

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

FLAVIA RAQUEL ROSSI

**Tecnologias leves nos processos gerenciais
do enfermeiro:**
contribuição para o cuidado humanizado.

Porto Alegre
2003

FLAVIA RAQUEL ROSSI

**Tecnologias leves nos processos gerenciais do
enfermeiro:
contribuição para o cuidado humanizado**

Dissertação apresentada ao Curso de
Mestrado em Enfermagem da
Universidade Federal do Rio Grande
do Sul, como requisito parcial para a
obtenção do título de MESTRE em
ENFERMAGEM.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Alice Dias da Silva Lima

Porto Alegre

2003

R831t Rossi, Flavia Raquel
Tecnologias leves nos processos gerenciais do enfermeiro :
contribuição para o cuidado humanizado / Flavia Raquel
Rossi ; orient. Maria Alice Dias da Silva Lima. – Porto Alegre,
2003.

118 f.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade
Federal do Rio Grande do Sul. Escola de Enfermagem. Curso
de Mestrado em Enfermagem, 2003.

1. Cuidados de enfermagem : organização e administração. 2.
Serviços de enfermagem. 3. Administração de serviços de saúde.
4. Relação enfermeiro–paciente . I. Lima, Maria Alice Dias da
Silva. II. Título.

HLSN – 710
NLM – WY 105

Catlogação por Celina Leite Miranda (CRB-10/837).

FLAVIA RAQUEL ROSSI

**Tecnologias leves nos processos gerenciais do enfermeiro:
contribuição para o cuidado humanizado.**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em Porto Alegre, 20 de outubro de 2003.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Maria Alice Dias da Silva Lima (orientadora)

Prof. Dr. Wilson Danilo Lunardi Filho

Prof. Dra. Clarice Maria Dall'Agnol

Prof. Dra. Agnes Olschowsky

AGRADECIMENTOS

À Dra. Maria Alice Dias da Silva Lima, pela dedicação dispensada nos momentos de orientação desse trabalho e principalmente por acolher-me e compartilhar comigo o caminho;

Aos doutores Wilson Lunardi Filho, Clarice Dall'Agnol e Agnes Olschowsky pelas colaborações importantes ao projeto apresentadas no exame de qualificação;

Aos meus colegas de mestrado pela convivência. Estar com cada um de vocês, com certeza me fez uma pessoa melhor;

À Cleciane Simsen, pela companhia nas viagens entre Caxias e Porto Alegre, pela partilha dos momentos de cansaço, de ansiedades e também de risos;

À Terezinha Catelli, pela dedicação e amizade demonstradas ao emprestar-me seus olhos, seus ouvidos e doar seu tempo, auxiliando-me na coleta de dados;

Às enfermeiras participantes do meu estudo, pelo desprendimento, confiança e colaboração. Gostaria de poder nominá-las, porém como isso não é possível, sintam-se reconhecidas individualmente;

À minha família e de forma especial a Walmor e Elaine, meus pais, por entenderem minha ausência em momentos de convívio e por acreditarem em mim;

A todas as pessoas que estiveram comigo na minha trajetória, o meu reconhecimento. Com certeza tem um pouco de cada uma nesse trabalho e no que sou hoje.

À todos nós fica um pedido:

Sejamos atentos, pois

“a vida retira-se de cada vez que a preocupação com o que morre é maior do que a preocupação com o que vive” (COLLIÈRE, 1989, p. 238).

RESUMO

O estudo tem por objetivo identificar a utilização das tecnologias leves nos processos gerenciais do enfermeiro e sua interferência na produção do cuidado. Entende-se por tecnologias leves as tecnologias das relações, como o acolhimento, o vínculo, a autonomização, responsabilização, entre outros. Trata-se de um estudo de caso de abordagem qualitativa, cujos sujeitos do estudo foram enfermeiros do setor de internação de um hospital geral. A coleta de dados foi realizada através da observação livre, no período de dezembro de 2002 a fevereiro de 2003 e os dados foram analisados através da abordagem dialética e classificados em estruturas de relevância. A análise de dados permitiu identificar o acolhimento e o vínculo como tecnologias leves presentes no universo gerencial do enfermeiro. No entanto, foram observadas também situações de não acolhimento e ausência de vínculo, tendo em vista que o uso das tecnologias leves acontece de forma distinta para os diferentes sujeitos envolvidos nos processos de trabalho, assim como nos diferentes momentos de interações entre eles. Esse fato imprime características dinâmicas, de irregularidade e contraditoriedades nos processos de trabalho em saúde, assim como no cuidado enquanto resultado esperado desses processos. Concluiu-se que o enfermeiro produz e promove o cuidado humanizado ao utilizar as tecnologias leves. São propostas intervenções direcionadas a possibilitar reflexões pertinentes aos processos de trabalho, com o objetivo de subsidiar os processos gerenciais do enfermeiro com elementos úteis à humanização do cuidado.

Descritores: cuidados de enfermagem/ organização e administração; serviços de enfermagem; administração de serviços de saúde; relação enfermeiro – paciente.

ABSTRACT

This study aims the identification of the use of soft technologies in the management process of the nurses and its interference in producing care. It is understood by soft technologies: the technologies of the relationships, as the welcoming, the link, autonomy, responsibility, among others. This is a study of a qualitative case, in which the individuals involved were nurses in a sector of hospitalize of a public hospital. The data collection was the result of free observation, during the period of December 2002 to February 2003 and were analyzed through a dialectics view and classified in relevant structures. This analysis allowed the identification of the welcoming and the link with the soft technologies present in the management universe of the nurse. However, situations of non welcoming and absence of a link were observed, since the use of soft technologies happens in distinct ways for different kinds of the individuals involved in the work process, as well as in different moments of interaction among them. This fact shows dynamical features, of irregularities and contradictories in the processes of health works, as well as in the care, as an expected result of those processes. It was concluded that the nurse creates and promotes a humanized care with the use of soft technologies. Some actions were proposed in order that important reflections upon the work process be possible, with the aim of subsidizing the management processes of the nurse with useful elements for the humanized care.

Descriptors: *nursing care / organization and administration; nursing services; health services administration; nurse – paciente relations.*

RESUMEN

Este estudio tiene por objetivo la utilización de tecnologías livianas en los procesos gerenciales del enfermero y su interferencia en la producción del cuidado. Es entendido por tecnologías livianas de las relaciones el acogimiento, vínculo, autonomización, responsabilización entre otros. Tratase de un estudio de caso de abordaje de la calidad, cuyos individuos del estudio eran enfermeros de un sector de internación de un hospital general. La coleta de datos fue realizada a través de una observación libre, desde Diciembre de 2002 hasta Febrero de 2003 y esos datos fueron analizados a través de un abordaje dialéctico e clasificados en estructuras de relevancia. El análisis de datos permitió identificar el acogimiento y el vínculo como tecnologías livianas presentes en el universo gerencial del enfermero. Mientras tanto, fueron observadas también situaciones de no acogimiento y ausencia de vínculo, una vez que el uso de las tecnologías livianas acontece de forma distinta para los diferentes individuos involucrados en los procesos del trabajo, así como en los diferentes momentos de internaciones entre ellos. Ese hecho imprime características dinámicas, de irregularidades e contradicciones en los procesos de trabajo de la salud, así como en el cuidado en cuanto resultado esperado de esos procesos. Fue concluido que el enfermero produce e promueve el cuidado humanizado al utilizar las tecnologías livianas. De esta manera, están siendo sugeridas intervenciones dirigidas para posibilitar reflexiones pertinentes a los procesos de trabajo, con el objetivo de subsidiar los procesos gerenciales del enfermero con elementos útiles a la humanización del cuidado.

Descriptores: *atención de enfermeira/organización e administración; servicios de enfermeira; administración de los servicios de salud; relaciones enfermeiro – paciente.*

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 A CONSTRUÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO E SUA FUNDAMENTAÇÃO	
TEÓRICA	21
2.1 PROCESSOS DE TRABALHO EM SAÚDE	21
2.2 TECNOLOGIAS EM SAÚDE	32
2.3 GERENCIAMENTO DO CUIDADO	40
2.4 OBJETIVO	47
3 METODOLOGIA	49
3.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO	49
3.2 EXPLORAÇÃO DO CAMPO	50
3.3 LOCAL DO ESTUDO	51
3.4 O TRABALHO DE CAMPO	54
3.5 ANÁLISE DOS DADOS	60
4 A UTILIZAÇÃO DAS TECNOLOGIAS LEVES NOS PROCESSOS GERENCIAIS	
DO ENFERMEIRO	62
4.1 O ACOLHIMENTO NOS PROCESSOS GERENCIAIS DO ENFERMEIRO	64
4.1.1 A centralidade dos indivíduos nos processos de trabalho	65
4.1.2 A escuta e a resolutividade das ações do enfermeiro	76
4.1.3 Respeito ao indivíduo, a sua historicidade e autonomia	82
4.2 O VÍNCULO E OS PROCESSOS GERENCIAIS DO ENFERMEIRO	93
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	103

REFERÊNCIAS	111
ANEXO - APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	117
APÊNDICE - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	118

1 INTRODUÇÃO

O contexto atual, caracterizado por rápidas mudanças, está exigindo dos indivíduos, das organizações e estabelecimentos¹ nos diferentes segmentos da sociedade, respostas diferenciadas no que diz respeito à efetividade dos serviços prestados. Na área da saúde, e mais especificamente no âmbito da enfermagem, essa efetividade parece estar associada, não só a macro resultados sociais, econômicos e políticos, como também e principalmente às questões do micro espaço pertinente ao cotidiano. Esse espaço em que ocorre a relação do enfermeiro com o usuário e com outros profissionais de diferentes equipes existentes no cenário hospitalar constitui e imprime determinadas características no processo de trabalho da enfermagem.

É importante considerar que muitas situações relativas à problemática do trabalho em enfermagem acompanham minha trajetória profissional e delas decorrem inúmeras inquietações, que se transformaram em temática para este estudo. Entre elas estão: a insistência de alguns enfermeiros em perpetuarem a concepção dicotômica entre o cuidar e o administrar; a visualização da prática administrativa desses profissionais ainda muito burocratizada e tecnicista, com pouco potencial crítico sobre esse aspecto; a dificuldade dos enfermeiros em lidarem com suas equipes, a dificuldade dos enfermeiros e das equipes em lidarem com o

¹ Tendo em vista a pouca utilização do termo estabelecimento e a existência de diferentes entendimentos no que se refere também à utilização dos termos instituições e organizações, foi adotado o referencial de Barembliit (1998) para enquadrar o hospital - espaço de pesquisa desse trabalho – como estabelecimento. Barembliit considera que instituição é uma lógica, uma série de prescrições ou leis que informam, dão sentido, objetivos e direção às organizações. Por sua vez, uma organização está composta por unidades menores, de naturezas diversas, que são os estabelecimentos. Transpondo isto para a área da saúde, o hospital é um estabelecimento que faz parte de uma grande organização, o Ministério da Saúde, que por sua vez realiza uma grande instituição que é a Instituição da Saúde.

usuário no sentido de atenderem suas reais necessidades; a deficiência na comunicação existente nas práticas de enfermagem e na área da saúde como um todo; falta de envolvimento/comprometimento por parte de alguns enfermeiros, técnicos e auxiliares com o resultado final da assistência; preocupação dos graduandos em enfermagem ao se depararem com os conteúdos das disciplinas de Administração aplicada à Enfermagem como se fossem um mundo à parte ou um apêndice aos conteúdos direcionados à instrumentalização do cuidado.

Essas inquietações trazem à tona a inadequação, existente em algumas situações inerentes aos processos de trabalho em saúde, direcionando para a necessidade de mudanças do contexto que contemplem o usuário como centro e o trabalho coletivo como o grande sustentador desse processo, nele estando incluso o trabalho de enfermagem.

Relativo ao trabalho da enfermagem, Alves (1998) salienta que o cuidado direto ao usuário, prestado por enfermeiros, é fato raro nos serviços de saúde brasileiros. Para isso, os argumentos vão desde a insuficiência de profissionais no mercado, incapacidade financeira das organizações de arcar com o custo do profissional e até mesmo resistência do enfermeiro em executar o trabalho que é realizado por técnicos e auxiliares.

De forma complementar, Peduzzi (1998) aponta para o fato de que ao enfermeiro cabe a responsabilidade de garantir a qualidade de assistência prestada pelos auxiliares e técnicos de enfermagem. Pires (1998), refere-se a esse assunto salientando que o enfermeiro faz a gerência do trabalho dos demais membros da equipe.

Essas idéias apontam para um trabalho em que o enfermeiro atua além da relação individual com o usuário, deixando transparecer o caráter coletivo e de

responsabilização do enfermeiro também pelas atividades dos demais componentes da equipe de enfermagem. Diante disso, considero que, na maioria dos cenários de saúde brasileiros, os enfermeiros fazem a gerência² da assistência ou do cuidado.

No entanto, o chamamento cada vez mais acentuado para os aspectos de gerenciamento ainda imprime um estado de conflito, de inadequação e impotência em alguns profissionais, pela constatação de que o seu trabalho possui múltiplas dimensões.

Nas dimensões relativas ao gerenciamento e ao cuidado, esse conflito parece ter origem em duas concepções. A primeira que se relaciona à manutenção de um cuidado quase que ilhado ou sacralizado, partindo muitas vezes de ações mecanizadas, fragmentadas, mais individuais do que coletivas, com ênfase na ação direta do profissional com o usuário, desconectada, muitas vezes, de uma reflexão prévia ou mais ampla, e de um envolvimento maior com a continuidade e com o contexto em que esse cuidado ocorre.

A segunda concepção diz respeito à forma de administração também mecânica, direcionada, tendo como foco o funcionamento dos setores dos estabelecimentos hospitalares e dos seus recursos, como se esses contemplassem um fim em si mesmos e não fossem sustentáculos e meios para a produção e manutenção do cuidado.

Apesar dessas considerações, o enfermeiro está transpondo esse paradoxo, de forma lenta, porém persistente, sendo essa afirmação também enfatizada por

² As palavras administração, gerência e gestão aparecem em ordem cronológica ao longo dos tempos, e ainda hoje são utilizadas, em algumas instâncias, como sinônimos (MOTTA, 1995). No entanto, especificamente na área da saúde brasileira existe uma clara distinção dos termos gestão e gerência. Gestão é a apropriação do comando de um Sistema de Saúde e gerência consiste em ter a responsabilidade pela administração de uma unidade ou órgão de saúde que presta serviço ao sistema. (BRASIL, 1996). Dessa forma o termo GERÊNCIA será utilizado por ser pertinente à atividade do enfermeiro na instância de um setor hospitalar - cenário de investigação deste trabalho.

Ferraz (1995), ao afirmar que nas últimas décadas as práticas administrativas do enfermeiro estão estabelecendo relações orgânicas - integradas com o cuidado. Parece-me que os desajustes ainda existem em função de uma idealização da profissão do enfermeiro que está aquém da nossa realidade social, tendo em vista que na atualidade são necessários profissionais que, ao mesmo tempo entendam profundamente do cuidado, mas que saibam garanti-lo e executá-lo, não só à beira de um leito hospitalar, mas em todas as instâncias do processo de trabalho em saúde.

Para tanto, é importante salientar que o cuidado é concebido nesta pesquisa,

como um ato individual que prestamos a nós mesmos, desde que adquirimos autonomia mas é, igualmente, um ato de reciprocidade que somos levados a prestar a toda a pessoa que, temporariamente ou definitivamente tem necessidade de ajuda (COLLIÈRE, 1998, p.235).

No âmbito da reciprocidade aparece o cuidado profissional – o cuidado de enfermagem, que necessita cada vez mais situar-se no contexto da VIDA, que lhes dá seu real significado. Mais especificamente deve situar-se no processo de vida e morte diante do qual o homem, ou grupos humanos são colocados a cada dia, durante toda a sua existência. Para a sustentação desse contexto de VIDA é necessário considerar duas formas de cuidado: os cuidados habituais e cotidianos relacionados à manutenção e desenvolvimento da vida e os cuidados de reparação ou tratamento da doença (COLLIÈRE, 1989). Saliento que, esse último impregnou de tal forma os ambientes próprios ao cuidado em função do modelo bio-médico de assistência que, embora com algumas flexibilizações, ainda é realizado isolando o indivíduo do seu meio, do seu grupo de inserção e até mesmo de si próprio.

A atenção a esses aspectos é de fundamental importância ao ser considerado o gerenciamento do cuidado, tendo em vista que os dois tipos de cuidado não se

excluem mutuamente. Ambos devem ser foco das ações gerenciais do enfermeiro e constantemente considerados diante às situações que exigem prestação de cuidados.

Para dar conta desse cuidado o enfermeiro deve inserir-se nos espaços que lhe dizem respeito, quer seja junto ao usuário ou às equipes de saúde, de forma consciente e direcionada às necessidades específicas dos sujeitos para que sejam considerados/cuidados em sua totalidade e não apenas em suas partes.

É urgente a reorganização da lógica do gerenciamento em enfermagem, que não cabe mais dentro da visão taylorista de administração³ e no modelo de assistência guiado principalmente pelas expectativas médicas e institucionais, assim como pelas expectativas dos próprios enfermeiros. Essa visão continua incentivando e incorporando, no trabalho da enfermagem, a supervisão, o controle e o exercício do poder, não como meios para o cuidado, mas como fins em si mesmos, acabando por delimitar uma certa exclusão, ou o desempenho de papéis secundários dos usuários e trabalhadores no cenário da saúde.

Essas idéias encontram ressonância em Ferraz (1995) quando salienta que há a necessidade de se operar a des-construção do estilo da gerência científica⁴, apontando para coisas simples e valiosas da enfermagem como elementos dessa des-construção.

³ O termo Taylorismo advém da Teoria Científica da Administração que tem como maior expoente Frederick Winslow Taylor (1856-1915) e como proposta básica o aumento da produção pela eficiência do nível operacional nos processos de trabalho (KURCGANT, 1991). É importante salientar, em função do objeto deste estudo, que os pontos críticos dessa teoria são: o aspecto mecanicista que caracteriza o homem como uma peça de uma engrenagem e não como um ser humano; a não consideração da dimensão expressiva dos grupos e o seu potencial prescritivo e normativo.

⁴ Conforme Ferraz (1995), a gerência científica tem o objetivo de reduzir o trabalho a um aspecto controlável, tornando tudo normatizado, desde a prestação de serviços até o comportamento das pessoas. É uma tática imprimida para exercer um controle eficiente que tenta diminuir ou eliminar os vínculos sociais revelando-se excelente instrumento de dominação.

Concordando com a autora incluo a atenção, a escuta e o reconhecimento efetivos e diferenciados feitos pelo enfermeiro ao usuário e às suas equipes como um exemplo de coisas simples e valorosas. Essas coisas simples, acopladas aos outros conhecimentos existentes na área da saúde podem transformar as práticas mecanicistas e burocráticas em práticas mais sensíveis às necessidades dos indivíduos. Nesse âmbito, o usuário poderá ter um espaço realmente focado no seu cuidado e o trabalhador poderá ter espaços mais dinâmicos, de autonomia, de aprendizado e construção contínuos.

A atenção direcionada à necessidade do indivíduo (cuidador ou ser cuidado) em dar sentido à sua vida, em poder construir-se ao mesmo tempo em que constrói o meio, pode ser um determinante para a humanização do cuidado, pois esse indivíduo ao sentir-se sujeito do processo onde está inserido poderá ir ao encontro da sua própria humanidade, assim como poderá manifestá-la em forma de ações que traduzam o cuidado humanizado.

Neste estudo, o termo humanizado contém a concepção encontrada em Freire (1996, 2000) que considera a humanização como proveniente de uma relação dialógica entre homens que proporcione o desenvolvimento de cada um, na qual a individualidade, as crenças, as características pessoais, a linguagem, entre outras coisas, são respeitadas.

Refletindo um pouco mais sobre esse contexto, questiono: Como podemos falar em cuidado humanizado se perpetuamos a idéia de redução dos sujeitos humanos, quer sejam produtores ou receptores do cuidado, à condição de instrumentos dos estabelecimentos e das organizações, transformados em recursos ou objetos? Podemos afirmar que produzimos cuidado humanizado, sendo que se percebe ainda em muitas realidades que os próprios trabalhadores/cuidadores se

vêm desprovidos dessa dimensão humanizada? Como podemos garantir um cuidado humanizado ao usuário se o próprio cuidador não se vê e não se sente respeitado nessa dimensão?

Sobre esse tema, Campos (1997) ressalta que o desafio da nossa época é governar para produzir sujeitos. E, produzir sujeitos implicaria em deixar que a sensibilidade, o desejo e as necessidades dos mesmos penetrassem em todos os poros da organização de tal forma que todos viessem a sentir respeito, autonomia, justiça, ética e liberdade !

No entanto é importante lembrar que esses atributos são construídos cotidianamente e Lunardi (1998) enfatiza esse aspecto quando afirma que não nascemos éticos e sim, nos tornamos éticos a partir do nosso próprio desenvolvimento. Creio ser possível incluir também o respeito, a justiça, a autonomia e a liberdade nesse olhar pois esses atributos vão crescendo, ou não, conforme o indivíduo transita e coloca-se nos repetidos encontros que tem com outros indivíduos, através de flexibilizações, de ocupação e desocupação de espaços, da aceitação das diferenças, da valorização de potenciais, entre tantas outras coisas.

É possível que a fonte do cuidado humanizado esteja no engajamento do enfermeiro em trabalhar propostas que contenham essa concepção, sendo necessário para isso, que ela seja reconhecida como possível pelos profissionais e considerada enquanto contribuinte na formação de espaços desafiadores, ricos em alternativas e criatividade.

Diante disso é imprescindível a utilização de tecnologias⁵ diferenciadas para as diversas situações que emergem dos processos de trabalho em saúde e que

⁵ O conceito utilizado neste trabalho é o de Mendes Gonçalves (1994,p.32) que define tecnologia como “ um conjunto de saberes e instrumentos que expressa, nos processos de produção de serviços, a rede de relações sociais em que seus agente articulam sua prática em uma totalidade social”.

sejam capazes de aproximar os indivíduos e conduzi-los à busca da satisfação das necessidades existentes.

Sob esse prisma, a utilização de diferentes tecnologias pode qualificar as ações do enfermeiro e proporcionar uma mudança na essência dessas ações que ainda hoje, centralizam-se no “o que” e “como” se faz. É necessário incluir na essência da ação profissional outros dois quesitos traduzidos por “em nome de que/quem” e “porque” as ações são realizadas. Essa inclusão pode imprimir uma performance nas ações do enfermeiro, no sentido de abertura de novas e maiores possibilidade de intervenção na assistência e da concretização do real campo para o cuidado.

Está claro, diante disso, que é necessário um processo diferenciado tanto de gestão quanto de gerenciamento, apoiado em valores mais flexíveis, inovadores e humanos, assim como na integração de novos conceitos e conhecimentos à prática da enfermagem que resultem em espaços mais férteis ao cuidado, que reconheçam e acolham os indivíduos (foco e sujeitos do cuidado), quer sejam eles cuidadores ou seres cuidados.

As questões levantadas conduzem à revisão de conceitos inerentes à profissão e fornecem elementos para análise do exercício profissional, a partir do momento que permite uma visualização ampliada do gerenciamento em enfermagem, com desafios para novas possibilidades do “fazer” e principalmente por não admitir outro foco, que não o indivíduo, como centralidade dos processos gerenciais do enfermeiro.

Para o entendimento e contextualização desses processos gerenciais torna-se necessária uma fundamentação teórica que, além de ampliar a visibilidade do tema, permita discussões de aspectos essenciais para a ação gerencial do

enfermeiro e sua associação com o cuidado humanizado. Dessa forma, os processos de trabalho em saúde, as tecnologias em saúde e o gerenciamento do cuidado serão abordados no próximo capítulo como os pilares fundamentais deste estudo.

2 A CONSTRUÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO E SUA FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Nesse capítulo é apresentada a construção do objeto de estudo e do referencial teórico que lhe dá sustentação.

Os processos de trabalho em saúde, as tecnologias em saúde e o gerenciamento do cuidado são os três tópicos que compõem este capítulo e levam ao entendimento do contexto relativo aos processos gerenciais do enfermeiro.

2.1 PROCESSOS DE TRABALHO EM SAÚDE

Ao abordar os aspectos relativos aos processos gerenciais do enfermeiro são oportunas algumas considerações relativas ao trabalho em saúde, assim como análise e descrição dos espaços do cotidiano, onde ocorrem as relações do enfermeiro com o usuário e com os profissionais pertencentes à equipe de saúde, tendo em vista que os mesmos reproduzem ou modificam os processos de trabalho e os modelos de assistência, dos quais emanam diferentes possibilidades do cuidar.

De forma condensada, porém bastante didática e abrangente, Pires (1999, p.32) explica o processo de trabalho da seguinte forma:

O processo de trabalho dos profissionais de saúde tem como finalidade – a ação terapêutica de saúde; como objeto – o indivíduo ou grupos doentes, sadios ou expostos a risco, necessitando medidas curativas, preservar a saúde ou prevenir doenças; como instrumental de trabalho – os instrumentos e as condutas que representam o nível técnico do conhecimento que é o saber de saúde e o produto final é a própria prestação da assistência de saúde que é produzida no mesmo momento que é consumida.

É importante salientar que, no presente trabalho, há um olhar especial sobre dois dos componentes desse conceito. O primeiro constitui-se da utilização de instrumentais de trabalho, especificamente das tecnologias nas ações gerenciais do enfermeiro e o segundo é o resultado dessa utilização na concretização do cuidado ao usuário.

No sentido de fundamentar e aprofundar o entendimento das definições expostas, cabe salientar que o trabalho pode ser definido como uma ação cotidiana, que coloca homens em relação com outros homens e com a natureza, dentro de um determinado processo social e histórico (MENDES GONÇALVES, 1992).

Peduzzi (1998) acrescenta à essa definição que o trabalho é uma atividade genérico-social quando é útil para os indivíduos, cumpre uma função social e leva em conta a satisfação das necessidades sociais em tempo socialmente necessário para produzi-lo .

Além disso, o trabalho em saúde é considerado como sendo da esfera não material, que se completa no ato de sua realização e portanto a objetividade e a subjetividade lhe são inerentes, tendo em vista que o objeto que o constitui são seres humanos e conseqüentemente as intervenções técnicas (saberes e materiais) serão sempre permeados por relações interpessoais (PIRES,1998; PEDUZZI, 1998).

O trabalho em saúde é visto também como um trabalho em serviços e como tal atende a dois aspectos. O primeiro é o de preservar, respeitar e reconhecer a particularidade, a individualidade, a variabilidade das situações e necessidades dos usuários e o segundo é o de estar de acordo com certas regras, regulamentos e valores gerais, sendo oportuno salientar que somente será bem sucedido se produzir o equilíbrio entre os dois aspectos. Dentro dessa visão, as práticas de saúde têm um caráter peculiar , podendo ser feita uma distinção entre processo de trabalho e

processo de produção. Enquanto processo de produção diz respeito ao âmbito macroestrutural, o processo de trabalho diz respeito ao âmbito microestrutural, relacionando-se com a esfera da ação humana, da realização concreta, do exercício cotidiano do trabalho (PEDUZZI, 1998).

As abordagens feitas podem ser facilmente associadas com a concepção de Merhy (1997a) que considera o processo de trabalho um jogo entre produção, consumo e necessidades dos indivíduos e que na área da saúde, de forma muito particular, produz atos de saúde que perseguem a produção do cuidado.

O mesmo autor salienta que os processos de trabalho, embora tenham bases mecanicistas, possuem resultados que dependem das relações entre os indivíduos e, sendo assim, considera os processos de trabalho como resultado da interação de dois componentes, os quais denomina: trabalho vivo e trabalho morto.

O trabalho vivo situa-se na dimensão do cotidiano e constitui-se das ações propriamente ditas executadas pelos trabalhadores de saúde na sua relação com o usuário. O trabalho vivo faz parte do trabalho que é instituinte, ou seja, aquele que estabelece, que cria, que está em processo e em ação. Nessa dimensão são operacionalizadas as noções de autonomia e auto-governo dos indivíduos, pois o trabalhador de saúde pode simplesmente fazer uso do que lhe é apresentado ou então exercer variações sobre aquilo que lhe é dado. No trabalho vivo há a preservação de um espaço de julgamento, de decisão, de processo reflexivo, de integração, de intencionalidade, de utilização de saberes específicos para situações em particular que se apresentam na atenção ao usuário (MERHY 1997a; PEDUZZI, 1998).

O trabalho morto, por sua vez, é composto por todos os elementos que estão envolvidos nos processos de trabalho, como ferramentas ou matéria-prima, assim

como também por componentes vinculados ao saber e ao modo de atuar dos profissionais envolvidos no trabalho e é resultado de um trabalho humano anterior. O conjunto dos componentes citados definem a dimensão tecnológica do trabalho morto, porém o saber e o modo de atuar dos indivíduos dão sentido ou não à razão instrumental do equipamento utilizado (MERHY, 1997a).

Embasado nas idéias expostas, o processo de trabalho em saúde caracteriza-se como um espaço de relação e de movimento constante entre o trabalho morto e o trabalho vivo, onde ambos são concomitantemente condicionantes e condicionados. O cuidado, por sua vez, enquanto parte desse processo e reconhecido como uma relação usuário/trabalhador, concretiza-se no espaço do trabalho vivo.

Esse entendimento é fonte de preocupação no momento em que é feita a sua associação com a humanização do cuidado, tendo em vista que nos espaços do trabalho vivo ainda estão presentes os resquícios mecanicistas, fragmentados, e bem estruturados que demonstram uma certa invasão, impregnação ou soberania do trabalho morto sobre o vivo. Em muitas circunstâncias o trabalho enquadra-se como vivo apenas por se caracterizar na relação direta usuário/trabalhador, porém continua tendo uma sustentação tecnológica provinda do trabalho morto. A utilização de equipamentos e técnicas como ponto máximo da terapêutica, algumas rotinas dissociadas das necessidades dos usuários e os trabalhos individualizados de diferentes profissionais ainda existentes em alguns estabelecimentos hospitalares podem ser citados como exemplo.

A esse respeito Merhy (1997a) salienta que o auto-governo, citado anteriormente, está marcado pela ação do trabalho vivo em ato dos trabalhadores de saúde sobre o que lhe é ofertado como trabalho morto e as finalidades que perseguem. Ainda alerta para o fato de que o trabalho morto

inclusive captura o trabalho vivo em ato, de tal modo que ele pode não conseguir exercer nenhuma ação de forma autônoma, ficando , assim, completamente amarrado na lógica do trabalho morto expresso por algumas das dimensões tecnológicas (MERHY, 1997a, p.84-85).

O mesmo autor acrescenta que o trabalho vivo estará sendo não só comandado por uma parte do trabalho morto contido no universo tecnológico, como também pelo modo como se constroem socialmente as necessidades dos usuários e as maneiras de satisfazê-las. Segundo ele, embora o trabalho vivo em ato esteja sendo quase que plenamente capturado por forças instituídas, ainda tem espaço para exercer variações por se tratar de um trabalho que acontece no exato momento em que ocorre a relação usuário/trabalhador, onde inevitavelmente aparece o campo da subjetividade humana.

Nesse aspecto, as diferenças individuais, os diferentes níveis de atenção à saúde, as diferentes dimensões do conhecimento e as diferentes tecnologias/instrumentos que deveriam servir para a construção de processos de trabalho dinâmicos, flexíveis e criativos, ainda não estão sendo satisfatoriamente utilizados nas situações do cotidiano, não sendo consideradas quer seja em nível de gerenciamento ou em nível individual (usuário ou trabalhador de saúde), como aspectos positivos para a construção de melhorias de processos de trabalho que possam contribuir para o cuidado humanizado.

A prática nos mostra isso através do não aproveitamento, por parte do enfermeiro, das ricas oportunidades de melhorias, resolutividade e crescimento pessoal e profissional existentes nas relações cotidianas, resultantes dos vários encontros feitos com o usuário e com a equipe. Os contatos, embora possam acontecer entre os mesmos indivíduos, se fazem em momentos e situações diferentes, sendo portanto, sempre novos. O que parece estar fixo na ação

profissional é a defasagem de atualização e contextualização dos diferentes momentos. Parece haver uma dificuldade, uma acomodação e uma certa passividade de alguns profissionais diante da necessidade de reciclar a sua prática, de buscar novas tecnologias, novas formas de fazer e principalmente novas formas de ser no trabalho. Essa dificuldade normalmente aparece através de posicionamentos conservadores, normóticos⁶ e verbalizações como “sempre foi assim” , “sempre funcionou dessa maneira ”, entre outras tantas .

Esses posicionamentos são provenientes de uma mescla de fatores, incluindo a subjetividade dos profissionais, os resquícios da historicidade da profissão de enfermagem marcada entre tantas outras coisas pela subalternidade, e ainda outras que advêm de questões organizacionais e dos modelos de assistência e administrativos impressos nos estabelecimentos de saúde.

Sobre esse aspecto, Merhy (1997a) alerta para o fato de que, determinados tipos de organizações (estabelecimentos) têm como missão controlar o auto-governo dos indivíduos, com o receio de que haja uma alteração na lógica de seu funcionamento. Ao mesmo tempo enfatiza que a construção de tecnologias para a ação do trabalho vivo em ato, assim como para a gestão desse trabalho, abrem espaços interrogadores e de ruptura dos processos institucionalizados, transformando o processo de trabalho em lugar estratégico de mudança. Enfatiza ainda, que a gestão seria o campo tecnológico capaz de dar plasticidade às organizações no sentido de elaboração de soluções condizentes para cada problema novo que possa surgir.

É relevante nesse momento, fazer a associação do exposto pelo autor com a realidade e prática do enfermeiro, que atua preponderantemente na gerência de

⁶ Normose: forma empobrecida, acomodada, alienada, pouco consciente dos indivíduos se colocarem diante da vida (CREMA, 1995).

unidades ou setores de estabelecimentos de saúde. Nesse aspecto é importante também considerar o papel do profissional nessa questão e salientar que nem sempre os enfermeiros estão aptos ou têm o desejo de romperem com os processos institucionalizados. Deve-se levar em conta que os aspectos concretos e estruturados dão segurança aos indivíduos, sendo próprio aos seres humanos o receio e a resistência em se desestabilizarem e lançarem-se rumo a novos caminhos.

Feitas essas considerações cabe também fazer referência às definições utilizadas no presente trabalho, pois os termos gestão e organizações nos deixam um pouco distantes da concretude necessária para a construção de novos processos de trabalho. Esses termos nos reportam para uma dimensão macro estrutural, ampla, e que, mesmo baseadas nas necessidades de saúde existentes nos diferentes contextos de ação, aparecem muitas vezes distantes, ou com pouca força de penetração no cotidiano.

As diretrizes advindas dessas instâncias ,como por exemplo, os programas e políticas de saúde provenientes do Ministério da Saúde ou mesmo aqueles elaborados em níveis regionais e locais assim como as políticas próprias de cada estabelecimento de saúde, são vitais e imprescindíveis para a fundamentação e sustentação das ações em saúde, porém não são suficientes para a concretização das mudanças que se fazem necessárias quando se quer produzir cuidado humanizado. É necessário passar essas diretrizes para o corpo dos estabelecimentos de saúde, através do pensamento, do sentimento e das práticas cotidianas dos trabalhadores em saúde e nesse aspecto, o espaço gerencial ocupado pelo enfermeiro nos estabelecimentos é de fundamental importância.

O enfermeiro, em decorrência da inserção que tem nos processos de trabalho, pelo seu potencial polivalente, mediador e articulador, é um dos profissionais da equipe de saúde que vivencia a construção, as repercussões e resultados do trabalho vivo em ato. Ficam no entanto alguns questionamentos: por que ele ainda não é capaz de explorar com mais intensidade o trânsito e a representatividade que tem de uma ponta a outra do sistema de saúde (desde o cuidado direto ao usuário até os processos de gerenciamento e gestão) atuando e investindo na qualificação do trabalho vivo em ato, na utilização e construção de novas tecnologias? Por que não incorpora de vez o papel fundamental que exerce na organização e estruturação dos processos de trabalho em saúde – cenário onde acontece o cuidado?

Esses questionamentos trazem à tona também um outro aspecto importante na determinação de processos de trabalho em saúde, que é o da construção coletiva, no qual o enfermeiro também tem papel preponderante por ser o articulador dos processos de trabalho em saúde. O enfermeiro é o profissional que interage sistematicamente com todas as categorias profissionais que fazem parte dos processos de trabalho em saúde, concentrando em si, na grande maioria das vezes a centralidade da organização desses processos. Não é raro também o fato de que ele seja o ponto de convergência e distribuição de informações para o usuário, para a grande maioria dos profissionais da equipe de saúde, assim como para os diferentes setores/serviços que fazem parte do universo hospitalar.

Para Pires (1999, p.32)

o trabalho em saúde é hoje majoritariamente um trabalho coletivo, realizado por diversos profissionais de saúde e diversos profissionais ou trabalhadores treinados para realizar uma série de atividades necessárias para a manutenção da estrutura institucional.

Já Peduzzi (1998), ao falar em construção coletiva do trabalho inclui a necessidade dos indivíduos nessa construção. Enfatiza que o processo de trabalho acontece em uma rede de processos que se alimentam reciprocamente e que é impulsionada pelas necessidades dos indivíduos, criando-se dessa forma, uma linguagem coletiva das ações do trabalho, a qual é capaz de manter ou transformar o ambiente, produzindo produtos esperados ou não.

No entanto, Vaz (1999) pontua a existência de um problema nos processos de trabalho coletivos: o coletivo está fragmentado e dessa forma fragmenta também o trabalho. Salaria ainda que a reunificação do trabalho só poderá ser feita pela complementaridade consciente das atividades, ainda que cada trabalhador executando uma parte do trabalho total.

Está claro que a utilização dos espaços do trabalho em saúde por diferentes profissionais e o encadeamento de suas ações são uma realidade e caracterizam o trabalho em saúde como um trabalho coletivo. Porém, esse trabalho na sua essência resume-se ainda, em muitas instâncias, na prática simplista de um conjunto de pessoas trabalhando no mesmo espaço. Os objetivos desse trabalho ainda são regidos por pontos de vista, necessidades e interesses particularizados dos trabalhadores, a sua linguagem não é unificada, assim como os seus resultados aparecem fragmentados, ficando aquém do esperado para a concretização do verdadeiro trabalho coletivo que implica em participação, comunicação e continuidade de ações efetivas.

Após essas considerações alguns questionamentos são oportunos, sendo o primeiro relacionado às necessidades dos indivíduos, entendendo-as como carências pertinentes a eles, social e historicamente determinadas/construídas e que

só podem ser captadas e trabalhadas em sua dimensão individual (STOTZ⁷ *apud* CECÍLIO, 2001).

E, quando se fala em trabalho em saúde, de quais necessidades falamos? Quais os indivíduos são considerados em suas necessidades dentro dos processos de trabalho em saúde? Embora tenha claro que o usuário tem suas necessidades alinhadas ao objetivo final do processo de trabalho em saúde e que as necessidades dos trabalhadores também aparecem e interferem nas relações que definem os processos de trabalho e seus resultados, esses fatores não aparecem sedimentados de forma adequada dentro do trabalho coletivo, tendo em vista que as necessidades de alguns indivíduos envolvidos nesse processo (usuários e trabalhadores) continuam não sendo satisfeitas de forma contínua e adequada, existindo inclusive equívocos de interpretação da satisfação dessas necessidades.

As necessidades inseridas nos processos de trabalho em saúde aparecem no espaço intercessor construído entre o usuário e o trabalhador de saúde (produtor do ato) onde “o trabalhador vem instituindo necessidades e modos capturados e em processo de ‘captura’ de agir e o usuário também. Nesse momento temos o encontro de negociação, em ato, dos encontros de necessidades” (MERHY, 1997a, p.88. grifo do autor).

O segundo grupo de questionamentos relaciona-se com o produto esperado como resultado do trabalho em saúde, o que está diretamente alinhado aos questionamentos anteriores. O produto esperado é o mesmo para todos os profissionais que participam do processo de trabalho em saúde? Este produto tem o

⁷ STOTZ, E. N. **Necessidades de Saúde**: mediações de um conceito (contribuição das Ciências Sociais para a fundamentação teórico-metodológica de conceitos operacionais da área de planejamento em saúde). Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 1991.

mesmo significado para todos os profissionais que auxiliam na sua construção? Este produto – que deveria ser o usuário recuperado e cuidado de forma humanizada – ainda não é comum a todos e a satisfação de suas necessidades ainda vem parcelada e alinhada com a satisfação dos profissionais que com eles atuam, assim como com o cumprimento de aspectos organizacionais, chegando em alguns momentos a serem antagônicas. Relativo a isso podem ser citados como exemplos: o horário dos banhos na rotina hospitalar desarticulada muitas vezes do horário que o usuário costuma tomar banho no domicílio, acordar o usuário que acabou de conciliar o sono para dar o remédio para dormir, horários de refeições não condizente com as rotinas diárias do usuário, entre tantos outros que poderiam ser citados.

Especificamente na enfermagem, está sendo preconizado como produto esperado, o usuário cuidado de forma humanizada. Esse cuidado provém, como já foi citado, da relação do trabalhador com o usuário no exato momento em que ela ocorre. No entanto, para que seja produzido um cuidado dessa natureza através de processos de trabalho, é oportuno também considerar a atenção contínua ao usuário, provinda da sucessividade de relações trabalhador/usuário enquanto existirem necessidades deste último a serem supridas. Para isso se faz necessária a transversalidade de determinadas ações dos trabalhadores de saúde, tais como as direcionadas a resolutividade, ao acolhimento, ao vínculo, entre outras, assim como a garantia do encadeamento das várias e diferentes relações entre trabalhador/usuário e trabalhador/trabalhador que ocorrem no cuidar, que são interdependentes em função de um produto que é comum e que vêm compor e caracterizar o trabalho coletivo.

2.2 TECNOLOGIAS EM SAÚDE

Na dinâmica da evolução da sociedade, as mudanças das necessidades dos indivíduos que surgem em consonância com os diferentes momentos históricos, aparecem como impulsionadoras para a criação de novas tecnologias, as quais no momento em que passam a existir impactam diretamente nos processos de trabalho das diferentes organizações sociais.

A criação de novas tecnologias insere-se no que Mendes Gonçalves (1994) define como desenvolvimento tecnológico, que vem a ser o processo através do qual novos meios de trabalho, mais produtivos (que levam à produção de maior número de produtos em menor espaço de tempo) e ou mais eficazes (que proporcionem resultados capazes de permitir um maior grau de controle do homem sobre a natureza) são criados através do conhecimento científico, e sobretudo do novo conhecimento científico sobre as técnicas de produção.

As diferentes possibilidades tecnológicas, assim como o desenvolvimento tecnológico devem ser contempladas constantemente no cotidiano dos estabelecimentos de saúde no sentido da busca de resultados mais efetivos das ações, evitando a estagnação dos profissionais ou a prática de ações de saúde vazias de significado ou insuficientes para a satisfação dos usuários.

Através do desenvolvimento tecnológico acontece uma transição natural quanto à sua utilização e inserção nos ambientes de trabalho e, a esse respeito, Merhy (2002) salienta que as transições tecnológicas têm imprimido alterações significativas nos processos de trabalho ao longo dos tempos, com representatividade também na área da saúde. Essas alterações são evidenciadas

através de características do parcelamento dos processos de trabalho, no perfil e na qualificação dos trabalhadores e nas variações do mercado de trabalho.

Dentro dessa concepção Merhy (2002, p.49) classifica as tecnologias envolvidas no trabalho em saúde como:

leves (como no caso das tecnologias de relações do tipo produção de vínculo, autonomização, acolhimento, gestão como uma forma de governar processos de trabalho), leve-duras (como no caso de saberes bem estruturados que operam no processo de trabalho em saúde, como a clínica médica, a clínica psicanalítica, a epidemiologia, o taylorismo, o fayolismo) e duras (como no caso de equipamentos tecnológicos do tipo máquinas, normas, estruturas organizacionais).

No entanto, no presente trabalho, será dado ênfase especial ao entendimento das tecnologias leves, tendo em vista que as mesmas podem ser um fator que venha a interferir, enquanto ferramenta gerencial do enfermeiro, para a qualidade do cuidado prestado aos usuários dos serviços de saúde. A utilização de tecnologias leves estabelece momentos de intercessão entre trabalhadores e usuários concretizando ou não, a real possibilidade de reconhecimento e satisfação das necessidades dos indivíduos.

Merhy (2002), reforça que a reestruturação produtiva na área da saúde acompanha as interações que o modelo médico hegemônico vem sofrendo pelas mudanças operadas pela introdução de novos equipamentos. Essa entrada de equipamentos não anula momentos singulares do trabalho em saúde, insubstituíveis como as dimensões típicas da produção do ato cuidador e das interações gerenciais.

Dentro dessa lógica, convém salientar que, especificamente na área da saúde a entrada de equipamentos, denominada de tecnologia dura, nos processos produtivos em saúde, sob a modelagem de gestão médico-hegemônica não mais

provoca reestruturação produtiva e nem compõe uma transição dos modelos produtivos e assistenciais. Ao contrário, a transição tecnológica

busca atingir o núcleo tecnológico do trabalho vivo em ato, na sua capacidade de produzir novas conformações dos atos de saúde e o seu lugar na construção de processos produtivos, descentrando o trabalho em saúde até mesmo dos equipamentos e dos especialistas (MERHY, 2002, p.31).

O autor continua salientando que é necessária uma mudança substancial nas configurações tecnológicas, que sustente os processos produtivos e que alterem não periféricamente a composição da força de trabalho, mas sim centralmente, visto que levam à produção de novos produtos. A essa configuração ele denomina de tecnologias não-equipamentos que compreendem o universo das tecnologias leves e das tecnologias leve-duras. As tecnologias leves permitem operar os processos relacionais entre o trabalhador de saúde e o usuário e as tecnologias leve-duras dizem respeito aos saberes estruturados que operam nos processos.

Emerson Merhy já em 1997 afirmava que seria possível conseguir através da análise das interfaces dos sujeitos instituídos nos processos de trabalho, de seus métodos de ação e do seu modo de se interseccionarem, uma nova compreensão das tecnologias em saúde, que poderiam ser construídas na ação propriamente dita do trabalho vivo em ato e mesmo de gestão desse trabalho (MERHY, 1997a).

Nessa nova compreensão de tecnologias situa-se a tecnologia leve, conceituada como sendo

a tecnologia de (e das) relações – dos intercessores, no interior dos processos que podem gerar alterações significativas no modo de se trabalhar em saúde [...] sob uma ótica analisadora pautada pela ética do compromisso com a vida e expressa em ato nas dimensões assistenciais do trabalho vivo em saúde, como a relação de acolhimento, a criação do vínculo, a produção da resolutividade e a criação de maiores graus de autonomia, no modo das pessoas andarem na vida (MERHY, 1997a, p.105).

O trabalho vivo, devidamente reconhecido, é, e pode ser ainda de forma mais efetiva, fonte de quebra, de evasão e esvaziamento dos processos instituídos e

reducionistas existentes nos processos de trabalho em saúde, podendo conduzir a um modelo de assistência verdadeiramente centrado no usuário. Nesse contexto, as tecnologias leves merecem ênfase especial pelo fato de não serem dissociadas do trabalho vivo em ato e, especificamente por esse motivo, serem tecnologias potentes para a concretização e sustentação de um novo modelo de assistência que venha a contemplar um cuidado humanizado.

Ao falar em cuidado humanizado é imprescindível associá-lo às questões relativas ao acolhimento e vínculo enquanto tecnologias potentes para a sua concretização.

Ramos (2001), ao estudar o acolhimento em rede básica de saúde define-o como uma postura que o trabalhador em saúde deve procurar desenvolver no sentido de colocar-se no lugar do usuário, atendendo suas necessidades e direcionando-as quando necessário, para pontos do sistema capazes de resolvê-las. Acrescenta que o acolhimento é responsabilidade de todos os profissionais.

O conceito de acolhimento em unidades intra-hospitalares pode ser descrito da mesma forma, sendo oportuno no entanto, refletir a respeito de que ele deve ser constantemente revisitado em sua essência, não apenas como conceito, mas sim como tecnologia possível de ser praticada. Talvez esse revistar seja mais imperioso na área hospitalar pelo fato de que o usuário permanece vinte e quatro horas diárias dentro do serviço, exigindo dos profissionais interações constantes.

É importante também considerar que o acolhimento contribui para a criação de vínculos entre os indivíduos. O vínculo contém na sua essência, segundo os princípios do Sistema Único de Saúde, a ligação estabelecida entre o usuário e o trabalhador e acontece quando o trabalhador / equipe conhece os usuários, seus familiares, sua inserção na comunidade e seu ambiente; acontecendo o mesmo

quando o usuário identifica, conhece e vincula-se a uma equipe ou a um profissional (CAMPINAS,2003).

Diante do exposto, fica claro que o uso das tecnologias leves contempla a existência de um objeto de trabalho dinâmico, em contínuo movimento, não mais estático, passivo ou reduzido a um corpo físico. Dessa forma, exige também dos profissionais inseridos nos processos de trabalho, e de forma muito especial do enfermeiro, uma capacidade diferenciada no olhar concedido a esse objeto, a fim de que percebam essa dinamicidade e pluralidade, que desafiam os sujeitos à criatividade, à escuta, à flexibilidade e ao sensível.

É inegável a existência de uma determinação recíproca entre instrumento e objeto de trabalho (indivíduo com suas necessidades) e a

busca de instrumento adequado para a realização do trabalho na saúde inicia pela apreensão e compreensão da necessidade apresentada, de modo que o processo de trabalho originado daí seja determinado para a realização daquilo que possa satisfazer tal necessidade (LEOPARDI, 1999, p.73).

A esse respeito, Mendes Gonçalves (1992) fundamenta que os instrumentos de trabalho não são naturais, são construídos historicamente pelo sujeito que assim entende sua possibilidade de intervenções sobre o objeto. Dessa forma, se o objeto muda em suas necessidades, as intervenções do trabalhador também devem mudar.

Salienta ainda que os instrumentos ditos tecnológicos só ganham existência concreta no trabalho enquanto expressam relações estabelecidas entre os objetos sobre os quais trabalha. A adequação dessa relação não se encontra na eficácia útil e produtiva dos instrumentos, mas sim nas relações sociais de produção organizada por intermédio das quais os homens modificam a natureza e a história, sendo que o saber entendido como a posse e a manipulação de objetos de trabalho no seio do processo de produção, é incluído pelo autor como uma tecnologia que organiza a prática de saúde.

Fica claro que não se pode restringir a tecnologia à dimensão constituída pelos instrumentos materiais de trabalho. A tecnologia refere-se aos nexos técnicos estabelecidos no interior do processo de trabalho entre a atividade operante e os objetos de trabalho através dos instrumentos utilizados para a concretização do mesmo (MENDES GONÇALVES, 1994).

Essa contextualização faz emergir o fato de que para abordar tecnologias em saúde alinhadas às necessidades atuais dos usuários e dos próprios serviços de saúde é necessário ir além da dimensão das máquinas e equipamentos, cujo impacto da sua utilização na área da saúde auxilia na garantia e manutenção da vida – bem maior – contemplado por todos os indivíduos, quer sejam usuários ou trabalhadores de saúde, porém não substitui e nem supera outras interações tecnológicas também vitais para a busca da inteireza dos indivíduos participantes do processo.

De forma complementar é importante enfatizar que a tecnologia engloba o processo de trabalho como um todo e, conforme Testa (1992) tem conotações técnicas e sociais, sendo que

Do ponto de vista técnico, consiste na organização do complexo de recursos destinado ao cumprimento de determinada tarefa; isto é, não se trata apenas das maquinarias que entram na composição do instrumento, que se aplica para trabalhar – que é a interpretação habitual do termo – mas do ordenamento recebido pelos diversos instrumentos de trabalho, para o processamento dos materiais de trabalho (TESTA, 1992, p.170).

Do ponto de vista social, o mesmo autor assinala o fato de que a incorporação de nova tecnologia redefine o trabalho em saúde afetando as relações internas da equipe de trabalho, assim como as relações dos profissionais com o usuário. Dessa forma, salienta a existência de uma tecnologia de organização, reportando-se principalmente aos recursos humanos que fazem parte dos serviços de saúde,

considerando a noção de equipe e o tipo de pessoas que atuam na área assistencial.

Embora exista o reconhecimento do forte componente de centralização na figura do médico nas práticas de saúde, ao fazer a observação das relações internas dessas práticas é constatada também a captura de determinadas tecnologias por outros profissionais que não o médico. A própria enfermagem vivencia essa situação nas diferentes especialidades de atuação, assim como nas questões que privilegiam aspectos organizacionais e dentro das próprias equipes, onde é evidenciada na prática, a relação direta dos diferentes status profissionais, mesmo que não explícitos, com a complexidade das tecnologias apreendidas e utilizadas. Como exemplo dessa realidade temos o grande interesse da maioria dos acadêmicos de enfermagem pela alta complexidade clínica e dos equipamentos existentes nos centros de terapia intensiva, assim como a auto-imagem e o reconhecimento elevados dos profissionais que atuam em intensivismo, também pelo domínio clínico e pelo manuseio de equipamentos sofisticados, como se esses fossem os únicos arsenais tecnológicos capazes de responderem às necessidades dos usuários. E aqui cabe salientar um questionamento já feito neste trabalho: as necessidades dos usuários são realmente conhecidas? E se conhecidas, existem ou são utilizadas tecnologias apropriadas para a satisfação das suas diferentes dimensões?

As relações enfermeiro/usuário e enfermeiro/equipe também ficam prejudicadas, pois no contexto já descrito, essas relações, além de serem intermediadas pelos equipamentos, também o são pela engrenagem organizacional normativa e estruturada.

Diante dessa reflexão é possível a visualização do uso restrito das tecnologias leves, apontando para a compartimentalização, a falta de

contextualização, a pouca flexibilidade, o individualismo e certas formas de centralização como determinantes dos processos de trabalho em saúde.

Esses aspectos podem também ser associados com a utilização restrita e limitada dos saberes expressos por Mendes Gonçalves (1994, p. 68) ao salientar que

mesmo que os processos de trabalho sejam considerados mais ou menos determinados, as formas de apropriação e manipulação dos objetos correspondem sempre a uma interação social e por essa via escapam do espaço relativamente indeterminado que as características epistemológicas das ciências podem ser apreendidas [...] é necessário distinguir a lógica interna das ciências da lógica da sua articulação nas práticas sociais.

É oportuno reforçar que é imprescindível o contato e a permeabilidade constantes dos diferentes saberes utilizados pelos profissionais da saúde na sua prática específica, assim como os pertinentes à organização dos serviços de saúde, com o tecido social. Esse contato incentiva a utilização e a criação de tecnologias mais contextualizadas, que venham responder de forma mais efetiva às necessidades integrais dos indivíduos inseridos nos processos de trabalho - usuários e trabalhadores, repercutindo nos próprios estabelecimentos, na organização da saúde e conseqüentemente na sociedade como um todo.

No entender de Merhy (1997a) já existe um reconhecimento no âmbito geral da sociedade, incluído aqui também a área da saúde, de que as bases tecnológicas dos processos de produção estão mudando. No entanto, a abordagem relativa às novas tecnologias não pode ser dissociada de mudanças de processos de trabalho e, mexer em processos de trabalho significa mexer também com cabeças e interesses.

Para tanto, é essencial a apreensão dessas tecnologias em nível individual pelos diferentes profissionais de saúde, porém as mesmas podem se tornar diluídas, solitárias e não eficientes se não for agregada a essa trajetória, uma atividade

gerencial também seguidora dos mesmos princípios e nessa instância é inquestionável a atuação do enfermeiro para a construção desse caminho.

2.3 GERENCIAMENTO DO CUIDADO

As questões gerenciais têm suscitado muitas preocupações em todos os segmentos da sociedade, tendo em vista que delas depende a consecução dos objetivos organizacionais. Especificamente na área da saúde isso não é diferente, existindo porém, uma particularidade: nessa área encontram-se no interior dos objetivos esperados o almejado resultado proveniente da trajetória do usuário através dos serviços de saúde e da atenção a ele prestada.

Ao focar os resultados da atenção ao usuário nos serviços de saúde é conveniente salientar que apesar da alta velocidade das mudanças do ambiente nas últimas décadas ter contribuído para a flexibilidade das empresas, para a procura de agilidade nas respostas às demandas do ambiente, para um lugar destacado ao capital humano e para uma gestão de produtos e serviços centrados no cliente, a vida das pessoas tem se alterado muito pouco (ALVES, 1998).

Trazendo essa constatação para as realidades de gerenciamento no âmbito hospitalar verifica-se que, apesar da modernização e evolução em nível organizacional e tecno-científico, em grande parte desses estabelecimentos, nos níveis intermediários da hierarquia administrativa, nos quais situa-se normalmente o enfermeiro, as funções gerenciais são confusas, diluídas e um tanto distantes do usuário e das práticas interdisciplinares. Esse modo de ser da organização tem

interferência constante nos processos de trabalho, no modelo de assistência e conseqüentemente na qualidade do cuidado prestado, que é uma das formas de poder alterar e qualificar a maneira dos indivíduos andarem na vida.

No entanto, é importante salientar que o usuário de saúde ao pontuar a não qualidade⁸ da atenção recebida nos serviços de saúde, não o tem atrelado à falta de conhecimentos técnico-científicos mas sim, à falta de interesse e responsabilização dos profissionais acerca de seus problemas e necessidades (MERHY, 1997b).

Essa citação deixa claro que há algo errado na forma como essa atenção está sendo construída e conduzida, sendo impreterível portanto, que o cuidado seja entendido como foco possível e necessário de ser gerenciado dentro desse universo organizacional em uma dimensão que extrapole o tecnicismo, sendo o enfermeiro o profissional mais próximo desse gerenciamento, tendo em vista que já exerce o papel gerencial no âmbito hospitalar.

A ênfase e a importância que deve ser dada ao cuidado nos espaços dedicados à saúde é traduzida por Merhy (2002, p.117) ao citar que “no campo da saúde o objeto não é a cura, ou promoção e proteção da saúde, mas a produção do cuidado, por meio do qual se crê que se poderá atingir a cura e a saúde, que são de fato os objetivos a que se quer chegar”.

O modelo clínico de assistência e o modelo científico de administração ainda embaçam o olhar dos enfermeiros, tirando-lhes muitas vezes a clareza de quais ações fazem parte da concretização desse cuidado. Para muitos dos profissionais as ações gerenciais certamente não estão incluídas nas ações responsáveis por essa

⁸ Qualidade é a propriedade, atributo ou condição das coisas ou das pessoas e, em uma escala de valores permite aprovar, aceitar ou recusar qualquer coisa. (FERREIRA, 1996)

concretização, pois ainda estão calcadas na dicotomia entre o cuidar e o administrar e confundidas com atividades administrativas burocratizadas.

Em suas reflexões relativas ao ensino e à prática da administração em enfermagem, Lunardi Filho e Lunardi (1996) salientam que a administração deve ser utilizada como meio e instrumento para o alcance da assistência de qualidade à saúde do usuário e que o enfermeiro, através do exercício de atividades administrativas, pode coordenar ações que garantem a adoção e a manutenção de uma filosofia de cuidado baseada em critérios próprios da profissão, visando primordialmente o atendimento aos pacientes e não aqueles ditados por outros profissionais.

Conforme estudos de Trevizan (1988) e Ferraz (1995) o enfermeiro na área hospitalar ainda se perde no exercício das funções administrativas, fazendo o gerenciamento das unidades de internação, ainda voltado para a tecnoburocracia, com a lógica do gerenciamento científico, enfatizando o controle mecânico das atividades, muitas vezes desenvolvidas por outros agentes.

Após essas considerações é pertinente a reflexão de que o diferencial que irá demarcar o gerenciamento feito pelos enfermeiros como sendo verdadeiramente gerenciamento do cuidado será o seu posicionamento diante do modo como desenvolvem o trabalho. É necessário levar em conta como esses profissionais se envolvem em suas atividades, que saberes utilizam e principalmente a quem ou ao que respondem quando os utilizam.

Fazer gerenciamento do cuidado implica em tê-lo como foco das ações profissionais e em utilizar os processos administrativos como mais uma tecnologia (no caso, tecnologia leve-dura) no sentido de sua concretização. No caso específico da enfermagem essa concretização pode ser através de ações diretas do

profissional com o usuário, por intermédio de delegação e ou articulação com outros profissionais da equipe de saúde. Dessa forma o enfermeiro gerencia o cuidado quando o planeja, quando o delega ou o faz, quando prevê e provê recursos, capacita sua equipe, educa o usuário, interage com outros profissionais, ocupa espaços de articulação e negociação em nome de melhorias do cuidado.

Fica claro a importância do enfermeiro ser consciente do foco de sua atuação gerencial, e acima de tudo, em ocupar os espaços de discussão e negociações estratégicas para a garantia do cuidado. É importante também agregar diferentes tecnologias às suas ações, levando em consideração, de forma muito especial, o conteúdo subjetivo e sensível que permeia o mundo do cuidado, tendo em vista o teor significativo, pessoal, imprevisível, não rotineiro existente nas diversas relações entre os sujeitos que fazem parte dos processos de trabalho e que precisam ser reconhecidas para que os objetivos individuais – dos usuários e trabalhadores – e da própria organização sejam alcançados.

Essa reflexão pode ser enriquecida com as idéias de Ferraz (2000) que também visualiza o aspecto paradoxal do cuidado na dimensão organizacional no contexto da enfermagem contemporânea e salienta que para que resultados efetivos sejam alcançados são necessários processos gerenciais que incorporem conhecimentos, atitudes e ações tanto da ordem do racional como do sensível. Para a mesma autora, o entrelaçamento e a aproximação entre o cuidar e o gerenciar constitui-se em um novo paradigma para a enfermagem, o qual está sendo construído nos tempos presentes.

Nesse contexto em construção é necessária especial atenção aos recursos humanos e para isso levar em conta as afirmações de Merhy (2002): todo o profissional de saúde é um operador de cuidado, independente do papel que

desempenha, pelo simples fato de ser um produtor de atos de saúde. Continua ainda dizendo que esse profissional ao ser identificado como o responsável pelo projeto terapêutico,

estará sendo um operador do cuidado, ao mesmo tempo que um administrador das relações com os vários núcleos de saberes profissionais que atuam nesta intervenção, ocupando um papel de mediador na gestão dos processos multiprofissionais e disciplinares que permitem agir em saúde, diante do 'caso' concreto apresentado, o que nos obriga a pensá-lo como um agente institucional que tenha de ter poder burocrático e administrativo na organização (MERHY, 2002, p.130, grifo do autor).

Essa descrição contribui para o entendimento do contexto gerencial em que o enfermeiro está inserido, tendo em vista que enquanto profissional da saúde, o enfermeiro pode se ver descrito nessa citação, assim como pode reconhecer também os demais profissionais que com ele atuam e que, por sua vez, também cuidam.

Essas concepções devem estar presentes quando se faz referência aos processos gerenciais do cuidado, pois, após conhecê-las fica muito difícil seguir com os modelos tradicionais de administração científica e burocrática embutidos no gerenciamento de enfermagem de até então.

A dificuldade de seguir o caminho conhecido tradicionalmente aparece em função da nova paisagem que se abre diante do enfermeiro, legitimando possibilidades de um fazer diferente, que pode ser partilhado, co-responsabilizado e descentralizado.

Temos a partir dessas concepções a inclusão do outro nos processos gerenciais, não como recurso mas sim como sujeito das ações. Esse outro pode ser o colega de equipe, o profissional de outra área ou o próprio usuário, e vem dotado de saberes, emoções, limitações, potencialidades, de poderes – enfim de

características humanas, e define juntamente com o enfermeiro a qualidade do cuidar, mesmo que de forma inconsciente para ambos.

Dessa forma, é importante ter clareza de que o trabalho gerencial é coletivo,

cada vez mais interdependente, determinado pelas demandas e necessidades do cliente e que o seu sucesso está ancorado na solidariedade, na ética e em times de trabalho que respeitem e valorizem as diferenças, enquanto aspectos complementares de grupos heterogêneos de pessoas que colocam à disposição do cliente seus conhecimentos e habilidades (ALVES, 1998, p.157).

A gerência existe simplesmente porque existem atividades que um indivíduo não pode fazer sozinho (MOTTA, 1995) e dessa forma, devem ser considerados fatores como a capacidade e envolvimento dos gestores, dos profissionais que comandam em instâncias superiores no interior dos estabelecimentos, dos profissionais das áreas de apoio, demais profissionais da área da assistência que não o enfermeiro e o usuário como imprescindíveis para o sucesso das ações gerenciais focadas no cuidado.

Ao que se refere aos trabalhadores e usuários, Silva Júnior (1998), ao vislumbrar alterações nos modelos de gestão, salienta que o envolvimento dos trabalhadores de saúde e usuários é indispensável para que haja mudanças nas formas de se fazer gestão e assistência, pois são eles que refletem o cotidiano. Dessa forma, instrumentalizá-los e auxiliar na sua construção enquanto sujeitos que operam nesse cotidiano seria imprescindível.

É preciso, portanto, refletir criticamente e lançar novo olhar sobre os processos de gerenciamento do cuidado, a fim de que seja construída uma nova realidade organizacional alinhada a melhores práticas. Essas práticas de cuidado devem estar sustentadas pela utilização diferenciada e inovadora dos distintos tipos de tecnologias, que não só as pertencentes aos modelos tecnológicos utilizadas no desenvolvimento da administração científica e no modelo clínico de assistência.

Segundo Ferraz (2000), há um imperativo para os enfermeiros da atualidade: o de provocar a inversão da lógica da administração em enfermagem sustentada na Teoria Geral da Administração, marcada por ações relativas aos saberes tecnológicos de natureza dura que mantiveram os enfermeiros preocupados em cuidar da estrutura funcional das unidades de internação. “Inverter significa tomar com maestria as tecnologias leve e leve-dura, mesmo porque essas acolhem de forma mais apropriada o saber específico do enfermeiro” (FERRAZ, 2000, p.94).

A mesma autora sugere como proposta para a redefinição do modelo de organização do trabalho hospitalar, um modelo clínico ampliado, com a adoção de trabalhos clínicos interdisciplinares, tendo em vista que o gerenciamento do cuidado está vinculado ao processo de produção de relações e intervenções partilhadas para privilegiar o ser/estar doente internado. Sob esse enfoque, a dimensão biológica passa a ser apenas um dos elementos do cuidado mas não a única a direcioná-lo.

O gerenciamento do cuidado exige dos profissionais da saúde e particularmente do enfermeiro, uma visão que integre e acolha os valores e lógicas diferenciadas impressos nas necessidades dos usuários, não manifestas ou reconhecidas até algum tempo atrás. Diante dessa realidade é necessário um mergulho dos profissionais nos aspectos subjetivos das inter-relações, na sua potencialidade de criatividade e autonomia, no sentido de darem conta da satisfação das necessidades emergentes nos processos de trabalho, cujas soluções não são encontradas em nenhum manual de normas, rotinas e técnicas.

Essa reflexão pode ser enriquecida pela idéias de Ferraz (2000, p.96) ao enfatizar que

estamos em busca de um racionalismo enriquecido com todos elementos da realidade pragmática do hospital, das diversas realidades sócio-culturais dos pacientes e dos diferentes profissionais, o que expõe a uma fragilização da ordem normativa de organização distanciando-se de uma direção única e, portanto de

um modelo de gestão tradicional sustentada nos pressupostos da administração científica.

É necessário que o trabalho do enfermeiro, ao gerenciar o cuidado, resulte em mais do que simplesmente organizar o serviço segundo padrões de eficiência, mas acima de tudo, consiga também construir sujeitos sociais nesse território singular de prática, tendo em vista que são esses sujeitos que contribuem para a concretização e dão características ao cuidado (FRACOLLI; MAEDA, 2000).

Portanto, o grande compromisso e desafio de quem gerencia o cuidado hoje é o de valorizar e habilitar-se para utilizar as relações enquanto tecnologia, no sentido de edificar um cotidiano, por intermédio da construção mútua entre os sujeitos. E, através dessas mesmas relações, dar sustentação à satisfação das necessidades dos indivíduos e os valorizar (trabalhadores e usuários) como potentes para intervirem no trabalho vivo em ato – espaço de concretização do cuidado.

2.4 OBJETIVO

Após as considerações feitas é importante salientar que este estudo tem por pressuposto o fato de que a utilização das tecnologias leves nos processos gerenciais do enfermeiro conduz ao cuidado humanizado.

Sendo assim, é de fundamental importância o estudo dos processos gerenciais do enfermeiro, por meio do entendimento de como esses profissionais se envolvem nesse contexto e de que forma ocorre a produção do cuidado, considerando-se útil perguntar: as tecnologias leves são utilizadas pelo enfermeiro ao fazer o gerenciamento do cuidado ? Quais são elas? De que forma são utilizadas?

Nesse sentido, o **objetivo do presente estudo é identificar a utilização das tecnologias leves nos processos gerenciais do enfermeiro e sua interferência na produção do cuidado.**

Os resultados produzidos através desta investigação poderão ser úteis ao exercício profissional e ao ensino de graduação em Enfermagem na medida em que fornecerão elementos de reflexão sobre a prática cotidiana e para a formação acadêmica. Essa reflexão e decorrentes alterações são necessárias e urgentes sob pena de, se não realizadas, consolidarem a profissão em algo inerte, repetitivo e descontextualizado das necessidades sociais emergentes, em vez de ser algo que se renove no cotidiano ou através do próprio ensino.

A produção de conhecimentos sobre esse assunto é fundamental para intervir significativamente e de forma constante na qualidade da saúde da população, assim como na busca da integralidade do ser humano, pois tornar os nossos estabelecimentos de saúde lugares que produzam cuidado humanizado é um compromisso ético do nosso agir em saúde.

3 METODOLOGIA

3.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO

O presente estudo tem a pesquisa qualitativa como referencial teórico-metodológico por reconhecer que os conhecimentos sobre os indivíduos são possíveis através da descrição da experiência humana, tal como ela é vivida e definida por seus próprios atores (POLIT e HUNGLER, 1995), e ainda por ter a preocupação com a compreensão abrangente e profunda das informações obtidas e não com a generalização das mesmas (MINAYO, 2000).

É um estudo de caso que, conforme Trivinõs (1987, p.133) consiste em “uma categoria de pesquisa cujo objeto é uma unidade que se analisa profundamente” podendo-se constituir na investigação de apenas um sujeito, de um grupo deles ou de uma determinada comunidade.

A opção pelo estudo de caso se deu devido ao interesse da pesquisadora em investigar o objeto de estudo em sua profundidade, sendo necessário para tanto, a sua imersão no campo de estudo. Essa imersão é fundamentada por Roese (1998) ao salientar que o estudo de caso acontece quando as questões de pesquisa exigem um grau de detalhamento que impulsionam o pesquisador utilizar a observação concreta da realidade e uma consistente fundamentação teórica para a obtenção das respostas.

3.2 EXPLORAÇÃO DO CAMPO

Conforme Minayo (2000), a exploração do campo contempla as seguintes atividades: escolha do espaço de pesquisa, a escolha do grupo de pesquisa, estabelecimento dos critérios de amostragem e estratégias para entrada em campo.

O presente trabalho teve como espaço de pesquisa um hospital localizado em Caxias do Sul, que é um dos municípios que compõem a 5ª. Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul. Está localizado na encosta superior do nordeste do Rio Grande do Sul, tendo como limites ao norte, Vacaria e Campestre da Serra; ao sul, Feliz e Nova Petrópolis; ao leste, Canela e São Francisco de Paula e por fim a oeste, Farroupilha e Flores da Cunha. É um município que possui 2% da sua economia concentrada no setor primário (agricultura), 64,66% no setor secundário (indústria) e 33,34 % no setor terciário o que corresponde aos segmentos de comércio e serviços (SIH/SUS, 2001).⁹

A população do município, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (informação verbal)¹⁰ em setembro de 2003 estava estimada em 381.940 mil habitantes, sendo que deste total cerca de 30 mil compõem a população rural. Em média, 70% da população é totalmente dependente do Sistema Único de Saúde e os 30 % restantes, em alguns casos, também utilizam-se desse sistema.

A rede de saúde do município é composta por 39 unidades básicas de saúde

⁹ Sistema de Informação Hospitalar do Sistema único de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Caxias do Sul.

¹⁰ Dados fornecidos em 06/09/2003 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

(UBS), 1 centro de atenção integrada à saúde mental (CAIS-mental), 1 centro de atendimento psicossocial (CAPS), o complexo Centro a Vida (pronto atendimento, hemocentro, serviço de diagnóstico por imagem, serviço de análises clínicas), 1 centro especializado de saúde (CES) e o centro de orientações e aconselhamento sorológicos (COAS). Completam a rede municipal de saúde, 7 hospitais, sendo que destes, quatro são credenciados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) o que disponibiliza 807 leitos hospitalares para atendimento ao SUS no município de Caxias do Sul. Destes, 380 pertencem a uma entidade que presta assistência a pacientes psiquiátricos e dos 427 leitos restantes, 267 estão localizados no hospital que serviu de espaço para a presente pesquisa, perfazendo 62 % do total de leitos não psiquiátricos do município.

3.3 LOCAL DO ESTUDO

O hospital utilizado como local do estudo é um hospital geral, de grande porte, público e de ensino, com 267 leitos e serve de referência para as UBS do município no que concerne a internações clínicas. É referência em atendimentos dos casos de HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana – AIDS), atendimento em oncologia e a gestantes de alto risco para a 5^a. Coordenadoria Regional de Saúde (SIH/SUS 2002).

Dessa forma, recebe usuários provenientes dessa coordenadoria que congrega os municípios de Alto Feliz, Antônio Prado, Bento Gonçalves, Boa Vista do Sul, Bom Jesus, Campestre da Serra, Canela, Carlos Barbosa, Caxias do Sul,

Coronel Pillar, Cotiporã, Dois Lajeados, Esmeralda, Fagundes Varela, Farroupilha, Feliz, Flores da Cunha, Garibaldi, Gramado, Guabiju, Ipê, Jaquirana, Linha Nova, Monte Alegre dos Campos, Monte Belo do Sul, Muitos Capões, Nova Araçá, Nova Bassano, Nova Pádua, Nova Petrópolis, Nova Prata, Nova Roma do Sul, Paraí, Picada Café, Pinhal da Serra, Pinto Bandeira, Protásio Alves, Santa Tereza, São Jorge, São José dos Ausentes, São Marcos, São Vendelino, União da Serra, Vacaria, Vale Real, Veranópolis, Vila Flores e Vista Alegre do Prata.

Para o funcionamento total do hospital, segundo informações da área de recursos humanos, o estabelecimento contava em julho de 2003 com 804 integrantes ativos em seu quadro funcional. Deste contingente, 421 eram profissionais de enfermagem representando 52,3 % do total dos colaboradores do hospital. Destes, 58 (14%) eram enfermeiros, 256 (61%) técnicos de enfermagem e 101 (24%) auxiliares de enfermagem.

O Hospital está integrado ao Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar – PNHAH e conta com os seguintes setores e serviços: centro obstétrico, alojamento conjunto, unidade de tratamento intensivo (UTI) neonatal, unidade de tratamento intensivo pediátrico, internação pediátrica clínica e cirúrgica, unidade de tratamento intensivo adulto, unidade de internação clínica médico-cirúrgica, serviço de atendimento médico de urgência (SAMU), unidade de dor torácica (UDT), centro cirúrgico, centro de material e esterilização, unidade de recuperação pós-anestésica, unidade de internação clínica cirúrgica, unidade de emergência, unidade de internação oncológica e hematológica, pronto atendimento, diagnóstico por imagem, serviço de educação permanente, serviço de estágios, serviço de pesquisa, serviço de ambulatório em oncologia, serviço de endoscopia, serviço de eletromiografia, serviço de eletroencefalografia.

Dentro desse universo foi eleito um setor de internação de clínica médico-cirúrgica para o desenvolvimento do estudo. A opção por desenvolver a pesquisa em setores de internação vem em função de que esses setores, no entendimento da pesquisadora, devido à baixa ou média complexidades dos pacientes, o elevado fluxo de profissionais no setor, o grande volume de informações correntes, entre outras coisas, são capazes de retratar o cotidiano do trabalho nos processos gerenciais do enfermeiro em um hospital geral.

No setor eleito para estudo, o dimensionamento total de pessoal consiste de 28 profissionais de enfermagem, 4 profissionais do Serviço de Nutrição e Dietética, 2 profissionais do Serviço de Higienização e 1 secretária. Esse contingente está distribuído da seguinte forma: 1 enfermeiro e 6 auxiliares e/ou técnicos de enfermagem por turno (manhã, tarde, noite A e noite B), 1 secretária que atua oito horas diárias, 4 auxiliares de nutrição, sendo 2 no turno da manhã e 2 à tarde, 1 higienizadora pela manhã e 1 à tarde. No noturno, os Serviços de Nutrição e Dietética e Higienização contam com uma funcionária em cada noite para atender às demandas de todo o estabelecimento.

Por ser um hospital escola, profissionais e estudantes de várias áreas, entre elas a própria enfermagem, a medicina, a fisioterapia, a psicologia, o serviço social, a farmácia e relações públicas interagem no ambiente intra-hospitalar. Convém salientar que na área da enfermagem os estudantes pertencem a cursos técnicos, de graduação e especialização. A medicina conta com alunos de graduação e residência médica. Os demais cursos contam com alunos em fase de graduação.

O setor conta com 33 leitos. Esses leitos são distribuídos em 10 enfermarias de 3 leitos com banheiro e 3 quartos individuais com banheiro, utilizados para isolamentos. A ocupação desses leitos tem a seguinte distribuição: as primeiras oito

enfermarias são ocupadas para internações clínicas e esporadicamente cirúrgicas, conforme a demanda de pacientes. As duas restantes e os quartos de isolamento são ocupados por pacientes portadores de doenças infecto-contagiosas.

Completam a composição do setor: o posto de enfermagem constituído de sala de prescrição, secretaria e digitação, sala de preparo de medicamentos e sala de guarda de materiais de uso no paciente, todas interligadas entre si. Existe ainda o expurgo, rouparia, copa, sala para guarda de equipamentos, sala de descanso para funcionários e uma sala utilizada para guarda de material dos enfermeiros e fisioterapeutas.

3.4 O TRABALHO DE CAMPO

O primeiro passo para a entrada no campo, em metade de novembro de 2002, foi o contato feito com a Supervisora Geral do Serviço de Enfermagem com o objetivo de conhecer a realidade do estabelecimento e escolher o setor de internação onde seria desenvolvido o estudo. O critério para a escolha do setor foi o fato de nele existir a presença de um enfermeiro em todos os turnos de trabalho.

Posteriormente foi feito o encaminhamento do projeto de pesquisa para o Conselho Científico Editorial do Hospital, assim como para o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, obtendo aprovação (Anexo A).

O trabalho de campo ocorreu no período de dezembro de 2002 a fevereiro de 2003, tendo seu início com a apresentação da pesquisadora às enfermeiras¹¹, na unidade selecionada. Seguiu-se com a orientação quanto ao teor do estudo e a solicitação de suas adesões voluntárias. Esse fato ficou documentado através do preenchimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A), elaborado com base na Resolução 196/96 do Ministério da Saúde, conforme sugestões apontadas por Goldim (2000), salvaguardando dessa forma, as questões éticas da pesquisa. Foram utilizados nomes fictícios, inspirados nas deusas da mitologia grega, para a identificação dos sujeitos. Vale ressaltar que os dados utilizados na análise foram validados pelos sujeitos participantes da pesquisa.

Participaram do estudo todas as enfermeiras da unidade selecionada que trabalhavam nos turnos da manhã, tarde e noites, constituindo-se em quatro os sujeitos da pesquisa.

Com o início das observações em campo, foi feita a apresentação da pesquisadora e esclarecidos os objetivos do estudo também para as equipes de enfermagem da unidade. Cabe salientar não ter sido necessária a solicitação do termo de consentimento livre e esclarecido aos auxiliares e técnicos de enfermagem, visto que os mesmos não foram alvos diretos de observações. Eles aparecem como coadjuvantes na construção dos processos de trabalho onde as enfermeiras, sujeitos do estudo, foram observadas.

Foi de grande importância a apresentação da proposta de estudo aos grupos envolvidos para a consecução da relação de troca entre a pesquisadora e as equipes. Segundo Cruz Neto (1999), é necessário que o pesquisador tenha em

¹¹ Neste capítulo e no subsequente, o termo “enfermeira” será utilizado quando for feita referência aos sujeitos da pesquisa, visando a coerência de linguagem e tendo em vista serem todas do sexo feminino.

mente que a busca das informações está inserida em um jogo cooperativo, onde cada momento é uma conquista baseada no diálogo, fugindo à obrigatoriedade.

A observação foi a técnica eleita para coleta dos dados. Para Triviños (1987) a observação não significa somente olhar, mas observar é destacar algo específico dentro de um conjunto, prestando atenção em suas características.

Observar um 'fenômeno social' [grifo do autor] significa, em primeiro lugar que determinado evento social, simples ou complexo, tenha sido abstratamente separado de seu contexto para que, em sua dimensão singular, seja estudado em seus atos, atividades, significados, relações etc. (TRIVIÑOS, 1987, p.153).

Segundo o mesmo autor, a observação pode ser livre ou estruturada. Na observação livre a compreensão do fenômeno que se observa acontece com a ausência total ou parcial do estabelecimento de pré-categorias para o entendimento do fenômeno estudado.

Utilizou-se da observação livre do processo de trabalho, priorizando aspectos direcionados à utilização das tecnologias leves por parte do enfermeiro, durante sua prática gerencial. O foco da observação foi o trabalho do enfermeiro, a partir do qual foi possível captar a dinâmica existente entre ele e o usuário, seus familiares e demais elementos da equipe de saúde, como auxiliares e técnicos de enfermagem, médicos, residentes, secretárias, auxiliares de nutrição, higienizadoras, entre outros.

Para o encerramento da coleta de dados foi utilizado o critério de saturação, quando as informações tornaram-se repetitivas e redundantes. (POLIT e HUNGLER, 1999).

Os conteúdos resultantes das observações foram registrados em diários de campo, onde constam todas as informações, "ou seja, observações sobre conversas informais, comportamentos, rituais, gestos, fala, hábitos, costumes, enfim expressões que digam respeito ao tema da pesquisa" (MINAYO, 2000, p.100).

As anotações foram de natureza descritiva e reflexiva (TRIVINÓS,1987). As descritivas envolveram o relato de ações, atitudes, falas, gestos, posturas corporais, entre outros fatores que puderam ser observados e associados com o tema de investigação. As anotações de natureza reflexiva foram associadas aos conteúdos observados com perspectivas de buscas diferentes na trajetória da pesquisa, de possíveis reajustes sobre as questões metodológicas, facilitadores, dificultadores no processo de estudo, assim como contemplaram associações com o referencial teórico e idéias da própria pesquisadora em forma de registros paralelos, antecipando, em alguns casos a análise durante a própria coleta de dados.

A coleta de dados, através da observação, foi realizada pela pesquisadora e por uma colaboradora devidamente orientada para tal procedimento. Essa orientação ocorreu em dois momentos: o primeiro foi o de apresentação do projeto de pesquisa para a colaboradora e o segundo ocorreu em função de alguns ajustes quanto ao foco dos dados a serem coletados. Os dados foram armazenados em dois diários identificados como diário 1 e diário 2. No diário de número 1 estão contidas as anotações das observações feitas pela pesquisadora e o de número 2, aquelas registradas pela colaboradora.

A opção por incluir mais um observador nessa fase da pesquisa deveu-se a dois aspectos: o primeiro relacionado a consecução de maior agilidade na coleta de dados e a segunda e mais importante, refere-se à inclusão de um olhar diferenciado, menos acostumado com o contexto e por isso, talvez mais atento ao objeto a ser investigado , podendo desta forma resultar no enriquecimento dos dados colhidos.

No total foram 86h05min de observação, sendo que 19h30min dessa carga horária foram de observações feitas pela colaboradora da pesquisa e as demais 67h15min foram registradas pela pesquisadora.

Os diferentes turnos de trabalho dos sujeitos da pesquisa foram considerados na coleta de dados, perfazendo 37h de observação no período da manhã, 40h05min no turno da tarde e 9 horas noturnas.

Com o objetivo de visualizar as nuances existentes nos processos gerenciais do enfermeiro procurou-se contemplar diferentes horários/períodos de observação dentro dos turnos de trabalho, assim como não foram fixados turnos para observação nos diferentes dias da semana. Esse último fator ocasionou em alguns momentos a necessidade da pesquisadora sair do campo sem ter feito a observação, retornando em outro momento, tendo em vista que o sujeito de pesquisa não se encontrava no trabalho.

É importante salientar que nos primeiros períodos de observação, os sujeitos de pesquisa descreviam o seu trabalho, as suas rotinas, a maneira de organização e as dificuldades no seu cotidiano, inclusive verbalizando para a pesquisadora: - O que tu queres saber? Nesses momentos a pesquisadora escutava e reorientava com relação ao objetivo da pesquisa dizendo que ela observaria a totalidade do desenvolvimento do trabalho realizado pelo enfermeiro e questionaria sempre que fosse necessário.

Foram usadas diferentes estratégias para o registro, conforme o conteúdo das observações. Em alguns momentos, de acordo com a complexidade e riqueza dos detalhes observados foi necessário fazer curtos períodos de observação e efetivar as anotações no próprio setor. Em outros casos os registros foram feitos logo após a conclusão do período de observação por turno de permanência da pesquisadora no hospital. Alguns dos momentos em que os registros foram feitos no próprio setor suscitaram curiosidade na equipe de enfermagem e questionamentos à pesquisadora, a qual explicava o que estava fazendo, fazia a associação da

atividade de registro dos dados com o objetivo e metodologia da pesquisa proposta, tranquilizando a equipe.

Houve boa receptividade das enfermeiras e das equipes de enfermagem à inserção da pesquisadora no campo, embora nos primeiros períodos de observação tenha ocorrido um certo desconforto, de ambas as partes. Alguns usuários questionavam a presença da pesquisadora, sendo também esclarecidos com relação a sua presença, não ficando constrangimento nenhum após as elucidações.

Em alguns momentos houve o envolvimento da pesquisadora no processo de trabalho, através de sugestões e questionamentos quanto ao seu andamento. Essa possibilidade de envolvimento é considerada por Minayo (1994) ao abordar que os papéis desempenhados pelo pesquisador podem variar devido aos diferentes acontecimentos, mais ou menos importantes durante a investigação.

Neste estudo, nas poucas vezes em que isso foi constatado, houve o esclarecimento para os enfermeiros envolvidos. Foram feitos reforços relativos ao papel da pesquisadora junto aos sujeitos de pesquisa sempre que necessário, embora o posicionamento dos mesmos, nesses casos, tenha sido de acato, referindo não haver problemas com a interferência. Salientavam que opiniões diferentes eram bem vindas e serviam para que olhassem o cotidiano de outra forma. Dentro desse contexto, a pesquisadora foi exercendo, gradativamente, o distanciamento necessário e a busca cada vez maior da objetividade de suas observações.

3.5 ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados foi feita através da abordagem dialética, considerando que essa abordagem, de acordo com Minayo (2000), é capaz de dar conta de uma interpretação aproximada da realidade, tendo em vista que reconhece os fenômenos sociais sempre como resultados e efeitos da atividade criadora imediata ou institucionalizada. Para Minayo (2000), o ato humano atravessa o meio social conservando as determinações já existentes ao mesmo tempo que transforma o mundo sobre as condições dadas, sendo a dialética capaz de captar esse movimento das ações humanas, que é contraditório, dinâmico, inacabado e em permanente projeção.

Foram utilizadas as três fases propostas por Minayo (2000): a ordenação, a classificação dos dados obtidos e a análise final.

A ordenação dos dados foi realizada através da organização do material obtido através da observação, registrados nos diários de campo e posteriormente digitados em ordem seqüencial de tempo.

A classificação dos dados foi feita através de leituras repetidas dos textos obtidos por intermédio do registro das observações com identificação de estruturas de relevância: a relação do enfermeiro com o usuário, com seus familiares e a relação do profissional com a equipe de saúde. Essas estruturas posteriormente foram agrupadas em duas categorias empíricas: o acolhimento e o vínculo.

A análise dos dados contempla a interpretação dos mesmos, permitindo o encontro dos dados empíricos com a fundamentação existente no referencial teórico metodológico desta pesquisa. Foi construída a partir de associações e relações das

idéias trabalhadas na fase de classificação, levando em consideração os objetivos do estudo e a construção de novas visões relacionadas ao fenômeno estudado.

Para fins de apresentação e melhor compreensão dos resultados foram abordados separadamente acolhimento e vínculo. No que se refere ao acolhimento, o texto está organizado em tópicos: a centralidade dos indivíduos nos processos de trabalho, a escuta e a resolutividade das ações do enfermeiro e o respeito ao indivíduo, à sua historicidade e autonomia.

É importante salientar que essa separação serve apenas para fins didáticos e de apresentação, pois considerar qualquer uma das idéias independente da outra seria dividir algo que é indivisível no que tange ao gerenciamento do cuidado.

4 A UTILIZAÇÃO DAS TECNOLOGIAS LEVES NOS PROCESSOS GERENCIAIS DO ENFERMEIRO

O trabalho vivo em ato acontece no momento da realização do trabalho em si. A execução do trabalho, na área da saúde, exige dos profissionais o aporte e a utilização de diferentes tecnologias (leves, leve-duras e duras) no momento do seu encontro com o usuário, caracterizado como sendo o espaço particular de produção do cuidado.

Ao ser visualizado o processo de trabalho em saúde na sua totalidade e ser feito dele um recorte direcionado especificamente para os processos gerenciais do enfermeiro, pode-se reconhecer um universo de ações desse profissional que transita através da interface constante entre a produção propriamente dita e a busca de condições que garantam a continuidade e concretização desse cuidado. Dessa forma, o trabalho vivo contempla, não só a relação do enfermeiro com o usuário, mas também a relação desse profissional com os familiares dos usuários e com os diversos profissionais que interagem, concretizando o processo de trabalho em saúde.

Considerando esse universo, foi possível através deste estudo, observar os processos gerenciais do enfermeiro e identificar a utilização das tecnologias leves, como o acolhimento e o vínculo, assim como alguns fatores que os configuram, sendo possível afirmar que ao utilizar essas tecnologias o enfermeiro produz e promove a humanização do cuidado.

O aporte e a consolidação do uso dessas tecnologias acontece de forma distinta para os enfermeiros, de acordo com as relações que estabelecem com os

diferentes sujeitos participantes dos processos de trabalho, ou em diferentes momentos com o envolvimento dos mesmos sujeitos. A esse respeito, Nietch (1999) salienta que as tecnologias estão relacionadas com as mudanças produzidas entre as relações dos sujeitos e o trabalho, e nessa perspectiva é oportuno salientar que para a construção e utilização de uma tecnologia não basta somente a ciência, é necessário também levar em conta a exigência do potencial criativo dos sujeitos que a constroem e a utilizam.

Nesse sentido, o momento da construção da relação do enfermeiro com os sujeitos participantes dos processos de trabalho no contexto estudado é ímpar, dinâmico e contingencial – ocorre no próprio trabalho vivo em ato, e como tal, consolida-se em movimento. Nesse movimento, os sujeitos – trabalhadores, usuários e familiares - transitam e se posicionam de acordo com suas necessidades, intenções, competências e subjetividades que emergem e marcam cada momento de interação. O movimento é composto de interações que percorrem desde o contato impessoal, calculado e metódico, até aquelas personalizadas, afetuosas e acolhedoras entre os indivíduos, as quais imprimem características contraditórias nos resultados dos processos gerenciais do enfermeiro.

As contraditoriedades em serviços de saúde aparecem também nos estudos feitos por Spagnol e Ferraz (2002) que salientam o fato da realidade empírica não ser homogênea, mas sim constituída por vários movimentos contraditórios tendo em vista que ora os sujeitos a representam de uma forma, ora de outra, evidenciando assim, os paradoxos presentes no cotidiano hospitalar. Essas contraditoriedades no entanto, não são inerentes somente a realidade hospitalar. A não homogeneidade no atendimento foi enfatizada também por Schimith (2002) ao estudar os processos

de trabalho em uma equipe de Programa de Saúde da Família e atribuída ao jogo de subjetividades presente nos processos de trabalho em saúde.

O aspecto dinâmico, que dá forma à irregularidade, à inconstância e as contradições existentes nos resultados das intervenções do enfermeiro, será demonstrado na seqüência da apresentação dos resultados.

4.1 O ACOLHIMENTO NOS PROCESSOS GERENCIAIS DO ENFERMEIRO

A humanização das relações entre os indivíduos concretiza-se nos encontros cotidianos que ocorrem nos processos de trabalho em saúde.

É importante considerar que, através de um primeiro olhar, bastante abrangente e genérico, sobre as ações do enfermeiro no contexto hospitalar emergem situações de afetividade, de solidariedade, de boa educação entre o enfermeiro e os indivíduos envolvidos nos processos de trabalho em saúde que são considerados como acolhimento:

Depois de ter puncionado a veia, a enfermeira Atena e a técnica de enfermagem colocam a camisola na paciente, sempre explicando o que fazem. Colocam-na na cadeira de rodas e Atena diz para a técnica proteger as pernas da paciente com um lençol. Enquanto a técnica vai buscar o lençol, a enfermeira Atena fica arrumando carinhosamente o cabelo da paciente. (DIÁRIO 1 - 02/01/03)

A enfermeira Atena e eu (pesquisadora) trocamos a roupa do Sr. S. assim como a sua roupa de cama. Tendo em vista que eu encontrava-me entre o leito do Sr. S. e os demais leitos da enfermaria, durante o procedimento Atena teve o cuidado de alcançar-me uma das peças de roupa, solicitando que eu a estendesse com o objetivo de proteger o Sr. S. da visão dos demais indivíduos que estavam na enfermaria. (DIÁRIO 1- 13/01/03)

No entanto, para a consolidação do acolhimento enquanto tecnologia realmente potente para humanizar o cuidado, é necessário um olhar mais profundo direcionado à identificação e entendimento de alguns elementos que o configurem.

No contexto estudado foi possível identificar, através da prática gerencial do enfermeiro, alguns desses elementos que são: a centralidade dos indivíduos nos processos de trabalho, a escuta e a resolutividade das ações do enfermeiro, respeito ao indivíduo, à sua historicidade e autonomia.

4.1.1 A centralidade dos indivíduos nos processos de trabalho

No contexto de internação hospitalar a aproximação do enfermeiro com o usuário inicia com a necessidade de avaliação das condições gerais do mesmo, com a visualização do resultado de intervenções técnicas já realizadas por ele ou por outros profissionais, assim como em algumas situações, a sua própria execução.

Nas observações feitas no decorrer do presente estudo, essa relação estabelece-se com o objetivo de garantir o projeto terapêutico elaborado para os usuários, o controle de padrões e a reprodução da ordem instalada pelo modelo clínico de assistência. Esses aspectos vão ao encontro das afirmações de Lima (1998) quando enfatiza que os trabalhadores em saúde no âmbito hospitalar são sujeitos que estão numa relação de trabalho com o objetivo de operar transformações no usuário em torno de um projeto terapêutico.

É oportuno salientar que o projeto terapêutico visualizado no estabelecimento onde este estudo foi desenvolvido está calcado na visão clínica, na prescrição

médica, na obediência às questões organizacionais, na busca ou continuidade de hegemonias profissionais e em alguns casos seguindo lógicas individualizadas e tecnicistas.

Embora exista, por parte dos enfermeiros e do próprio estabelecimento como um todo, um discurso a respeito da necessidade de humanização e alguns ensaios de flexibilização nas concepções de trabalho, o gerenciamento do cuidado aparece permeado de contradições e heterogeneidade, inserido em um contexto que contrapõe constantemente a normatização e a humanização.

Nesse contexto, o enfermeiro desenvolve suas ações, sendo que muitas delas emergem e concretizam-se através de relações centradas em procedimentos ou em protocolos organizacionais, reproduzindo o modelo de assistência vigente, como evidenciado na observação que segue:

Fomos até a enfermaria onde uma técnica de enfermagem está dando banho de leito a uma paciente idosa que está exposta, sem proteção de biombo ou mesmo de lençóis. A técnica se encontra do lado direito da cama e a enfermeira Artemis posiciona-se do lado esquerdo, desconsiderando o fato de que a paciente está sendo banhada, e fala com a técnica de enfermagem:

- Vamos trocar esse acesso pois este braço está feio! (referindo-se ao início de uma flebite) e toca o braço da paciente dizendo:

- Vó, vamos trocar esta veia!

A técnica de enfermagem, que já havia interrompido o banho, aguarda a enfermeira puncionar a veia no outro braço e enquanto isso fala com a paciente:

Técnica: - Dona M., eu vou tirar este esparadrapo daqui.

E enquanto é submetida ao procedimento a paciente começa a se queixar.

Ártemis diz:- Não chora vó! Só porque tá tirando o esparadrapo?

Técnica:- Só um pouquinho vó, já estou terminando....

Enquanto isso a enfermeira começa a puncionar no lado oposto e verbaliza:

Ártemis: - A picada ela não reclama, mas pra tirar o esparadrapo sim ! E continua conversando com a paciente enquanto faz o procedimento.

Ao terminar orienta-a com relação a nova punção dizendo:

Artemis: - Olha aqui dona M., está pega a nova veia! O soro está aqui agora!

Paciente:- E daí?

Artemis: - Daí que agora tem que cuidar! (levantou o braço da paciente para que ela visualizasse como havia ficado e reforçou o pedido para que cuidasse)

A enfermeira posiciona o suporte de soro de forma adequada e diz para a paciente que a técnica irá terminar o seu banho. (DIÁRIO 1-15/01/03)

Verifica-se, através do relato, a existência de um “sentir-se à vontade” por parte do enfermeiro no sentido de invadir, interferir e intervir junto ao usuário no momento em que lhe convém, em nome de execução de tarefas. Em momentos como esse visualiza-se o exercício do poder inquestionável de um indivíduo sobre o outro. O enfermeiro utilizou sua autoridade profissional, sua independência e livre arbítrio para gerenciar a situação de forma a enfatizar ainda as necessidades de ordem do serviço e dos próprios profissionais em detrimento ao ser cuidado, reproduzindo o modelo de assistência vigente.

São poucos os profissionais, incluindo aqui o enfermeiro, que visualizam o processo de trabalho como um espaço que se abre em uma gama de possibilidades de um “fazer diferente”, de um “qualificar a vida”, conforme forem as suas interações e intenções junto ao usuário e à equipe de saúde, desde que alinhadas às necessidades dos mesmos, através de um compromisso ético e de resolutividade, inerentes ao acolhimento e indispensáveis para qualquer ação profissional.

Saliento que ao colocar o indivíduo como centro dos processos de trabalho, é impreterível que estejam inclusos na concepção de resolutividade não apenas os ganhos e curas obtidos através da eficiência técnica e científica, mas também o respeito à integridade e dignidade dos indivíduos que utilizam os serviços de saúde.

A pouca flexibilização e a incapacidade do enfermeiro em centralizar o usuário no momento do cuidado e gerenciar situações contraditórias à sua lógica ou à lógica organizacional estabelecida pode ser demonstrada através da seguinte observação:

Chega o técnico de enfermagem vindo do Pronto Socorro, para diante do balcão da secretaria e fala com a enfermeira:

- Estou trazendo o paciente da convulsão, estão aqui os papéis (coloca-os sobre o balcão). Ele tem convulsões seguidas e está conosco desde manhã.

A enfermeira Atena, sentada junto ao balcão de aprazamento de medicações diz:

- Mas se ele não está compensado porque transferir para cá? Aqui eu não tenho médico a toda hora! Mas de quanto em quanto ele tem crises?...e continua sentada.

Técnico: – As crises são seguidas e ele está no meio de uma agora. Mandaram trazer!

Os auxiliares levam o paciente à enfermaria.

Como a enfermeira não havia ouvido a última frase do técnico, permaneceu sentada e começou a queixar-se que este tipo de situação não poderia acontecer. Os pacientes teriam que subir compensados, pois teria que chamar o médico a cada crise, e que esta não era a primeira vez que episódios assim aconteciam.

Nesse momento eu (a pesquisadora) a interrompo e lembro-a que o técnico havia dito que o paciente estava tendo uma crise convulsiva quando chegou ao setor. Ela levanta e diz:

Não é possível!

E eu (pesquisadora) respondo:

- Foi o que entendi !

Fomos até a enfermaria, onde estavam internados mais dois pacientes.

O paciente ainda estava contido na maca e estavam ao seu redor os dois técnicos de enfermagem do Pronto Socorro e dois técnicos do setor, esperando que ele se acalmasse. Havia colocado oxigênio no paciente.

Ao chegar na enfermaria a enfermeira Atena, na presença dos familiares dos demais pacientes, sem avaliar ou tocar o paciente que havia chegado fala:

- Quem mandou este paciente subir assim?

Faz alguns comentários questionando o fato de que o paciente não deveria estar ali, mas não avalia o paciente.

Depois de cessada a crise, auxiliamos o paciente a passar para a cama. Ele foi contido novamente no leito sob a determinação do técnico de enfermagem do Pronto Socorro.

Durante todo esse tempo o paciente fica fisicamente exposto e tem nova crise ao ser colocado no leito. Até então o paciente não havia sido chamado nenhuma vez pelo nome e ninguém havia conversado com ele.

Enquanto os técnicos o acomodam, Atena sai do quarto. Em seguida saio também e encontro-a ao telefone, falando com a enfermeira do Pronto Socorro, argumentando que não tinha médico no setor e que não poderia estar chamando um a cada vez que o paciente tivesse uma crise.(DIÁRIO 1-26/12/02)

Relatos dessa natureza demonstram a existência de um gerenciamento do cuidado comprometido em sua qualidade, realizado através de uma visão desfocada do indivíduo, centrado na organização, na luta por espaços e nas necessidades dos

próprios profissionais levando à concretização de um cuidado desprovido de acolhimento.

Surge através dessa situação um enfermeiro aparentemente alheio às necessidades do usuário. A relação que se estabelece no processo de trabalho não é entre o enfermeiro e usuário, mas sim entre o profissional e os desajustes do sistema que emergem na situação instalada.

Concordando com Ferraz (2000), saliento o fato que essas inadequações ou dificuldades têm a ver com os referenciais que ainda hoje dão sustentação para as ações de saúde e conseqüentemente para as formas de gerenciamento, que estão calcadas na intervenção, na racionalidade científica e econômica, na solidariedade mecânica que prima pelo caráter do poder e dominação, da relação sujeito e objeto, que configuram o cuidado de forma não personalizada submetido ao controle gerencial normativo.

Referente a essas considerações, observa-se que em grande número de situações, o técnico ou o auxiliar de enfermagem são porta - vozes das necessidades dos usuários e fornecem subsídios para as tomadas de decisão do enfermeiro, como fica exemplificado através das observações:

A técnica de enfermagem D. chega ao posto de enfermagem e solicita à Artemis que puncione a veia da paciente M, pois a mesma não está bem. Artemis diz para dar o banho primeiro e depois ela irá providenciar o acesso venoso.(DIÁRIO 2 - 22/01/03)

Um técnico de enfermagem solicita a presença de Artemis para avaliar um paciente que, segundo ele, estava com saturação baixa.

Artemis pergunta: - Ele está com oxigênio?

Técnico: - Sim, e já está com 5 litros por minuto.

Artemis: - Ele está ruim?

Técnico:- Não, mas está com a saturação baixa.

Artemis: - Então vou terminar de fazer os pedido, dá?

O técnico de enfermagem reforça:

Técnico:- Ele está com saturação baixa!

Artemis:- Quanto?

Técnico:- 82%

Artemis: - Faz assim, coloca uma máscara de Venturi a 10%... aquela laranja! Depois eu vou ver ele.

A enfermeira Artemis faz a sua rotina de conferência de estoque e pedidos de material e sai do setor sem visitar o paciente e sem pedir retorno ao técnico de enfermagem sobre o seu estado.(DIÁRIO 1 - 26/12/02)

Visualiza-se através das transcrições, o fato do enfermeiro ter tomado decisões sem avaliar o usuário, não levando em consideração a solicitação dos técnicos de enfermagem. Isso demonstra um processo gerencial distante do usuário e pobre no reconhecimento dos trabalhadores enquanto indivíduos potentes para intervirem de forma significativa no contexto de saúde.

A ação do enfermeiro não foi centrada nos indivíduos: nem no usuário e nem no trabalhador, tendo em vista que os mesmos foram preteridos à rotina e à estrutura. Pode ainda ser salientado o fato de que, conforme aparece na segunda transcrição, o trabalhador não foi respeitado na sua insegurança, em sua ansiedade e no seu pedido de ajuda traduzido através da ênfase existente quando repete a sua fala: “Está com saturação baixa!”.

Outro exemplo da falta de foco no indivíduo, durante o desenvolvimento das ações gerenciais do enfermeiro é o que segue:

Hera é indagada por uma técnica de enfermagem:
 Técnica:- Tu tens um termômetro para repor o meu?
 Hera apóia-se no balcão do posto de enfermagem e começa a separar os contracheques para distribuir aos funcionários do turno enquanto responde:
 Hera: - Não tenho termômetro! Diante da situação que assola o país, não estamos repondo nada! E continua separando os contracheques.
 Técnica:- É que no outro plantão deixei uma mãe cuidando do termômetro da criança¹² enquanto vim atender o telefone e quando cheguei lá o termômetro havia caído!
 Sem olhar para a funcionária e continuando a separar os contracheques, Hera diz:
 - Mas não tenho termômetro para te dar!
 Técnica: - Sim! Mas como é que vou passar a noite sem verificar a temperatura das crianças?
 Hera: - Vê se tu consegues com outro setor, pede emprestado!
 Hera termina de separar os contracheques e sai do setor. (DIÁRIO - 05/02/03)

¹² O usuário é uma criança, visto que a enfermeira Hera estava substituindo a enfermeira coordenadora do turno, fazendo a supervisão de outros setores do hospital, inclusive o Serviço de Urgência Pediátrica – local onde ocorreu a coleta do dado.

Diante do exposto, a enfermeira não se envolve com a problemática trazida pela técnica de enfermagem, deixando portanto de acolhê-la em sua necessidade e em conseqüência não valorizando o usuário na sua decisão, pois desconsiderou a possibilidade de que as temperaturas das crianças não fossem verificadas naquela turno.

Esse exemplo leva a uma reflexão sobre as idéias de Merhy (1997c) relativas ao fato de que o usuário procura na relação com o trabalhador um acolhimento que seja capaz de interferir no seu problema. Entendo ser possível e oportuno fazer uma associação e explorar essa idéia também no que concerne ao âmbito das relações do enfermeiro com os membros da equipe de enfermagem, tendo em vista, que eles também esperam ser acolhidos em suas necessidades no desenvolvimento de seu trabalho.

Os acolhimentos concretizados através de ações resolutivas e respeitadas do enfermeiro para com os técnicos e auxiliares de enfermagem, assim como para os demais integrantes da equipe de saúde, podem ser um diferencial também no acolhimento ao usuário e na solidificação do cuidado humanizado. Os indivíduos só podem doar aquilo que tem, e, dentro dessa lógica, se os funcionários não vivenciam e não recebem acolhimento no seu cotidiano podem sentir-se descomprometidos em acolher outros indivíduos, incluindo o usuário.

Vale ressaltar que o enfermeiro também, em muitas instâncias, pode ser incluído no grupo de indivíduos não acolhidos, se considerarmos, no mínimo dois aspectos. O primeiro é relativo ao envolvimento e ao desempenho individual de cada membro da equipe de saúde nos processos gerenciados pelo enfermeiro. Muitas vezes os posicionamentos e as respostas dos auxiliares e técnicos de enfermagem, assim como de outros profissionais que compõem a equipe de saúde ficam aquém

do necessário e/ou estipulado para a concretização do cuidado ao usuário e ao funcionamento da equipe, provocando resultados insatisfatórios no que concerne ao gerenciamento do cuidado. O segundo aspecto é inerente aos processos organizacionais dos serviços de enfermagem e dos próprios estabelecimentos de saúde nas suas totalidades. Em algumas instâncias esses processos encontram-se empobrecidos no que se refere à escuta, à atenção direcionada à resoluções de problemas e à criação de espaços reais para a participação dos enfermeiros que gerenciam o cuidado. Esses fatores deixam o enfermeiro, muitas vezes, com pouco apoio, pouco reconhecimento e fragilizados para as tomadas de decisões, não tendo, dessa forma, outra alternativa que não seja a de reproduzir as inadequações existentes no sistema.

Essas análises nos permitem contemplar uma configuração do gerenciamento do cuidado distanciada das idéias de Merhy (2002) que concebe a forma de governar como uma tecnologia leve. No entanto, entendo que para o gerenciamento ser caracterizado como tecnologia leve ele deve contemplar elementos que lhe dêem suporte enquanto tal, entre eles estando a centralidade dos indivíduos nos processos de trabalho como fator de acolhimento.

Nesse contexto paradoxal existem momentos em que o enfermeiro demonstra claramente a sua preocupação em valorizar o usuário como centro dos processos de trabalho, conseguindo inclusive ter a crítica quando isso não acontece.

O Sr. J. queixa-se de ter passado dor durante a noite, após ter sido submetido a uma nova sondagem vesical pós-operatória.

Artemis: - Não pediu remédio?

Paciente: - Achei que não precisava, porque depois de tudo que mexeram, era certo que ia ter dor.

Artemis: - Mas tem que pedir!

Paciente:- Parece que aí eu errei. Mas pedi quando o rapaz entrou no quarto (referindo-se ao técnico de enfermagem), mas ele disse que o que tinha já havia sido dado. Hoje de manhã fui tentar sentar para tomar café, mas não me encorajei. Senti dor!

Artemis: - Mas não é pra sentir dor! (DIÁRIO 1- 05/02/03)

A enfermeira Atena entra na enfermaria e dirige-se a cada uma das pacientes, sentindo falta da paciente do leito C.
 Uma das pacientes informou que ela estava fazendo um exame.
 Atena: – É, ela tinha uma espirometria.
 Paciente A: – É aquele que coloca pra dentro? - Falou demonstrando, levando a mão em direção a boca.
 A enfermeira entende a pergunta, aproxima-se do leito e explica:
 Atena: – Não, neste exame ela só tem que assoprar para ver qual a capacidade que ela tem de respirar. A gente chama de espirometria.
 Paciente A: - Ah! Ela estava com medo!
 Atena olha para mim (pesquisadora) e comenta:
 - A gente não se dá conta! Ela não foi orientada!
 Quando saímos da enfermaria a paciente estava voltando da espirometria e Atena aproxima-se dela e diz:
 - Tu estavas com medo e não disseste nada?
 Paciente. C: - É, pois é! Mas foi muito rápido!
 Atena:- Foi rápido e está tudo bem, né?
 A paciente vai para enfermaria e Atena me diz:
 Atena: - Ela vai fazer cirurgia e ainda os médicos não falaram para ela....Eu não agüento isso! Já fez todos os exames e ainda não falaram pra ela! (DIÁRIO 1- 16/01/03)

Merece ser enfatizado o questionamento do enfermeiro a respeito da falta de informação à paciente por parte dos médicos. Esse fato nos reporta para a possibilidade do profissional advogar pelo paciente, concordando com a concepção de Lunardi (1998) que considera esse aspecto como a possibilidade de esclarecer o usuário e de estimulá-lo como pessoa, não implicando em atitude paternalista ou de infantilização do mesmo, mas sim de oportunizar que ele tome conhecimento, seja informado, e que tenha seus direitos enquanto cidadão.

Quanto a esse último aspecto, aparece também uma preocupação por parte do profissional em zelar pela segurança e direitos do paciente, como se ao advogar por ele, o acolhesse à distância:

A enfermeira Atena desabafa a respeito de alguns problemas com relação as prescrições médicas feitas pelos residentes e as ações dos mesmos que dificultam o trabalho. Exemplifica dizendo que os residentes querem realizar procedimentos que não são próprios para serem executados no setor. Verbaliza que se coloca em prol da segurança do paciente dizendo:
 Atena: - Estou aqui para defender os pacientes! (DIÁRIO 1- 23/12/02)

Ou, mesmo presencialmente, interpondo-se como na situação a seguir, com as idéias e ações de outros profissionais da equipe.

A enfermeira Atena visita o Sr. A. que está dispneico, muito mal. Aspira o paciente e fica observando.

Vai ao posto de enfermagem lavar as mãos e encontra o residente responsável pelo paciente que estava saindo e diz:

Atena: - Não sai ainda C. Espera um pouquinho. Aquele paciente ali é teu (apontando para dentro da enfermaria) e está muito disfuncionado!

Residente:- É isso aí. É spp¹³, diz rodeada de mais dois ou três doutorandos.

Atena tenta argumentar,mas ela não entra no quarto. Sai com os doutorandos.

Atena volta ao posto de enfermagem, pega um cateter nasal de maior calibre, retorna para junto do paciente fazendo a troca do cateter. Antes de sair da enfermaria, passa a mão na cabeça do paciente e o conforta. (....)

Ao voltar ao posto de enfermagem Atena diz:

- E eu com isso se é spp. Não vou deixar o paciente assim!

Poucos minutos depois a residente responsável pelo paciente volta ao setor e assume sua assistência juntamente com a equipe de enfermagem.(DIÁRIO- 13/02/03)

Outro fator a ser considerado ao ser abordado a centralidade dos indivíduos nos processos gerenciais do enfermeiro é o fato de que ela depende do tipo de intervenção que o profissional faz ao relacionar-se com os diferentes indivíduos.

Entra a esposa do paciente na enfermaria dizendo:

- Obrigada! Fui comer uma sopa bem gostosa!

Atena:- O médico acaba de fazer a punção .

Esposa: - Eu sei. Encontrei-me com o médico no corredor e ele me disse.

Atena:- Há quanto tempo ele tem essas lesões na pele?

Esposa: - Desde segunda feira.

Atena: - E a febre?

Esposa:- Começou sexta. 39 °,40° C. e assim foi sábado, domingo e aí nos baixamos lá (o paciente era de outro município) e, como a febre não baixava o médico mandou pra cá!

Atena: - E estas lesões na pele?

Esposa:- Foi aparecendo! Ele trabalha na terra, pensei que era bugre, arrueira.....

Atena: - Será que não foi uma lagarta?

Esposa:- Não sei, mas eu digo o que ele faz para ajudar vocês!

Atena em uma atitude de incentivo diz - Assim é bom porque ficamos sabendo da história! (DIÁRIO 1 – 04/02/03)

¹³ Spp: abreviatura da expressão “se parar parou”. Termo utilizado pela equipe de saúde para referir-se a um paciente terminal. Segundo Torreão (2003), paciente terminal é aquele que está em um estágio da doença na qual evoluirá inevitavelmente para o óbito, independente das medidas empregadas.

Atena vai fazer o curativo de uma úlcera de decúbito em região sacra da paciente M., seqüelada de um acidente vascular cerebral. Entra no quarto para acompanhá-la e ela já havia iniciado o procedimento com o auxílio de uma estagiária.

A paciente está em decúbito lateral, sendo que a mesma encontra-se de costas para Atena. Atena começa limpando a ferida e a filha da paciente que havia se afastado do leito para que o procedimento fosse realizado, diz:

Filha: - Olha a cara dela! (referindo-se a face de dor que dona M. apresentava)

Atena parece não ouvir. Não dá retorno algum ao que a filha está dizendo.

E a filha olha para mim.(....)

Enquanto a filha acompanha de longe, entra no quarto uma técnica de enfermagem que solicita informação sobre alguns medicamentos para Atena. O quadro se faz da seguinte maneira:

A paciente exposta, a filha falando da dor que a mãe está sentindo e de que ela não havia urinado desde cedo da manhã.

Atena e a técnica conversam, cada uma de um lado da cama, sobre um assunto que não era pertinente a assistência que estava sendo prestada.

(A técnica de enfermagem coloca-se de costas para a filha de dona M.).

A aluna e eu observamos.

Quando Atena esclarece as dúvidas da técnica de enfermagem ela solicita à mesma:

- Dá uma olhada o que a dona M. tem para dor!.

E a técnica sai do quarto. (DIÁRIO 1- 03/02/03)

Na primeira transcrição houve o diálogo e o incentivo para que a esposa se colocasse na situação existente, tendo em vista que as informações que dela surgiam eram importantes para a compreensão da realidade do usuário pela enfermeira. O usuário mostrava-se como um universo ainda desconhecido, não dominado pela profissional. Ao colocar a esposa como foco de sua atenção, a enfermeira efetivou uma interação diferenciada e acolhedora com a mesma, garantindo informações necessárias para futuras ações com o usuário.

Na segunda situação houve uma intervenção técnica junto ao usuário, da qual a enfermeira tinha pleno domínio. Nessa instância a enfermeira veste a roupagem técnica, auto-suficiente, estruturada e isola a filha do contexto do cuidado.

Está claro que o foco da ação profissional, nesse momento, não está nem no usuário e nem no familiar e sim no procedimento. Não houve respeito à usuária, ao sofrimento da filha ao constatar a dor da mãe e nem interesse por parte da profissional em saber das outras queixas e preocupações que ela aproveitava para expor naquele momento, talvez por falta de escutas anteriores. Não houve a preocupação da enfermeira em incluir/acolher a filha no contexto de cuidado da mãe. Mesmo no momento em que a enfermeira solicita à técnica de enfermagem um medicamento para a dor, ela o faz através da sua visão técnica, e nem nesse momento ela tenta resgatar a fala da filha e valorizar também o seu ponto de vista nessa tomada de decisão.

Comprova-se mais uma vez a não utilização dos espaços de cuidado para o reconhecimento dos indivíduos nas suas particularidades, decorrentes de ações do enfermeiro carentes em tecnologias leves. Saliento que na situação observada aparece nitidamente a necessidade do uso concomitante de tecnologias leves e leve-duras. No entanto existe, por parte da enfermeira, a dificuldade de articulação entre uma tecnologia e outra. E, não havendo a visão de complementaridade perpetua-se a impregnação do trabalho morto sobre o vivo.

4.1.2 A escuta e a resolutividade das ações do enfermeiro

O acolhimento, enquanto tecnologia instituinte do trabalho vivo em ato tem na escuta do enfermeiro para com os diferentes sujeitos que participam dos processos de trabalho, o seu grande portal, aparecendo sob duas formas: a individual e a compartilhada.

A primeira das formas, a escuta individualizada, é traduzida por aqueles momentos em que o enfermeiro dirige sua atenção a um único indivíduo, oferecendo-lhe a exclusividade de sua atenção, como nas observações que seguem:

O paciente nos conta que chegou do Pronto Socorro pela manhã, com dreno de tórax devido a um ferimento com arma branca e o curativo está sujo de sangue.

A enfermeira Artemis diz que agilizará a troca do curativo e um remédio para a dor, pois o paciente havia solicitado.

Ao voltar ao posto de enfermagem a enfermeira Artemis orienta a técnica de enfermagem, responsável pelo paciente, para que providencie medicação e banho, para posteriormente fazer a troca do curativo.(DIÁRIO 1- 23/12/02)

Artemis sai da enfermaria e logo em seguida a irmã do paciente está atrás.

Artemis quando a viu diz:

- Já vi quem é o médico. É o dr. O e fala para a secretária.

- O dr. O deve estar pelas enfermarias. Quando ele chegar diga para ele que a familiar do sr. J. quer falar com ele.

Sécretária:- Será que ele já não saiu?

A irmã de J começa a conversar. Nesse espaço de tempo o médico chega ao posto de enfermagem e Artemis mesma passa o recado.

Irmã de J:- Eu não sei mais o que fazer, ele tá muito ansioso, ele é assim...não pára. E quando a gente chega no quarto parece que querem pular em cima (referindo-se a filha do paciente do leito B., sr.O.)

Artemis: - Tem que dar um desconto, e tem que entender que ele está fora de casa, estranha o ambiente...

Irmã:- Pois é. Em casa ele tem a TV. Vai da TV para o banheiro.....mas aqui! Tem gente que não entende!

A enfermeira ouvia atentamente.

Artemis:- Temos que ter calma, não dar bola, nem todo mundo entende!

Irmã (com os olhos cheios de lágrimas): – Não sei o que fazer. Vocês não estão dando o calmante pra ele?

Artemis:- Sim, não precisa se preocupar. Ele tá sendo medicado e atendido!

Irmã: - Eu sei que ele está bem atendido. Meu pai morreu aqui o ano passado e foi super bem atendido também. Eu só não sei o que fazer. Sou só eu e minha mãe pra cuidar dele. A mãe já está velhinha, eu tenho que trabalhar. A mulher dele abandonou ele e a filha não vem visitar. E aí, quando a gente chega tem reclamação!

Artemis- Calma! Sabe o que nós vamos fazer? Está tendo alta o paciente da enfermaria X. Vamos limpar o leito e vamos transferir J., está bem? Mas não diz nada lá na enfermaria, tá?

Irmã: – Está bem, que bom ! Muito obrigado !

E a irmã de J. volta para o quarto. (DIÁRIO 1- 05/02/2003)

O paciente diz quando a enfermeira Demeter entra:

- Estou com febre!

Demeter responde olhando a prancheta que está aos pés do leito de outro paciente:

- Ah, é? Está sentindo agora ou já estava antes?

Paciente:- Tô sentindo agora!

Demeter – Está esquentando de novo?

Fala isso mas não se aproxima do paciente.

Há um visitante sentado no leito junto ao paciente, que toca a face do mesmo para verificar se está quente e não se ausenta dali.

Retornamos ao posto de enfermagem, não vi menção de Demeter verificar ou avisar algum técnico de enfermagem para que verifique a temperatura e possivelmente medique o paciente.(DIÁRIO 1-03/02/03)

Apesar da escuta ser individualizada, nem sempre ela provoca impacto adequado na resolução das necessidades dos indivíduos. Pode-se identificar que, a escuta impulsiona ações gerenciais resolutivas, culminando na satisfação das necessidades dos sujeitos envolvidos nas situações, concretizando dessa forma o acolhimento. Por outro lado, na última observação transcrita aparece o descaso com a queixa do usuário e a aparente dificuldade do enfermeiro em concretizar uma escuta direcionada. Essa dificuldade pode ser revelada por atos corriqueiros e aparentemente inofensivos como o mexer na prancheta do usuário que ocupava o leito ao lado, ou então através da não sensibilização com a mensagem escancarada emitida pelo acompanhante que, sentado no próprio leito do usuário, mensura a sua temperatura de forma doméstica, tocando-lhe a face, como que esperando que a enfermeira tivesse a mesma atitude.

Emergem marcas da subjetividade sempre presentes nos processos de trabalho, assim como as inquietações relativas às suas interferências na qualidade de atenção dispensada ao usuário.

Tendo em vista que a subjetividade não pode ser excluída das relações interpessoais, incluindo aqui as relações que concretizam o trabalho em saúde, é imprescindível considerá-la e entendê-la. É importante entendê-la, não como algo

vago, relacionado à introspecção pessoal, mas como produção de sentido, com potencial criativo a partir das singularidades dos indivíduos, assim como deve ser considerado que a produção do trabalho gera um tipo de subjetividade homogeneizadora das diferenças que permeia o social e o individual (TEIXEIRA, 2000).

Nesse sentido, é importante refletir sobre as possíveis formas de trazer a subjetividade para o consciente dos profissionais, através da análise das ações pertinentes aos processos de trabalho. Reflexões de tal natureza podem causar impacto na concretização de ações profissionais que estejam alinhadas de forma mais coerente e humanizada às necessidades dos usuários.

Diante desse contexto faz-se necessário a criação ou o reforço dos processos de educação permanente¹⁴ dentro dos estabelecimentos hospitalares que abordem este tipo de análise no sentido de auxiliar na criação ou enriquecimento de ações profissionais que dêem sustentação aos novos perfis (críticos, cientes de seus direitos e espaços) dos profissionais e usuários que compõem o universo do cuidado humanizado.

A segunda forma de escuta que deve ser considerada é aquela que não possui o foco exclusivo no usuário, visto que existem momentos em que o profissional, mesmo que atuando com o usuário, compartilha e divide sua atenção com os diferentes atores que interagem no ambiente onde o cuidado está sendo prestado. Existe uma demanda grande de fatos e interações que acontecem concomitantemente ao momento em que se estabelece a relação entre enfermeiro/usuário, tendo em vista que ela ocorre em presença dos ocupantes dos

¹⁴ A educação permanente consiste em alternativas educativas centradas na transformação do processo de trabalho. Parte, portanto, da reflexão sobre o que está acontecendo no serviço e sobre o que precisa ser transformado (RIBEIRO; MOTTA, 1996).

outros leitos da enfermaria, dos outros profissionais que com eles atuam, assim como com seus familiares.

Os relatos que seguem retratam essa realidade:

Enfermeira: - Então, vais à cirurgia?

Paciente: - Sim, a hérnia está muito grande!

Enfermeira: - Vamos fazer um exame do coração.

E começa a prepará-lo, erguendo a parte de cima do pijama.

Paciente: - Já fiz um desses há dois anos atrás porque o coração resolveu acelerar.

Enquanto a enfermeira Artemis prepara o paciente, ele nos conta que está perdendo dinheiro permanecendo no hospital, pois nessa época do ano tem um bom movimento na cidade onde mora porque trabalha com passeios turísticos.

Enquanto Artemis conversa com o paciente a doutoranda que está acompanhando o paciente ao lado fala com a enfermeira a respeito do acesso venoso do paciente do leito A.

Ártemis responde a ela, dizendo que depois avaliaria. (DIÁRIO 1-26/12/02)

Ao chegar à enfermaria, Atena se coloca ao lado do leito dizendo:

– J., vim fazer o remedinho pro teu enjôo.

Paciente J. – Não quero, já passou!

Atena: - Passou mesmo? (a enfermeira está ao lado da cama e não se aproxima muito da paciente. Os olhos da enfermeira não cruzam com os olhos da paciente e esta por sua vez conserva-os quase sempre baixados ou desviados).

Paciente J.: - Não quero, vai doer...

Enquanto isso, a paciente M. do leito C, também começa a queixar-se.

Paciente.M.: - Atena, eu também estou um pouco enjoada, com dor de cabeça.

Atena continua a falar com a paciente J.

Atena:- Mas a tua cara não está de quem está melhor....

A paciente está bastante abatida e passa a mão constantemente na região epigástrica.

Atena:- É só uma picadinha, vamos fazer?

Paciente J.-.Tá bem! Vamos fazer, vamos fazer, vamos fazer....(meio contrariada).

Enquanto isso a paciente M., que está sentada na cama, deita e levanta em seguida dizendo:

- Oh! Não consigo nem deitar, fico tonta!

Atena chama a paciente pelo nome e diz:

- Já vou falar contigo!

Em seguida, ao iniciar a punção endovenosa em J. constata que a agulha é de calibre inadequado. Me ofereço para ir ao posto de enfermagem pegar uma nova agulha e quando retorno Atena me diz:

- Já falei com M., ela só quer um remedinho. Depois vou pedir para as gurias (técnicas de enfermagem) providenciarem. (DIÁRIO 1-15/01/03)

Ao envolver-se com múltiplos eventos, a enfermeira tenta dar conta de vários acolhimentos concomitantemente, perpassando, muitas vezes, por esse envolvimento e solicitude em responder a demandas simultâneas, o conceito de competência profissional.

Essas demandas são provenientes e pertinentes a uma certa regularidade existente no processo de trabalho em saúde e o fato do enfermeiro respondê-las simultaneamente, na maioria das vezes, não prejudica a resolutividade das interações entre os sujeitos, se estas forem consideradas apenas enquanto finalização de tarefas. No entanto, se forem considerados os critérios de respeito aos indivíduos, de personalização do cuidado, da individualização dos sujeitos, do sigilo e da ética, em muitos casos, há um considerável empobrecimento na qualidade das mesmas.

Existe portanto, um imperativo nessas circunstâncias de escuta que acontecem de forma simultânea que é o fato do enfermeiro assumir junto a cada indivíduo participante do processo - como se ele realmente fosse o único - o compromisso de resolutividade que emergiu no momento em que se estabeleceu a relação. Nas situações observadas, quando a enfermeira diz à médica: - “Depois eu vejo”, deverá haver esse depois. Quando diz: - “Vou pedir para as gurias providenciarem o remedinho”, deverá haver essa providência, evitando assim uma escuta direcionada apenas no sentido de acalmar ânimos e cumprir protocolos de boa educação.

Devemos levar em consideração, que além do compromisso com a resolutividade, a capacidade de inclusão do usuário que está sendo cuidado como foco inicial e principal da atenção do enfermeiro, é uma habilidade necessária ao profissional nos processos de gerenciamento, tendo em vista que não é o fato da

atenção do profissional estar sendo dividida entre diferentes indivíduos que caracterizaria a falta de acolhimento ou falta de humanização, mas sim o como essa divisão é feita.

Deve haver especial zelo para que não ocorra simplesmente a troca de foco da atenção do enfermeiro de um indivíduo a outro. É necessário um cuidado particular em inserir o sujeito que está sendo atendido no contexto dos eventos que acontecem espontaneamente nos ambientes de cuidado e que impõem a divisão da atenção e escuta do profissional com outros sujeitos participantes do processo de trabalho.

A inserção do indivíduo, tão necessária para que ele não se sinta preterido ou desacolhido, pode ser feita através de um simples olhar explicativo; de um toque que represente: ainda estou contigo, de um pedido de licença, ou até, desde que eticamente possível, da sua inclusão nas questões que estão sendo socializadas pelos outros indivíduos que invadem, naquele momento, o seu espaço de cuidado.

4.1.3 Respeito ao indivíduo, a sua historicidade e autonomia

Considerar o indivíduo em suas particularidades e demonstrar real interesse pelo momento particular pelo qual passa é de grande importância para a concretização do cuidado humanizado.

No contexto estudado, o respeito às particularidades e individualidade dos sujeitos, assim como a afetividade aparecem nas ações do enfermeiro, como pode ser observado:

Após o término do procedimento (punção lombar) Atena acomoda o paciente que se encontra gemente e pergunta:

Atena: - Seu H. dói aonde? As costas?

O paciente fez sinal que sim com a cabeça.

Atena: - Logo vai passar! E amarra, com um gesto respeitoso, novamente a fralda que o paciente trazia amarrada na cabeça perguntado:

Atena: - Porque este pano assim?

Paciente: - Dói a cabeça!

Atena: - Ah! Por que dói? Vou deixar aí então. (DIÁRIO 1 – 04/02/03)

No entanto, existem outros momentos nos quais transparece a existência de limitações, de predisposições, talvez de preconceitos e gradientes diferenciados de empatia entre o profissional e o usuário.

A enfermeira Atena é avisada que o paciente J. não está aceitando a comida e a havia devolvido, reclamando bastante. Atena diz que a dieta é hiposódica, mas que vai falar com ele.

Fomos até a enfermaria e encontramos o paciente comendo biscoito água e sal, segundo ele, fornecido pelo próprio Serviço de Nutrição.

Atena solicita ao paciente que relate o que está ocorrendo.

Paciente: - Simplesmente não dá de comer esta comida!

Enfermeira: - Sim, por quê?

Paciente: - Se vocês comerem esta comida, eu também como!

O paciente responde olhando em minha direção (pesquisadora), mas está falando com Atena.

O paciente está sentado, com os pés para fora do leito, de frente para a mesa de refeições. Atena coloca-se próxima aos pés do leito, na diagonal, sendo que o paciente fica de lado para ela. Na maior parte do diálogo, os seus olhares não se cruzam. Nenhum dos dois faz menção de trocar sua posição para que possam conversar um de frente para o outro.

Enfermeira: - Vou falar com a nutricionista para vir falar com o senhor! Mas me diga o que tem a comida?

Paciente:- Se vocês comerem essa comida, eu também como. Vocês já comeram o feijão daqui?

Enfermeira: - Nós comemos aqui, mas não comemos a comida dos pacientes.

Paciente:- Eu sei que não estou pagando, mas não dá para comer!

A conversa não evolui mais do que isso. Saímos da enfermaria.

Atena telefona para o Serviço de Nutrição e Dietética e em seguida vem até o posto a auxiliar de nutrição que vai falar com o paciente voltando em seguida.

Auxiliar de Nutrição: - Ele está com esta comida porque é dieta para diarreia.

Enfermeira: - Mas ele não tem dieta para diarreia, é hiposódica!

A enfermeira indaga a técnica de enfermagem responsável pelo paciente:

Enfermeira: - Tu transcreveste a dieta; é para diarreia?

Técnico: - Não, eu não coloquei que era para diarreia.

Atena olha o prontuário e a lista de dietas juntamente com as funcionárias e constata que estava transcrito: dieta com 2 gramas de sal diárias. A auxiliar de nutrição leu diarreia.

A auxiliar de nutrição desculpa-se e fala novamente com o paciente.

Ao retornar ao posto de enfermagem diz à enfermeira:

Auxiliar de Nutrição: - Já me desculpei com ele e vou trazer comida! Que pena que me deu dele!

Atena diz:

- É, mas não precisa ter muita pena não! (DIÁRIO 1- 08/01/03)

Constata-se a inconstância do profissional em acolher os indivíduos em suas particularidades e individualidades, pois a mesma enfermeira que cobre carinhosamente a cabeça de um usuário, não consegue fixar seus olhos nos olhos de outro.

A fala da enfermeira: - “É, mas não precisa ter muita pena não!”, socializada junto à equipe de saúde aponta para possibilidades de que o enfermeiro esteja legitimando e permitindo, através de sua atuação, ações distanciadas ou pouco focadas na valorização dos sujeitos, em suas particularidades e forma de ser.

Essa afirmação pode ser associada com a transcrição que segue, decorrente da observação feita de outro episódio que ocorreu com o mesmo usuário alguns dias depois:

Artemis e eu (pesquisadora) estamos na secretaria do posto de enfermagem. Chega a técnica de enfermagem rindo, posiciona-se do lado de fora do balcão e chama a enfermeira Artemis fazendo sinal como o dedo indicador. Desconsidera minha presença e comenta com a profissional em tom baixinho:

Técnico: - Aquele paciente do leito B (apontando para a enfermeira em frente ao posto de enfermagem) é um chato. Já reclamou um monte pra mim hoje pela manhã e agora ta lá xingando a menina da higienização.

Artemis: - É, esse paciente é complicado, é aquele do infarto agudo, reclama de tudo. Em outro setor foi até agressivo! Tem que ir levando assim! (DIÁRIO 1 – 13/01/03)

Considerando as duas situações, entendo existir uma ligação estreita entre o “Não precisa ter muita pena não” verbalizado pelo enfermeiro e o “Ele é um chato” proferido pela técnica de enfermagem. Ambas são expressões que demonstram

desrespeito ao usuário. Sob minha ótica, a primeira cria condições para que a segunda se manifeste, salvaguardadas as particularidades relativas a polidez de cada trabalhador.

Ao analisar esse aspecto é importante considerar também o fato de que o próprio enfermeiro pode sentir-se desrespeitado dentro da estrutura da qual faz parte. No entanto, mesmo valorizando essa possibilidade, é oportuno levar em conta que o enfermeiro é, na maioria das vezes, referência e exemplo para a equipe de saúde, em função das suas ações gerenciais, da sua forma de estar e ser no trabalho, imprimindo marcas e criando modelos nos ambientes de cuidado.

Esse aspecto nos reporta às idéias de Merhy (1997c) que suscita a existência de uma violência institucionalizada, associada à não articulação de respostas aos problemas dos usuários. No caso relatado é necessário dar ênfase para o fato de que essa violência extrapola os aspectos relativos à articulação de respostas aos problemas dos usuários no que diz respeito às resolutividades operacionais, técnicas ou científicas, penetrando no âmbito do respeito, da ética e da manutenção da dignidade dos indivíduos. Merhy (1997c) refere também que essa violência não é percebida pelo trabalhador e eu acrescento: o próprio usuário, em muitas instâncias, também não a reconhece.

Ainda no que se refere ao respeito às particularidades de cada indivíduo, aparecem situações em que o enfermeiro não reconhece a historicidade do sujeito atendido, relegando-o a um mero objeto do plano terapêutico. No âmbito geral da saúde, esse não reconhecimento é contemplado por Mandu e Almeida (1999), quando enfatizam que as necessidades são apresentadas como se fossem de todos, são identificadas sobre os indivíduos, negando o seu modo de vida, não

levando em conta os processos que os originam. Afirmam que há uma interpretação a-histórica das necessidades.

O enfermeiro, ao fazer o gerenciamento do cuidado, em muitas circunstâncias atua sobre os indivíduos, coloca-se em um patamar diferenciado em função de seu saber estruturado, que muitas vezes o cega ou ensurdece diante dos apelos do usuário.

Entramos na enfermaria. A enfermeira Artemis aproxima-se da paciente L. do leito A e pergunta:

Artemis: – Como tu estás?

Paciente: - Não muito bem!

Artemis- Mas por quê?

Paciente: - Não vou aos pés, estou com dor.

Artemis: - Mas desde quando?

Paciente:- Desde que fiz o exame.

Artemis: - Isto foi quinta-feira,¹⁵ né? Gases?

Paciente: - Nada...

Artemis: - Mas olha quanto tu evacuaste para fazer o exame! Demora agora pra normalizar.

Paciente: - É mas já faz dias , e a dor que eu sinto?

Artemis: - Mas é assim mesmo !

E Artemis, olhando para mim (pesquisadora) diz:

- O pânico que eles sentem quando não vão aos pés!

Paciente: - (Desapontada, contrariada, como que desafiando a enfermeira), é, eu não sei nada mesmo! É fácil falar!

A paciente não está satisfeita com as explicações de Artemis.

Artemis: - Eu sei que é fácil falar, mas tem que aguardar. É assim mesmo. Artemis fala isto olhando para a prancheta que está aos pés da cama e a paciente continua sentada no leito olhando em direção a parede ou em direção a uma familiar que está sentada em sua diagonal).

Ao sairmos da enfermaria Artemis diz:

- Não sei, parece que esse pessoal não entende como é que as coisas funcionam! (DIÁRIO 1-10/02/03)¹⁶

Em situação como essa percebe-se um posicionamento seletivo onde é descartada a possibilidade do usuário sentir-se acolhido. Em algumas situações existe ainda o agravante de que o conhecimento estruturado do enfermeiro não dá

¹⁵ O exame havia sido realizado no dia 06/02/03, portanto a paciente estava há 5 dias sem evacuar.

¹⁶ Alguns dias após ao episódio observado, constatei através de uma conversa com enfermeira Atena que a usuária havia sido submetida a sessões de quimioterapia e radioterapia e seu médico assistente havia salientado que as complicações intestinais poderiam ocorrer. (DIÁRIO 1- 10/02/03)

conta de particularidades próprias de cada usuário, tendo em vista que o costume em lidar com ocorrências semelhantes faz com que queixas sejam banalizadas e investigações sejam feitas com pouca atenção.

Na atenção individual ao usuário, há pouca preocupação com a autonomia, com o direito e a capacidade dos mesmos em exprimirem suas preocupações e desejos. O sujeito que sofre a intervenção é quase sempre tomado como um objeto passivo, como se fosse incapacitado de qualquer reação às ações dos profissionais de saúde (LIMA, 1998).

O indivíduo visto como um objeto passivo é resquício de um saber clínico bem estruturado que ainda impregna as ações dos profissionais da saúde, estando presente também no cotidiano do enfermeiro. Esse saber estruturado que compõe as tecnologias leve-duras ainda aparece soberano nas tomadas de decisões e intervenções do enfermeiro junto ao usuário restringindo o reconhecimento das múltiplas dimensões do ser humano e sendo reducionista no que se refere às diferentes possibilidades de relações entre causas e efeitos encontradas nas situações que acontecem com os mesmos.

A esse respeito Dalmolin (2003) salienta que o reducionismo existente nos saberes e práticas reforça a concepção das pessoas enquanto objetos, reduzindo os sujeitos à condição de receptores, ficando com a doença, descartando as responsabilidades com a história dos mesmos, empobrecendo e restringindo as possibilidades de mudanças necessárias, diante da complexidade apresentada pela história real de cada sujeito e de cada sociedade, em determinado tempo social.

Ao constatar esses aspectos é importante visualizar que não há uma atualização na configuração das tecnologias, direcionada para a possibilidade de que elas venham a dar conta do produto que está sendo esperado como resultado

dos processos de trabalho em saúde, ou seja, o usuário respeitado em sua individualidade, potencialidade e autonomia. Existe um hiato entre o desejado/idealizado e o vivido/concretizado nos processos de cuidado do enfermeiro.

Na situação relatada, mesmo considerando as pré-concepções que possam acompanhar o usuário em função das informações obtidas anteriormente sobre o seu prognóstico, é importante pontuar que o conhecimento estruturado do enfermeiro, não contribuiu para a satisfação das necessidades de segurança e resolutividade próprias da usuária. Isso demonstra a dificuldade na contextualização e adaptações dos conhecimentos para as diferentes realidades por parte da enfermeira, reduzindo as chances de acolhimento.

Vale pontuar que existe também o tipo de abordagem, na qual o profissional, embora com intenção de acolhimento ao usuário, adianta-se às possíveis necessidades do indivíduo, desrespeitando, de certa forma, seu potencial para tomar as próprias decisões como demonstrado na observação que segue:

A enfermeira destapa a paciente e examina a região perineal a pedido das alunas e ela constata que a paciente está com prolapso de útero. Examina também o abdome que está extremamente aumentado devido a ascite (causa de sua internação atual e anteriores) e pergunta:

- Dói?

Paciente: - Às vezes, quando fico muito sentada! Mas é por causa da barriga que está grande...

Enfermeira: - É, está grande mesmo!

A enfermeira comenta comigo e com as alunas que na última internação haviam retirado nove litros de líquido abdominal e que a paciente tinha se mantido estável e continuou falando com a paciente:

Enfermeira:- E quanto ao outro problema (referindo-se ao prolapso) temos que ver com o médico. Para isso tem cirurgia.

Paciente: - É, mas acho que se diminui a barriga, melhora. Fazer cirurgia nessa altura!

Enfermeira: - Que idade a senhora tem?

Paciente: - Setenta e cinco.

Enfermeira: - É, isto tem que ser bem avaliado, mas nós vamos pedir para o médico vir dar uma olhada! (DIÁRIO 1- 08/01/03)

Nesse caso, mesmo com o intuito da ajuda, a enfermeira previu uma necessidade que não era significativa para a usuária naquele momento. Embora o acesso¹⁷, possibilitado à usuária no momento em que o profissional sugeriu a avaliação cirúrgica seja um dos quesitos importantes para que o acolhimento se concretize, ele não tem por princípio ser baseado nas necessidades do profissional e sim nas do usuário.

Fica claro na descrição acima, que mesmo sem a aceitação da usuária a enfermeira iria pedir a avaliação do cirurgião. Em situações como essa, a competência e o saber profissional estruturado podem deflagrar processos de pouca valorização da capacidade de autonomia dos sujeitos que utilizam os serviços de saúde em tomarem suas próprias decisões.

Essa abordagem suscita também uma reflexão de que a resolutividade dos problemas de saúde dos usuários vem sendo visualizada, na grande maioria das vezes, através de atitudes profissionais de “fazer por” e não “fazer com” o usuário, distanciando-se em parte da essência do acolhimento. Embora exista o interesse da enfermeira em propiciar acesso ao usuário, nem sempre ele é visualizado como o centro dessa ação e as condutas ainda acontecem padronizadas, caracterizando a dificuldade do enfermeiro em romper com o caráter normativo das suas ações e também com a “pseudo” soberania do saber profissional sobre a vontade dos indivíduos.

Sobre esse aspecto, Leite e al.(1999) ao estudar o acolhimento nos serviços da Secretaria Municipal de Belo Horizonte como perspectiva de reorganização da assistência de enfermagem, reconhece que o acolhimento é praticado como mais

¹⁷ Considero acesso, em âmbito de internação hospitalar, a possibilidade do usuário usufruir das diferentes tecnologias existentes no espaço intra-hospitalar ou fora dele, conforme forem as demandas de suas necessidades.

uma atividade, mais um compartimento dos serviços de saúde. Mesmo tendo acesso, as pessoas usufruem daquilo que a organização tecnológica existente permite realizar. A partir dessas considerações, saliento que os indivíduos são encaixados nas composições tecnológicas, estando, em muitos casos, disponível ao usuário apenas o que passa pela ótica e entendimento dos profissionais do que é necessário para cada um.

A transcrição seguinte exemplifica esse aspecto:

Hera começa a organizar-se para as visitas aos pacientes. Primeiramente diz que vai visitar um paciente com suspeita de tuberculose que está fumando no quarto.

Ao chegar no quarto diz:

Hera: - Oi, tudo bem?

Paciente: - Tudo !

O paciente continua sentado na cama, olhando para a janela.

Hera mantendo-se em pé aos pés do leito diz:

- Com tosse? Como é que está passando?

Paciente: - Bem!

O paciente não quer conversa, demonstra-se reticente.

Hera introduz o assunto do cigarro, muito cautelosamente dizendo:

- E esse cheirinho que estou sentindo?

Enquanto diz isso Hera abre a janela do quarto e o paciente ri, entre sem jeito e contrariado.

Paciente: - Bah! Mas não dá para deixar assim?

Hera: - Mas para o teu problema, não dá para continuar fumando assim. Quem sabe já vai acostumando e deixa de fumar enquanto está aqui! E aqui no hospital é proibido!

Paciente: - Mas precisa mesmo?

Hera: - É para tua saúde!

E olhando para o visitante que estava encostado na janela diz:

- Aqui no hospital ninguém pode fumar e não é para trazer cigarro também; nem quem vem visitar! (DIÁRIO 1- 04/02/03)

Situações dessa natureza demonstram o que comumente ocorre: o enfermeiro reafirma a sua responsabilidade de orientar, de colocar o seu saber e as normas do estabelecimento como imprescindíveis para assistência ao usuário, demarcando o controle do enfermeiro no processo de trabalho, tanto no sentido de reproduzir aspectos organizacionais como na dimensão de responsabilização do profissional.

Esse fato pode ser incluído dentro da análise feita por Ferraz (1995) que salienta que em ambientes organizados burocraticamente, tudo passa a ser controlado de forma racional, sendo a vida dentro dos estabelecimentos regrada nos seus mínimos gestos. Ao utilizar o referencial de Mafesoli, a autora salienta a existência da supremacia do individualismo que provoca uma desapropriação da vida de cada indivíduo, uma vez que, o que tem predominado nesse processo é a planificação, a imposição e a repressão, resultando numa existência cotidiana sem expressão humana.

No que se refere aos aspectos individuais, esse exemplo permite também um aporte as idéias de Merhy (1997a) quando salienta que a responsabilização dos profissionais pela assistência do usuário implica na soma das ações do profissional ao usuário em busca da melhoria da qualidade de vida do mesmo. Enfatizo que, em momento algum, a responsabilização implica em anular ou não reconhecer o usuário como agente de sua existência.

Responsabilização não implica necessariamente que o profissional se entenda como responsável pelo usuário, pelas suas ações e decisões, quando esse tem condições de responsabilizar-se por si e de decidir autonomamente o que deseja para si. “Apresentar uma lista de proibições, de deveres, de obrigações a serem seguidas pode significar negar a condição do sujeito” (LUNARDI, 1999, p.659).

Essas situações distanciam, criam barreiras entre o usuário e o profissional, dificultando o acolhimento a partir do momento em que a decisão do profissional e as normas do estabelecimento aparecem como soberanos, como caminhos únicos no auxílio ao usuário.

No sentido de acolher os indivíduos podem ser utilizadas abordagens construtivas e dialógicas nas interações entre o enfermeiro e o usuário, nas quais seja permitido ou incentivado que o mesmo coloque-se na situação instalada antes de repreendê-lo ou reprimi-lo. Qual seria a diferença em nível de tempo disposto ou de energia por parte do enfermeiro se ele optasse por trocar a utilização da informação normatizada/protocolar pela possibilidade de envolver o usuário em um diálogo onde ele pudesse manifestar suas opiniões em uma forma mais criativa e personalizada de interagir?

Essas interações podem conduzir a um acolhimento através de diálogos. O enfermeiro poderia incentivar o usuário a posicionar-se a respeito de sua doença, da relação do fumo com a doença, entre outras tantas coisas que poderia articular para posteriormente introduzir sua opinião, a necessidade organizacional e contribuir com seus conhecimentos.

Esses fatores simples e mais sensíveis de interação extrapolam o domínio normativo e direcionado, fazendo um chamamento aos aspectos de saúde do usuário através da possibilidade dele enxergar-se, de pensar, de sentir e optar em cuidar de si ou não, enfim, em utilizar sua autonomia.

Não é possível falar em autonomia absoluta, visto que, os espaços de liberdade são restritos dentro dos serviços de saúde, mas é perfeitamente possível pensar em políticas e práticas fora do domínio pré-estabelecido (CAMPOS, 1997; MERHY, 1997a). Nessa concepção, o enfermeiro ao possibilitar abertura de espaços a uma prática diferenciada no sentido de envolver e centralizar o usuário no processos do seu cuidado estaria rompendo gradativamente, nas instâncias possíveis do seu micro espaço de trabalho, com o domínio existente nos contextos hospitalares e contribuindo para a construção de uma assistência mais humanizada.

No entanto, não pode haver ingenuidade. Em função de abordagens dessa natureza, descompassos podem acontecer, alguns relativos ao usuário, como uma possível estranheza pela forma de abordagem e de relação entre ele e o profissional e outros relativos ao próprio enfermeiro, que deverá conviver com a instabilidade e ansiedade que podem surgir em função das novas práticas, com a sensação de protocolos não cumpridos, com a potencialidade, muitas vezes desconhecida do usuário, com a criação de novas demandas de ações, assim como com o receio e as conseqüências da possível desestabilização da lógica organizacional.

Esses são apenas alguns dos ônus que devem ser sustentados quando destaca-se a centralidade do usuário nos processos de trabalho em saúde, a construção de sujeitos e a humanização do cuidado, tendo em vista que o reconhecimento do usuário como um sujeito da história, e de forma especial da sua própria história, pode ser um fator importantíssimo para a consolidação do acolhimento e criação de vínculo entre o usuário e o profissional de saúde.

4.2 O VÍNCULO E OS PROCESSOS GERENCIAIS DO ENFERMEIRO

Ao serem analisados os aspectos relativos ao vínculo no contexto intra-hospitalar é importante considerar o posicionamento de Cecílio (2001) que o concebe enquanto referência e relação de confiança entre os indivíduos e que ele vem a ser mais do que a simples adesão formal a um serviço de saúde.

Deve-se considerar, que na área hospitalar, na grande maioria das vezes, a adesão formal do usuário aos serviços de saúde ocorre quase que

automaticamente. O usuário nem sempre escolhe o estabelecimento e muito menos a unidade de internação onde será hospitalizado. Nesse aspecto, o usuário fica sujeito aos critérios do médico, das próprias políticas de saúde e das normas dos estabelecimentos.

Nos setores de internação hospitalar, o enfermeiro é um profissional que demonstra a intenção em criar vínculos com o usuário, sendo isso visível desde os primeiros contatos entre os sujeitos, como na observação que segue:

Artemis visita a paciente M. que internou no dia anterior.
Verifica as condições do soro, pergunta para os familiares se ela veio de outro hospital para tratar das feridas, se ela se alimenta através de sonda.
O familiar responde que há três meses estava com sonda naso-enteral, debilitada, com oxigênio e inconsciente.
A enfermeira diz que seu nome é Artemis e caso necessitem de alguma coisa é só chamá-la. Acrescenta ainda que o banho é dado por volta das 10 horas, seguido do curativo e troca de cama. Salienta que vai até o posto de enfermagem verificar se a paciente tem exames. (DIÁRIO 2-22/01/2003)

Ao colocar-se à disposição, identificar-se, explicar a rotina do serviço e ao demonstrar interesse pelas particularidades inerentes às situações do indivíduo, a enfermeira busca uma proximidade com o usuário através de um primeiro acolhimento, abrindo a possibilidade para que o mesmo utilize a referência por ela disponibilizada como porta de entrada para um vínculo que pode ser efetivo ou não com o passar do tempo, visto que para a concretização de um vínculo efetivo não basta apenas esse tipo de atitude inicial.

Para reforçar esse aspecto é importante trazer a concepção de Campos (1997) que enfatiza não haver a construção de vínculo sem que o indivíduo seja reconhecido na condição de sujeito que fala, julga e deseja.

Esse reconhecimento somente pode ser concretizado em encontros personalizados entre os sujeitos participantes dos processos de trabalho em saúde. Armelline (2000, p.123) em seu estudo relativo ao acolhimento em âmbito hospitalar

a parturientes, salienta esse fato ao escrever que “o atendimento permeado de interações personalizadas e cálidas promovem vínculos marcantes”.

Para a concretização de vínculos é fundamental considerar as características e a dinâmica de construção do acolhimento existente nas diferentes e constantes relações estabelecidas entre o enfermeiro e os demais sujeitos envolvidos na sua prática profissional. Através dessa dinâmica surge e é sustentado, ou não, o vínculo entre os indivíduos e conseqüentemente entre os indivíduos e os serviços de saúde.

Um vínculo verdadeiramente estabelece-se através de ações sustentadas e resolutivas capazes de criarem conexões de complementaridade efetivas entre os sujeitos, assim como de ações que possibilitem a cada indivíduo simplesmente “ser” nos momentos de interação, e/ou ser melhor quando junto e/ ou por ter convivido com o outro. Conforme Cecílio (2001), o vínculo implica em uma relação contínua no tempo, pessoal e intransferível, calorosa e (a)efetiva.

A concretização de vínculo na concepção explicitada é visualizada no contexto estudado e comprovada através da observação transcrita:

A filha de um paciente encontra Atena no corredor e diz:
- Ele está aí de novo ! (referindo-se ao pai que estava internado)
Atena: - É? Quando ele internou? Eu estava de férias, estou voltando hoje!
Filha: - Atena, ele dizia lá em casa que ele ia voltar e ver a Atena!
Mas sabe o que eu queria? Estou com minha irmã de Curitiba lá em baixo (referindo-se ao setor de recepção) com a nenê de um aninho. Será que não dá para ela subir só um pouquinho?
Atena: - Vou ver, mas acho que pode um pouquinho.
Atena acompanha a filha até a enfermaria, se aproxima do leito, pega na mão do paciente, brinca com ele, lembram juntos alguns aspectos da internação anterior. O paciente foi muito receptivo a ela.
Ao sair da enfermaria Atena é acompanhada pela filha do paciente. Comentam algumas coisas da internação anterior e Atena diz:
- Vou ligar para a recepção e liberar a entrada da nenê! (DIÁRIO 1 - 03/02/03)

O fato da filha chamar a enfermeira pelo nome, verbalizar que o pai lembrava dela mesmo em seu domicílio, a receptividade do usuário às brincadeiras que a

enfermeira faz, reportando-se a vivências que haviam partilhado na sua internação anterior, são alguns pontos fundamentais que demonstra a confiança depositada pelo usuário e familiares no profissional, o vínculo personalizado entre o enfermeiro e usuário, e a manutenção do mesmo através do tempo. A autonomia utilizada pelo profissional em quebrar a norma e permitir a entrada da neta no hospital demonstra reciprocidade no vínculo.

Comprovou-se também a demonstração de vínculo personalizado por parte do enfermeiro ao reconhecer um usuário de uma internação anterior.

Ao sair do Centro de Terapia Intensiva Artemis encontra-se com os familiares do paciente que estava sendo transferido e dirige a palavra a uma moça que aguarda na porta.

Artemis: - Mas olha quem está aqui! O que tu és dele?

Familiar: - Sou sobrinha.

Artemis: - Mas tu já estiveste aqui conosco, não é?

Familiar: - Sim.

O elevador chega e Artemis diz para a sobrinha e um rapaz que a acompanha:

- Vocês vão ter que ir no outro elevador porque neste não cabe a cama e todos nós. Vocês vão lá onde tu ficaste baixada, lembra? É o mesmo setor onde ele vai ficar. (DIÁRIO 1- 06/02/03)

Após essas constatações acredito ser oportuno pontuar a existência de alguns componentes especiais encontrados neste estudo, que quando existentes nos distintos acolhimentos entre os sujeitos, são fatores contribuintes para a criação ou não de vínculos, assim como de seu fortalecimento enquanto resultado do trabalho do enfermeiro no ambiente intra-hospitalar.

Considero como primeiro fator a capacidade do enfermeiro em partilhar aspectos de sua vivência com o usuário. Esse é um elemento importante de identificação entre os sujeitos que facilita com que o usuário sinta-se inserido no contexto hospitalar, mesmo estando distante do seu cotidiano e do seu ambiente doméstico.

Artemis dirige-se para a paciente do leito C. Comenta que ela come super bem, que é querida, que tem 86 anos e diz:

Enfermeira: - Minha avó tem 87 anos! Quando a senhora faz aniversário?

Paciente: - Faço dia 11 de junho.

A enfermeira olha o frasco de soro e diz que precisa trocar.

Ao sair da enfermaria encontra com a técnica de enfermagem R. responsável pela paciente e solicita a troca do soro. (DIÁRIO 2 – 22/01/03)

Na transcrição acima aparece o enfermeiro pontuando o aspecto semelhante de um componente de seu cotidiano com o usuário, o qual permite a aproximação e certa cumplicidade, inserindo os sujeitos – profissional e usuário - em uma mesma realidade.

Ao escrever sobre a dinâmica formativa do vínculo, Scarpato (2001) afirma que a aproximação das vivências entre os indivíduos é fator importante para a concretização do vínculo.

Outro fator é a demonstração de solidariedade e cumplicidade do enfermeiro com o sofrimento e situações adversas com o usuário.

Enfermeira Artemis entra na enfermaria, aproxima-se do paciente e diz:

- Olá! Vim lhe dizer que o seu exame ficou pra hoje à tardinha.

A filha do paciente coloca a mão na cabeça dizendo:

- Ainda pra tarde?

Artemis: - É. Isso não depende de mim. Depende do médico! E olhando para o paciente diz:

- Mas o senhor pode comer.

O paciente apenas olha para a enfermeira, com olhar desapontado e ela continua:

- É, não adianta, tem que ter paciência. Já que o senhor está aqui, tem que pensar que é pra melhorar. Não vamos desanimar! (DIÁRIO 1- 08/01/03)

A frase “Não vamos desanimar!” proferida pela enfermeira demonstra que o profissional não está alheio ao que acontece com o usuário e familiares.

Mais um aspecto a ser considerado na formação de vínculos é o reconhecimento dos aspectos sadios do usuário, assim como a naturalidade, a espontaneidade e o humor com que o enfermeiro faz sua abordagem junto ao mesmo.

Artemis entra na enfermaria, conversa e brinca com o paciente do leito B, que está internado há mais de um mês, demonstrando boa recuperação de um acidente vascular cerebral.

O paciente está sentado em uma poltrona, Artemis belisca carinhosamente sua barriga e diz:

- Tá ficando gordo, hem!!!!!!

O paciente sorri! (DIÁRIO 1 – 05/02/03)

Entramos na enfermaria de isolamento onde está internado um paciente com dependência total, com sonda nasogástrica, proveniente do asilo.

Atena aproxima-se do leito e carinhosamente passa mão pela cabeça do paciente, toca seu ombro, passa a mão na sua camisa e diz:

- Está bonito hoje com essa camisa! (DIÁRIO 1- 15/01/03)

A enfermeira está fazendo o curativo do dreno de tórax do paciente A., vê seu pijama sujo e diz para a familiar que irá ajudar a trocá-lo e brinca com ele dizendo que está perfumado. O familiar comenta que ele sempre foi assim. (DIÁRIO 2- 30/01/03)

A enfermeira ao verbalizar: “Está ficando gordo”, “Está bonito com essa camisa” ou “Está perfumado” salienta aspectos de saúde e de “vida” existentes, porém nem sempre valorizados ou visíveis nos indivíduos que se inserem no contexto de internação hospitalar.

Atitudes dessa natureza proporcionam ao usuário uma aproximação com a sua força viva (COLLIÈRE, 1989), ou seja uma aproximação com a sua totalidade e não apenas com a sua doença ou parte doente, valorizando o usuário enquanto sujeito, demonstrando que o “usuário – pessoa” está sendo reconhecido. Além disso auxiliam na criação de um ambiente mais flexível e mais leve, favorável para o enfrentamento das muitas adversidades impressas no cotidiano do usuário hospitalizado.

Remen (1993) salienta que é importante o usuário saber que os outros ainda acreditam na sua força. Assim como a dor e a fraqueza, ele necessita que a coragem e a força individuais, traduzidas nesse estudo através dos seus aspectos saudáveis, também sejam percebidas e reconhecidas.

A mesma autora, ao visualizar o usuário enquanto ser humano fundamenta a importância da espontaneidade e do bom humor no cotidiano dos profissionais ao enfatizar que “os doentes precisam não apenas da habilidade dos outros, mas também da sua humanidade – seu calor, compaixão, compreensão e até mesmo seu humor” (REMEN, 1993, p.107). Achados relacionados a esse aspecto foram constatados também por Armelline (2000) ao visualizar que as mulheres participantes do seu estudo desejavam um acolhimento permeado de carinho, conversa, brincadeiras e risos.

Em contrapartida às questões da espontaneidade e da leveza, aparecem situações onde o enfermeiro atua de forma mecânica, cumprindo protocolos:

Artemis entra em um quarto de isolamento. O paciente não é conhecido e está sentado em uma cadeira, perto da janela.

Artemis conversa com ele:

- Bom dia!

Paciente: - Bom dia!

Artemis: - Porque tu estás aqui?

Paciente: – Para ver se estoura a malária...já tive duas vezes e sinto que ela está vindo de novo. Mas, ela não quer aparecer!

Artemis: - Nossa! Mas onde tu pegaste?

Paciente: - Morei em Rondônia.

Artemis: - E o que tu sentes?

Paciente: - Cansaço, fraqueza, mal estar...mas febre que é bom,nada!

Artemis: - Pois é, olhando para ti, nem parece que tu estás doente!

Paciente.- É mesmo! Eu caminho; tenho permissão até para ir lá fora. Daqui a pouquinho eu vou dar uma volta e esperar que a febre venha para poder fazer o exame!

Artemis: - Ah! Está bem. Eu sou Artemis, enfermeira deste turno. Se precisar de qualquer coisa, é só chamar!

A conversa é feita com o paciente sentado perto da janela e a enfermeira posicionada em pé, aos pés do leito. Ela não fez menção em se aproximar do paciente, nem para examiná-lo. (DIÁRIO 1 - 04/02/03)

Embora transpareça a intenção do profissional na criação de vínculo com o usuário através da sua apresentação formal, deve ser salientado a forma protocolar impressa na sua atitude. Para tanto, deve ser valorizada a linguagem não-verbal, traduzida nesse exemplo pelas posturas corporais dos indivíduos, que demonstram

um certo distanciamento entre os sujeitos - o usuário sentado e a enfermeira em pé, como se protegida, aos pés do leito.

Armelline (2000) confirma que a comunicação não-verbal é uma das formas de expressão do vínculo enfatizando que expressões de apoio, manifestações corporais acolhedoras, toque e gestos colaboraram no processo de adaptação de mulheres, no momento de sua hospitalização.

Outro fator a ser valorizado é a verbalização da enfermeira: “mas nem parece que tu estás doente”, que transmite uma mensagem dúbia. Ao mesmo tempo que pode estar valorizando o aspecto saudável do indivíduo, pode passar a mensagem de desconsideração e desvalorização do que o usuário está sentido, principalmente se associado à postura corporal do profissional descrita no exemplo.

Esse distanciamento, manifesto pela discrepância existente entre o que é dito e o que é demonstrado através dos gestos, das expressões faciais e manifestações corporais dos profissionais é um dificultador no estabelecimento de confiança e conseqüentemente de vínculos entre os indivíduos.

Outro fator importante na criação de vínculo enquanto fator de humanização é a presença afetiva e efetiva do enfermeiro ao lado do usuário e seus familiares.

Artemis entra na enfermaria dizendo:

- Olá seu O., como está bonito hoje! E aproxima-se do leito.

A filha, muito falante, diz que está com alguns outros familiares hospitalizados e que ajuda a todos e mostra que o paciente está com dor no abdome.

A enfermeira Artemis desprende a fralda do paciente e o examina, apalpa o abdome não encontrando alteração e diz:

- Mas aqui está tudo bem! Olha, (mostrando para a filha) aqui é a hérnia que ele tem. Está flácido, não parece estar com dor.

Filha: - Mas ele está o tempo todo, assim....queixando! E não se entende!

Artemis: - Ele evacuou?

Filha: - Sim, diarreia. Trocamos ele um monte à tarde!

O paciente continua a queixar-se e às vezes parece ficar bravo. Mantém o olhar fixo na filha e aperta a sua mão, chegando a machucá-la. O paciente parece estar irritado.

A enfermeira Artemis solicita que o paciente olhe para ela; ele resiste.

Artemis conversa com o paciente o tempo todo, avalia o posicionamento da sonda naso-enteral, troca a dânuia que está com vazamento e acomoda o paciente, deixando a filha interagir livremente.

Enquanto a enfermeira atua com o paciente a filha verbaliza:

- Acho que vou sair um pouco e deixar ele sozinho para ver se ele se acomoda.

Artemis continua falando com o paciente e diz para a filha:

- Olha, ele vai dormir!

A filha sai do quarto.

O paciente está calmo e realmente adormecendo.

(DIÁRIO 1 – 02/01/03)

Identificou-se que a enfermeira não se deteve apenas na queixa principal referida pela filha, utilizou-se da conversa, do olhar, da investigação, do toque, tentando entender o que se passava com os indivíduos naquele contexto. Enfim, soube “estar e ser” verdadeiramente na situação que se apresentava, de forma a entender e responder ao processo pelo qual os indivíduos passavam naquele momento.

O estar/ser presente e resolutivo do profissional é de extrema importância na criação do vínculo com o usuário e seus familiares. Essa concepção abarca o fato do enfermeiro disponibilizar-se aos indivíduos diante das diferentes dimensões das necessidades por ele demonstradas, como se, para cada queixa de cada sujeito tivesse um sensor de reconhecimento, um componente no profissional que a correspondesse.

Associo a essas considerações as idéias de Remen (1993, p. 184) que enfatiza o fato de que é necessário que profissionais encontrem-se presentes como pessoas completas na sua atuação com o usuário, respondendo às necessidades dos mesmos “com todos os aspectos da sua própria natureza: como o conhecimento, intuição, *insight*, sabedoria, sentimentos, compaixão”, ou seja todos os recursos humanos do profissional para favorecer o processo do cuidado.

Nesse processo o cuidado humanizado é visualizado através do vínculo, enquanto resultado concebido de inúmeras interações resolutivas às necessidades de cada indivíduo com quem o enfermeiro interage nos diferentes momentos de sua atuação.

A necessidade de ocupação consciente do enfermeiro, em cada momento do seu cotidiano, dos espaços intercessores compartilhados com os demais indivíduos participantes dos processos de trabalho é fundamental. O real envolvimento e o comprometimento do profissional em preencher esses espaços com componentes adequados, mesclando fazeres técnicos e fazeres interpessoais também são imprescindíveis.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo consistiu na análise dos processos gerenciais do enfermeiro no âmbito intra-hospitalar e teve por objetivo identificar a utilização das tecnologias leves por parte do enfermeiro nas suas ações gerenciais, assim como associar essa utilização com a produção do cuidado dispensado ao usuário.

Neste capítulo serão encontrados os principais achados da pesquisa, assim como propostas de intervenções que considero importantes diante da problemática estudada.

É importante salientar que juntamente com os achados deste estudo, emerge também uma de suas limitações, devendo existir muitas outras ainda não visualizadas por mim. Refiro-me ao fato de não ter contemplado a inclusão dos demais componentes da equipe de saúde, além do enfermeiro, como sujeitos da pesquisa, tendo em vista que o gerenciamento do cuidado é um processo coletivo. Incluir esses sujeitos no estudo, o tornaria mais rico e mais condizente com a abordagem dialética contida no mesmo.

Para a compreensão da análise feita é importante apreender a concepção do processo gerencial do enfermeiro, contida nesse estudo como sinônimo de gerenciamento do cuidado.

Dessa forma, o gerenciar contempla a preocupação com a satisfação das necessidades do usuário, que está além da satisfação reducionista ligada às questões de sobrevivência e controles de doenças. Essa visão, que situou o usuário, durante um longo tempo, como um objeto e um indivíduo sujeitado aos processos de

trabalho em saúde, está migrando para a visão do usuário enquanto indivíduo potente, multidimensionado, sujeito em ação no seu processo de vida.

Acrescento ainda que a concepção de gerenciar extrapola também a dimensão administrativa contemplada pelo modelo científico de administração, concretizando-se no trabalho coletivo e prevendo a utilização de diferentes saberes e instrumentos para a sua concretização.

Apesar do objetivo desse estudo estar focado nas tecnologias leves, é importante, para a visualização da totalidade do contexto observado, salientar que a utilização dos diferentes tipos de tecnologias foi constatada, entre elas estando a tecnologia leve.

Embora exista por parte dos enfermeiros um discurso a respeito da necessidade de cuidar de forma humanizada, a existência de irregularidades e inconstância na qualidade do cuidado foi um achado importante. Esse resultado advém do fato de que o cuidado acontece na relação entre o profissional e o usuário, em momento ímpar, dinâmico e contingencial, estabelecendo-se de forma distinta nos diferentes encontros entre os sujeitos, tendo em vista as subjetividades, necessidades e intenções dos mesmos, nos momentos de interação.

Visualizaram-se como resultados da utilização das tecnologias por parte do enfermeiro desde o cuidado afetivo, acolhedor e resolutivo, até aquele distante, mecanicista e desalinhado das necessidades dos indivíduos, os quais imprimem aspectos contraditórios nos processos de trabalho em saúde.

Apesar desse contexto contraditório, ao buscar a utilização das tecnologias leves nos processos gerenciais do enfermeiro, confirmou-se o pressuposto de que esse profissional, ao utilizá-las produz cuidado humanizado.

E, em resposta à pergunta desta pesquisa, saliento que foram identificados o acolhimento e vínculo nas ações do enfermeiro no desenvolvimento de seus processos gerenciais, os quais são considerados por Merhy (1997) como tecnologias leves e também visualizados, em diferentes espaços de trabalho em saúde, através de estudos feitos por ARMELLINE (2000), RAMOS (2001), SHIMITH (2002) e DEGANI (2002).

A centralidade dos indivíduos nos processos de trabalho, a escuta, a satisfação das necessidades, o respeito à individualidade, à historicidade e à autonomia dos sujeitos foram identificados como fatores que, quando presentes ou ausentes, definem a configuração do acolhimento.

No que diz respeito à valorização dos indivíduos nos processos gerenciais do enfermeiro, o envolvimento contínuo e afetivo do profissional visualizado em muitas situações observadas não é suficiente para caracterizar a centralidade do usuários nas ações desse profissional. Colocar o indivíduo no centro dos processos de trabalho e acolhê-lo implica em ir além das práticas afetivas, de boa educação, de ganhos e curas, implicando em resolutividade, respeito à integridade e dignidade dos indivíduos que utilizam os serviços de saúde.

A esse respeito constatou-se que o enfermeiro exerce suas atividades de forma pouco criativa, às vezes pouco sensível e pouco flexível, concretizando ações centradas em procedimentos, protocolos organizacionais e na luta por espaços, reforçando o poder de um indivíduo sobre o outro.

Paradoxalmente esse profissional também sabe expressar sua preocupação em centrar o usuário nos processos de trabalho, conseguindo ter a crítica e o sentimento de pesar quando essa centralização não acontece. Diante do trabalho

coletivo, foram constatadas situações em que o enfermeiro aparece advogando pelo usuário e tomando atitudes que os posicionam no centro das ações de saúde.

A centralidade dos indivíduos nas ações gerenciais do enfermeiro aparecem como fator dependente do tipo de intervenção do profissional ao relacionar-se com os diferentes sujeitos. Observou-se que nas ocasiões em que o enfermeiro executa intervenções técnicas ele torna-se auto-suficiente em função de seu conhecimento estruturado, e tende a relegar os demais aspectos da totalidade do indivíduo que está sendo atendido, que não estejam sendo contemplados pelo procedimento executado.

Na maioria das situações observadas há pouca capacidade ou sensibilidade por parte do enfermeiro em acoplar e associar as tecnologias leves com as leves-duras, como se as mesmas fossem mutuamente excludentes. O fator associativo entre uma tecnologia e outra é fator importante para a resolutividade das ações do enfermeiro, assim como para a humanização do cuidado.

A escuta do enfermeiro para com os diferentes sujeitos que participam do processo gerencial é o portal de entrada para a satisfação das necessidades dos indivíduos e conseqüentemente um elemento importante na consolidação do acolhimento na área intra-hospitalar.

Foram encontradas duas formas de escuta: a individual e a compartilhada. A escuta individual é aquela traduzida por momentos em que o enfermeiro dirige sua atenção para um único indivíduo e a compartilhada é aquela onde a atenção do profissional é dividida entre os inúmeros sujeitos que participam de diferentes momentos do processo de trabalho e o levam a envolver-se com múltiplos eventos concomitantemente. No entanto, independente do tipo da escuta, da exclusividade ou não da atenção do enfermeiro para com os indivíduos, constatou-se que a

mesma nem sempre provoca o impacto adequado na resolução das necessidades dos mesmos, tendo em vista as marcas da subjetividade impressas nos momentos de interação entre os sujeitos.

Outro fator observado no contexto estudado foi a inconstância do enfermeiro em acolher os indivíduos em suas particularidade e individualidades, comprovadas através de eventos mesclados de gradientes diferenciados de empatia, proximidade, afetividade, respeito, predisposições e preconceitos. Esses elementos foram encontrados também no trabalho coletivo e associados com a atuação do enfermeiro por entender que a sua forma de estar e ser no trabalho imprime marcas e características nos ambientes de cuidado.

Apareceram também situações nas quais o enfermeiro não reconhece a historicidade do sujeito atendido e desrespeita o potencial do mesmo em tomar sua decisões ou priorizar suas necessidades. O saber estruturado ainda aparece soberano nas tomadas de decisão dos enfermeiros, restringindo o reconhecimento do outro enquanto indivíduo potente e autônomo e canalizando a resolutividade dos problemas de saúde sob sua ótica e, particularmente sob a ótica do “fazer por” e não “fazer com” o usuário, distanciando-se portanto da possibilidade do acolhimento.

Esse achado reforça as idéias de Merhy (2002) que salienta poder haver a predominância de uma tecnologia sobre a outra de tal modo que há momentos nas quais a dimensão cuidadora pode estar praticamente anulada.

O vínculo entre o enfermeiro e usuário também foi evidenciado nesse estudo, e, de forma semelhante ao que ocorre no acolhimento, foram constatados alguns elementos cuja presença ou ausência facilitam ou dificultam a sua criação. Dentre eles encontram-se a capacidade do enfermeiro em partilhar aspectos de sua vivência com o usuário, a solidariedade e cumplicidade do profissional com o

sofrimento em situações adversas, o reconhecimento dos aspectos sadios dos indivíduos, a naturalidade, espontaneidade, humor, afetividade e efetividade das ações do profissional e por fim comunicação e posturas corporais.

Visualizou-se que o acolhimento e conseqüentemente o vínculo possuem várias nuances, concretizando-se em movimento, em uma trajetória que vai do simples ao complexo, conforme forem os sujeitos e as situações de interação em que se encontram.

O acolhimento pode concretizar-se através de um simples gesto de carinho, desde que suficiente para satisfazer as necessidades de algum indivíduo em determinado momento, assim como pode exigir atividades complexas, envolvendo múltiplos atores e distintas tecnologias que respondam a pluralidade de necessidades que o indivíduo possa vir a apresentar.

Saliento que para detectar essas multiplicidades é importante atenção ao espaço relacional - espaço de utilização de tecnologias leves - visto que o mesmo possibilita a visualização do usuário em sua totalidade e em decorrência, possibilita também o aporte aos diferentes saberes e instrumentos necessários aos profissionais para um atendimento que responda as necessidades dos indivíduos. Diante dessas considerações, acredito que as tecnologias leves são portas de entrada ou catalisadores para a utilização das demais tecnologias.

Foi observado o uso restrito e até certo ponto seletivo das tecnologias leves por parte do enfermeiro, sendo visualizado através da falta de contextualização dos eventos que acontecem com os sujeitos, da pouca flexibilidade, do individualismo e certas formas de centralização dos profissionais existentes nos processos de trabalho em saúde.

Acredito que esse uso restrito e seletivo venha em função de uma utilização não pensada das tecnologias leves, feita de forma aleatória, através de ações espasmódicas e sem intencionalidade. Constatou-se diferença entre a forma do enfermeiro preparar-se para fazer um curativo daquela em que ele simplesmente interage com os indivíduos, sem o ritual do procedimento.

Na realidade, não existe o preparo, pois não há e nem procede a existência de ritual prévio para as interações que acontecem com os sujeitos no cotidiano do trabalho, tendo em vista que as circunstâncias são inusitadas, não programadas, acontecem no trabalho vivo em ato. Sendo assim, o preparo dos profissionais deve ser constante, de forma a armazenarem em sua forma de ser, elementos que possam estar prontos para serem oferecidos a qualquer momento e a qualquer indivíduo com quem possam interagir.

Ao ser observada a prática gerencial do enfermeiro constatou-se a existência de uma lacuna no que se refere a esse preparo. São poucos os momentos de reflexões aprofundadas sobre o que incorporar na prática dos profissionais direcionadas à qualidade das interações entre os indivíduos para que se possa realmente cuidar de forma humanizada.

Entendo ser necessário introduzir essas reflexões nos ambientes de trabalho abarcando dois aspectos. O primeiro é o aspecto individual que consiste na busca de cada indivíduo/profissional, em entender-se como pessoa, saber de suas habilidades e limitações para poder reconhecer-se inteiro e assim também reconhecer, aceitar e interagir com o outro dessa forma. E o segundo aspecto refere-se à análise constante dos processos de trabalho, não apenas para verificação de competências técnicas, mas também de competências humanas, de construção de “gente”, em forma de educação permanente.

É possível consolidar através da análise das interfaces dos sujeitos e entre eles de forma mais sistemática, a utilização das tecnologias leves nos processos de trabalho.

Proponho a utilização de oficinas, enquanto ferramenta de educação permanente, com ênfase nos elementos essenciais do acolhimento e do vínculo dentro das instituições hospitalares. Sendo importante também a implantação de auditorias concorrentes não apenas focadas em procedimentos, mas sim em processos de trabalho, cujos resultados serviriam de subsídios aos processos gerenciais do enfermeiro para o alcance de resultados mais sistemáticos e talvez mais próximos do cuidado humanizado.

Dessa forma estaríamos caminhando em direção à mudanças substanciais no que diz respeito a utilização de tecnologias adequadas, centradas nas necessidades dos diferentes sujeitos participantes dos processos de trabalho, alterando, não superficialmente, mas em profundidade a composição do trabalho.

Essas propostas de intervenção podem configurar os processos gerenciais do enfermeiro como uma forma de tecnologia leve, dando espaço para os profissionais analisarem sua prática, com possibilidades de transformarem o contexto e ao fazê-lo construir a si mesmos, auxiliando também na edificação de outros sujeitos e contribuindo para consolidação do cuidado humanizado.

REFERÊNCIAS

ALVES, M. A gerência do cuidado de enfermagem frente a novos modelos de gestão. *In*: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 50º, 1998. **Anais...**

ARMELLINI, C.J. **Resgatando a palavra das mulheres**: o acolhimento na parturição.2000. Dissertação (Mestrado)- Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2000, 253 f.

BAREMBLIT, G. **Compêndio de análise institucional e outras correntes**: teoria e prática. 4. ed. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma operacional básica do SUS**. - NOB 96 disponível em: <http://www.gov.br.descen./nob_96> . Acesso em: 03/07/2002.

CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde.**Princípios, diretrizes e recursos do Sistema Único de Saúde**. disponível em: <http://www.campinas.sp.gov.br/saude/sus_campinas.htm> Acesso em:25/05/2003

CAMPOS, G. W. de S. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da saúde. *In*: Cecílio, Luiz C. de O. et al. **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: HUCITEC, p.29-116, 1997.

CECÍLIO, L. C. de O. A necessidade de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção *In*: PINHEIRO, R. e MATTOS, R. A. de (org.) **O sentido da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, p. 113-126, 2001, 178p.

COLLIÈRE, M. F. **Promover a vida**.Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem. Lisboa, 1989, 347 p.

CREMA, R. **Saúde e plenitude**.Um caminho para o ser. São Paulo: Summus, 1995, 269 p.

CRUZ NETO, O. C. O Trabalho de Campo como descoberta e criação. *In*: MINAYO, Maria C. De S. **Pesquisa social**. Petrópolis: Vozes, p. 51-66, 1999, 80 p.

DALL'AGNOL, C. M.; CIAMPONE, M. H. T. Avaliação de desempenho: dialogos e representações de um grupo na enfermagem. *In: Revista brasileira de enfermagem*. Brasília, v. 55, n. 4, p. 363-369, jul/ago. 2002.

DALMOLIN, B. M. Ode está o sujeito do nosso trabalho? Algumas reflexões para as práticas de saúde. *Revista técnico-científica de enfermagem*. Curitiba: Ed. Maio, v.1, n.1, p.55-59, 2003.

DEGANI, V. C. **A resolutividade dos problemas de saúde**: opinião de usuários em uma unidade básica de saúde. 2002. Dissertação (Mestrado)- Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2002, 197 f.

FERRAZ, C. A. **A transfiguração da administração em enfermagem** – da gerência científica à gerência sensível. 1995. Tese (Doutorado)- Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. USP, 1995. 248 f.

_____. **As dimensões do cuidado em enfermagem**: enfoque organizacional. *Acta Paulista*, v. 12, número especial, p. 91-97, parte 1, 2000.

FERREIRA, A. B. de H. **Novo Aurélio século XXI**: o dicionário da língua portuguesa. 3 ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999.

FRACOLLI, L. A. ; MAEDA, S. T. A gerência nos serviços públicos de saúde: um relato de experiência. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. São Paulo: EEUSP, p.213-217, 2000.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários à prática educativa. 16 ed. São Paulo: Paz e Terra, 1996, 165 p.

_____. **Educação como prática da liberdade**. 24 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2000, 150 p.

GOLDIM, J. R. **Pesquisa em saúde**: leis, normas e diretrizes. 3 ed. Porto Alegre: HCPA, 1997, 156 p.

_____. **Manual de iniciação à pesquisa em saúde**. 2 ed. Porto Alegre: Dacasa, 2000, 180 p.

KOHLRAUCSH, E. O modelo assistencial clínico e algumas possibilidades de fazer diferente. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. Porto Alegre, v.20, p.70-85, 1999.

KURCGANT, P. (coord.). **Administração em Enfermagem**. São Paulo: EPU, 1991, 237 p.

LEITE, J. C. A. J., MAIA, C. C. A., SENA, R. R. Acolhimento: Perspectiva de reorganização da assistência de enfermagem. *In: Revista brasileira de enfermagem*. Rio de Janeiro, v.52, n.2, p.161-168, abr./jun. 1999.

LEOPARDI, M. T. Instrumentos de trabalho na saúde: razão e subjetividade. *In: LEOPARDI, M.T. (org). Processo de Trabalho em saúde: organização e subjetividade*. Florianópolis: Papa Livros, p. 71-81, 1999, 176 p.

LIMA, M. A. D.da S. **O trabalho de enfermagem na produção de cuidado de saúde no modelo clínico**. 1998. Tese (Doutorado)- Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, USP, 1998. 216 f.

LUNARDI FILHO, W. D. ; LUNARDI, V. L. Uma nova abordagem no ensino de enfermagem e de administração em enfermagem como estratégia de (re) orientação da prática profissional do enfermeiro. **Texto e Contexto Enfermagem**. Florianópolis: v.5, n.2, p.20-34, jul./dez. 1996.

LUNARDI, V. Bioética aplicada a assistência de enfermagem. *In: Revista Brasileira de Enfermagem*. V.51, Nº 4, P. 655-664 out./dez. 1998

MANDU, E. N. T., ALMEIDA, M. C. P.de. Necessidades em saúde: questões importante para o trabalho da enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 52, n. 1, p, 54-66, jan./mar. 1999

MENDES, I. A. C. et al. A produção tecnológica e a interface com a enfermagem. *In: Revista Brasileira de Enfermagem*. V.55, n.5, p. 556-561, set/out. 2002

MENDES GONÇASLVES, R. B. Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades. *In: Cadernos de saúde pública*. São Paulo: CEFOR, 1992, 53 p.

_____. **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,1994. 278 p.

MOTTA, P. R. **Gestão contemporânea**: a ciência e a arte de ser dirigente. 5 ed. Rio de Janeiro: Record, 1995. 256 p.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: A micropolítica do trabalho vivo em saúde. *In*: MERHY, E. E. ; ONOCKO, R. (org). **Agir em saúde**. São Paulo: Ed. Hucitec, 1997a. 385 p.

_____. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. *In*: MERHY, Emersons E. ; ONOCKO, R. (org.). **Agir em saúde**. São Paulo, Hucitec, 1997b. 385 p.

_____. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e colegiadamente organizar o processo de trabalho na busca da qualidade das ações de saúde.) *In*: CECILIO, L. C. O. (org.) **Inventando a mudança na saúde**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1997c, 333 p.

_____. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002. 189 p.

MINAYO, M. C. de S. **O Desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 2000, 269 p.

NIETCHE, E. A. **A Tecnologia emancipatória**: possibilidade para a práxis de enfermagem. Ijuí. UNIJUÍ, 2000, 360p.

PEDUZZI, M. **Equipe multiprofissional de saúde**: a interface entre trabalho e interação. 1998. Tese (Doutorado)- Universidade Estadual de Campinas. São Paulo, 1998.

PIRES, D. **Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil**. São Paulo: Annablume, 1998. 254 p.

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

POLIT, D. F.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995, 391 p.

_____. Overview of the research process. In: **Nursing research: principles and methods**. 6 ed.. Philadelphia: Lippincott, cap.2., p. 23-47, 1999.

REMEN, R.N. **O paciente como ser humano**. São Paulo. Summus, 1993, 221 p.

RAMOS, D. D. **Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre/RS no contexto da municipalização da saúde**.2001. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2001, 129 f.

RIBEIRO, E. C. de O, MOTTA, J. I. J., Educação permanente nas reorganização dos serviços de saúde. *In: Revista Divulgação*. n. 12. p. 39 –44, Rio e Janeiro, julho/1996.

ROESE, M. A metodologia do estudo de caso. *In: NEVES, C.E.B. ; CORRÊA, M.B. (Org.) Pesquisa social empírica: métodos e técnicas*. Porto Alegre: PPGS/UFRGS, 1998. v. 9. 200 p.

SCARPATO, A . T. Transferência somática: a dinâmica formativa do vínculo terapêutico. *In: Revista Hermes*. Instituto Sedes Sapientiae. São Paulo, n. 6, p.107 –123, 2001.

SCHIMIT, M. D. **Acolhimento e vínculo em uma equipe de saúde da família: realidade ou desejo?** 2002. Dissertação (Mestrado)- Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2002, 113 f.

SILVA JUNIOR, A. G. **Modelos tecnoassistencias em saúde** (o debate no campo da saúde coletiva). São Paulo: Hucitec, 1998.

SPAGNOL, C. A.; FERRAZ, C. A. Tendências e perspectivas da administração em enfermagem: um estudo na Santa Casa de Belo Horizonte - MG. *In: Revista Latino-americana de enfermagem*. Ribeirão Preto: v.10. p.20-34, jan./fev.2002.

TEIXEIRA, E. R. A subjetividade na enfermagem – o discurso do sujeito no cuidado. *In: Revista Brasileira de Enfermagem*. V.53 Nº 2, p. 233-239, abr./jun. 2000.

TESTA, M. **Pensar em saúde**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

TORREÃO, L. Uso de opióides em pacientes terminais: sedação ou eutanásia? *In: Revista Associação Médica Brasileira*. São Paulo: v.49, Nº 2, abr./jun. 2003.

TREVIZAN, M. A. **Enfermagem hospitalar**: administração e burocracia. Brasília: Ed. Universidade de Brasília, 1988. 139 p.

TRIVIÑOS, A. N. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

VAZ, M. R. C. Trabalho em Saúde: Expressão viva da vida social.
*In: LEOPARDI, M.T.(org.) **Processo de trabalho em saúde**: organização e subjetividade*. Florianópolis: Ed. Papa-Livros, p.57-70, 1999. 176 p.

ANEXO -APROVAÇÃO DO COMITE DE ETICA EM PESQUISA

PR6-REITORIA DE PESQUISA PROPESQ

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

RESOLUÇÃO

o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul analisou o projeto:

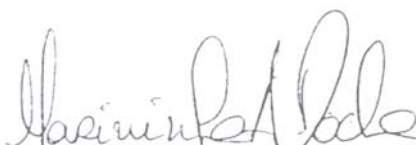
Número: 200394

Título do artigo: Utilização de tecnologias leves nos processos gerenciais do enfermeiro: contribuição para o cuidado humanizado

Investigador(es) principal(ais): Maria Aparecida Dias da Silva Lima(orientadora)/ Flávia Raquel Rossi(mestranda)

o mesmo foi aprovado na reunião 18/2003 do Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS, ata nº 39, por estar adequado ética e metodologicamente e de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Porto Alegre, 04 de junho de 2003.


p/ Prof. Luiz Osvaldo Leite
Coordenador CEP/UFRGS

APÊNDICE - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Pesquisa: TECNOLOGIAS LEVES NOS PROCESSOS GERENCIAIS DO ENFERMEIRO: contribuição para o cuidado humanizado

Pesquisadora responsável: Dra. Maria Alice Dias da Silva Lima
Telefone para contato: 051-33165073

Pesquisadora: Flavia Raquel Rossi
Telefone para contato: 9979 44 61
Endereço eletrônico: flaviarr@terra.com.br

A presente pesquisa tem por objetivo investigar a utilização das tecnologias leves nas atividades de gerenciamento do cuidado executadas pelo enfermeiro em unidades de internação hospitalar.

As tecnologias leves são traduzidas como tecnologias das relações existentes no interior dos processos de trabalho, podendo ser evidenciadas pelas relações de acolhimento, do vínculo, da criação de autonomia dos indivíduos participantes dos processos, entre outros.

Para a construção do estudo, serão realizadas observações durante o trabalho dos profissionais eleitos como sujeitos do estudo.

As observações serão descritas e os sujeitos serão identificados por códigos para que fique garantido o seu anonimato, assim como o aspecto confidencial da pesquisa. Fica esclarecido também que não haverá nenhuma repercussão funcional ou implicação legal para os participantes do estudo, tendo em vista que a pesquisa destina-se à elaboração da Dissertação de Mestrado da pesquisadora para obtenção do título de Mestre em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, sob a orientação da Profa. Dra. Maria Alice da Silva Lima.

Os sujeitos do estudo serão esclarecidos quanto a quaisquer dúvidas durante o desenvolvimento da pesquisa, e terão acesso aos resultados da mesma.

Declaro ter sido informado das finalidades da pesquisa e que concordo espontaneamente em participar da mesma. Estou consciente de que poderei recusar-me a responder qualquer pergunta e que posso negar-me a participar do estudo.

Flavia Raquel Rossi
Pesquisadora

Assinatura do Sujeito Pesquisado

Data

