universidade de São Paulo.
- _____ et al. Os desafios da enfermagem para os anos 90. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 41, Florianópolis, 2-7 set. 1989. **Anais.** Florianópolis, Associação Brasileira de Enfermagem, 1989. p. 147-169.
- CICOUREL, A. Teoria e método em pesquisa de campo. In: GUIMARÃES, Alba Zaluar (org.) **Desvendando máscaras sociais.** 3.ed. Rio de Janeiro, Francisco Alves, 1990. cap. 4, p.87-121.
- DA MATA, R. O ofício etnológico ou como ter “antropological blues”. In: NUNES, Edson de Oliveira (org.). **A aventura sociológica:** objetividade, paixão, improviso e método na pesquisa social. Rio de Janeiro, Zahar, 1978. p.23-35.
- DENZIN, N. : **The research act:** a theoretical introduction to sociological methods. 3.ed. Englewood Cliffs, Prentice Hall, 1989. cap. 7. p.156-181. Participant observation: varieties and strategies of the field method.
- DONNANGELO, M. C. F. **Medicina e sociedade:** o médico e seu mercado de trabalho. São Paulo, Pioneira, 1975.
- _____. In: SEMINÁRIO NACIONAL DE PESQUISA EM ENFERMAGEM, 1., Ribeirão Preto, 1979. **Relatório.** Ribeirão Preto, ABEn/CEPEEn, 1979a, p.82-97.
- _____. Saúde e sociedade. In: DONNANGELO, M.C.F.; PEREIRA, L. **Saúde e sociedade.** 2.ed. São Paulo, Duas Cidades, 1979b, p.1-94.
- FERREIRA-SANTOS, C.A. **A enfermeira como categoria ocupacional num**

- moderno hospital-escola brasileiro.** Ribeirão Preto, 1968. 200p. Tese (Doutoramento) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.
- FERREIRA-SANTOS, C.A. ; MINZONI, M.A. Estudo das atividades de enfermagem em quatro unidades de um hospital governamental. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.21, n.5, p. 396-443, 1968.
- FOUCAULT, M. Incorporación del hospital en la tecnología moderna. **Educ Med Salud**, v.12, n.1, p.20-35, 1978.
- _____. **O nascimento da clínica.** 4.ed. Rio de Janeiro, Forense Universitária, 1994.
- FREIDSON, E. **La profession médicale.** Paris, Payot, 1984.
- _____. Professional dominance and the ordering of health services. In: **Professional dominance: the social structure of medical care.** Nova Iorque, Atherton Press, 1970. Cap. 5, p. 127-164.
- _____. **Professional powers.** Chicago, . The University of Chicago Press, 1986.
- FREITAS, M.E.A.; ALVES, M.; PEIXOTO, M.R.B. A divisão do trabalho na enfermagem e a visão global da assistência. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v.17, n.1, p.26-32, 1996.
- FRIEDMAN, G. Materialismo dialético e ação recíproca. In: THALHEIMER, A. **Introdução ao materialismo dialético.** São Paulo, Livraria Editora Ciências Humanas, 1979. Apêndice, p. 125- 152.
- FUNDAÇÃO IBGE. Secretaria de Planejamento, Orçamento e Coordenação. **Crianças e adolescentes: indicadores sociais.** Rio de Janeiro, Departamento de Estatísticas e Indicadores Sociais, 1991. 100p., v.5.
- GARBETT, R. Professional development. Organisation of nursing care: the role of

- the nurse. **Nursing Times**, v.92, n.34, suppl., p.5-8, 1996.
- GOLD, R.L. Roles in sociological field observations. **Social Forces**, v.36, n.3, p.217-223, mar.1958.
- GOLDIM, J.R. **Pesquisa em saúde: leis, normas e diretrizes**. 2.ed. Porto Alegre, Hospital de Clínicas de Porto Alegre / Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação, 1995.
- GONÇALVES, R.B.M. **Medicina e história: raízes do trabalho médico**. São Paulo, 1979. 209p. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.
- _____. **Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades**. São Paulo, Prefeitura Municipal, Secretaria Municipal de Saúde, 1992, 53p./Mimeografado/
- _____. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo**. São Paulo, Hucitec - Abrasco, 1994.
- GOODE, W.; HATT, P. **Métodos em pesquisa social**. 7.ed. São Paulo, Nacional, 1979.
- HAGUETTE, T.M.F. **Metodologias qualitativas na sociologia**. 4.ed. Petrópolis, Vozes, 1995.
- HILTON, P.; GODDARD, M. Taken to task. **Nursing Times**, v.92, n.16, p.44-45, 1996.
- HOLLOWAY, I.; WHEELER, S. **Qualitative research for nurses**. Great Britain, Blackwell Science, 1996.
- HUGHES, D. When nurse knows best: some aspects of nurse/doctor interaction in a casualty department. **Sociology of Health & Illness**, v.10, n.1, p. 1-22, 1988.

IANNI, O (org.). **Karl Marx**. Sociologia. 7.ed. São Paulo, Ática, 1992.

KRON, T; GRAY, A. **Administração dos cuidados de enfermagem ao paciente:** colocando em ação as habilidades de liderança. 6.ed. Rio de Janeiro, Interlivros, 1994.

LANA, F.C.F. **Organização tecnológica do trabalho em hanseníase com a introdução da poliquimioterapia.** Ribeirão Preto, 1992. 202p. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão preto, Universidade de São Paulo.

LIMA, R.A.G. de. **O processo de trabalho da enfermagem na assistência `a criança com câncer:** análise das transformações em um hospital-escola. Ribeirão Preto, 1990, 124p. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto,

_____. **Criança hospitalizada: a construção da assistência integral.** Ribeirão Preto, 1996. 262p. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Programa Interunidades das Escolas de Enfermagem de Ribeirão Preto e São Paulo da Universidade de São Paulo.

LOPES, M.J.M. Quando a voz e a palavra são atos terapêuticos: a integração individual e coletiva nas palavras quotidianas do trabalho de enfermagem. In: WALDOW, V. R. et al. **Maneiras de cuidar, maneiras de ensinar:** a enfermagem entre a escola e a prática profissional. Porto Alegre, Artes Médicas, 1995. Cap. 8, p. 153-188.

LOPES, N. da G.M. **A recomposição dos saberes, ideologias, e identidades de enfermagem** - estudo sociológico em contexto hospitalar. Lisboa, 1994, 207 p. Dissertação (Mestrado) - Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa, Portugal.

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M. **Pesquisa em educação:** abordagens qualitativas. São Paulo, EPU, 1986.

- LUZ, M. T. **As instituições médicas no Brasil:** instituição e estratégia de hegemonia. Rio de Janeiro, Graal, 1979.
- MARX, K. **O capital.** Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 1980. cap. 5, p. 201-223: Processo de trabalho e processo de produzir mais valia.
- MENDES, E.V. **A evolução histórica da prática médica: suas implicações no ensino, na pesquisa e na tecnologia médicas.** Belo Horizonte, PUCMG/FINEP, 1984.
- MERHY, E.E. **O SUS e um dos seus dilemas:** mudar a gestão e a lógica do processo de trabalho em saúde (um ensaio sobre a micropolítica do trabalho vivo). Campinas, UNICAMP, 1996. 25p. (datilografado).
- _____. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. (org.) **Agir em saúde:** um desafio para o público. São Paulo, Hucitec, 1997. Cap. 2, p. 71-112.
- MINAYO, M.C. de S. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 3.ed. Hucitec - Abrasco, São Paulo - Rio de Janeiro, 1994.
- _____. **Os homens de ferro:** estudo sobre os trabalhadores da indústria extrativa de minério de ferro da Companhia Vale do Rio Doce em Itabira, Minas Gerais. Rio de Janeiro, 1985. 277p. Tese (Mestrado) - Museu Nacional, Programa de Pós-Graduação em Antropologia Geral, Universidade Federal do Rio de Janeiro.
- MINAYO, M.C. de S.; SANCHES, O. Quantitativo - qualitativo: oposição ou complementaridade? **Cadernos de Saúde Pública**, v..9, n.3, p.239-262, 1993.
- MIRANDA, C.M.L.; SOBRAL, V.R.S. Os álibis da enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.44, n.1, p.22-29, 1991.
- MIRON, V. L. **Organização do trabalho em saúde mental em um serviço ambulatorial público de saúde.** Ribeirão Preto, 1993. 106p. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São

Paulo.

OLIVEIRA, M.I.R. de. **A enfermeira como coordenadora da assistência ao paciente:** análise sociométrica multirrelacional. São Paulo, 1972, 87p. Tese (Doutorado) - Universidade de São Paulo.

POLIT, D.F.; HUNGLER, B.P. **Fundamentos da pesquisa em enfermagem.** 3.ed. Porto Alegre, Artes Médicas, 1995.

RAMOS, C.L.; MELO, J.A.C.; SOARES, J.C.R. Quem educa quem? Repensando a relação médico-paciente. In: COSTA, N.R. (org.). **Demandas populares, políticas públicas e saúde.** Petrópolis, Vozes, 1989. cap. 5, p.146-164.

RIBAS GOMES, E.L. **Administração em enfermagem:** constituição histórico-social do conhecimento. Ribeirão Preto, 1991. 203p. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

RUSSEL, C.K.; GREGORY, D.M. Issues for consideration when choosing a qualitative data management system. **Journal of Advanced Nursing**, v.18, p.1806-1816, 1993.

SAEKI, T. **Análise da prática do enfermeiro em um hospital psiquiátrico.** Ribeirão Preto, 1994. 108p. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

SILVA, M.G.R. **Prática médica: dominação e submissão.** Uma análise institucional. Rio de Janeiro, Zahar, 1976.

STRAUSS, A. et al. **Social organization of medical work.** Chicago, The University of Chicago Press, 1985.

TAFT, L.B. Computer-assisted qualitative research. **Research in Nursing & Health**, v.16, n.5, p.379-383, 1993.

TAVARES, R. ; MONTEIRO, M.F.G. População e condições de vida. In: GUIMARÃES, R. ; TAVARES, R.A.W. (Org.) **Saúde e sociedade no Brasil: anos 80.** Rio de Janeiro, Relume Dumará, 1994. p.43-72.

TREVIZAN, M.A. **Estudo das atividades dos enfermeiros chefes de unidade de internação de um hospital-escola.** Ribeirão Preto, 1978. 117p. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

_____. **A função administrativa da enfermeira de instituição hospitalar burocratizada.** Ribeirão Preto, 1986. 200p. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de São Paulo - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

TRIVIÑOS, A.N.S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais:** a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo, Atlas, 1987.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. Hospital das Clínicas. **Prof. Dr. Antonio Carlos Pereira Martins - administração 1987-1994:** relatório de gestão. Ribeirão Preto, HCFMRP-USP, 1994. 115p.

_____. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. Hospital das Clínicas. **Relatório de Atividades 1995.** Ribeirão Preto, HCFMRP-USP, 1995.

_____. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. Hospital das Clínicas. **Revista Comemorativa dos 40 anos do HCFMRP-USP.** Ribeirão Preto, HCFMRP-USP, junho 1996.