UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

COMPREENSÃO TÍPICO IDEAL DA
PRÁTICA PROFISSIONAL DO
ENFERMEIRO EM HOSPITAIS PÚBLICOS

Ma. Magdalena Zárate Banda

Orientadora
Profa. Dra. Clarice Aparecida Ferraz

Ribeirão Preto – SP
2004

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO**

**COMPREENSÃO TÍPICO IDEAL DA PRÁTICA PROFISSIONAL
DO ENFERMEIRO EM HOSPITAIS PÚBLICOS**

Ma. Magdalena Zárate Banda

Tese apresentada ao Programa de Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Doutor.

Linha de Pesquisa: Dinâmica da Organização dos Serviços de Saúde e de Enfermagem

Orientadora: Profa. Dra. Clarice Aparecida Ferraz

**RIBEIRÃO PRETO
2004**

MA. MAGDALENA ZÁRATE BANDA

**COMPREENSÃO TÍPICO IDEAL DA PRÁTICA
PROFISSIONAL DO ENFERMEIRO EM HOSPITAIS
PÚBLICOS**

Tese apresentada ao Programa de
Enfermagem Fundamental da Escola de
Enfermagem de Ribeirão Preto da
Universidade de São Paulo, para
obtenção do título de Doutor.

Aprovada em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Profª Drª Clarice Aparecida Ferraz

Instituição: _____ Assinatura: _____

Profª Drª Maria Cecília Puntel de Almeida

Instituição: _____ Assinatura: _____

Profª Drª Magali Roseira Boemer

Instituição: _____ Assinatura: _____

Profª Drª Regina Célia Popim

Instituição: _____ Assinatura: _____

Profª Drª Maria Elena Espino Villafuerte

Instituição: _____ Assinatura: _____

ZÁRATE BANDA, MA. MAGDALENA

Compreensão típico ideal da prática profissional do enfermeiro em hospitais públicos. Ribeirão Preto, 2004.

135p. : il.; 30cm

Tese de Doutorado, apresentada ao Programa de Enfermagem Fundamental , da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Linha: Dinâmica da Organização dos Serviços de Saúde e de Enfermagem.

Orientador: Ferraz, Clarice Aparecida.

1. Prática do Enfermeiro. 2. Pesquisa Fenomenológica. 3. Ação Social.

A tese ora apresentada é resultado do convênio celebrado entre a Universidade de São Paulo, com a interveniência da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto e a Universidade de Guanajuato-México, através da Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia de Celaya.

SUMÁRIO

LISTAGEM DE SIGLAS E ABREVIATURAS

RESUMO

ABSTRACT

RESUMEN

1. A INTERROGAÇÃO DA PESQUISADORA.....	01
2. A OPÇÃO PELA ABORDAGEM FENOMENOLÓGICA.....	09
3. REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO.....	15
3.1 O Mundo Vida Cotidiano.....	17
3.2 O Mundo das relações Sociais.....	20
3.3 Fundamentos metodológicos Básicos da Fenomenologia Social.....	22
4. UNIDADE DE CONTEXTO DA PESQUISA.....	24
4.1 A Formação da Enfermeira no México.....	24
4.2 O contexto Político Social do Sistema de Saúde do México e suas Implicações para a Enfermagem.....	29
4.3 A Organização Atual do Sistema de Saúde no México.....	36
5 A TRAJETÓRIA DE PESQUISA.....	40
5.1 Retomando o Propósito da Pesquisa.....	40
5.2 O Campo de Investigação.....	41
5.3 Dimensão Ética da Pesquisa.....	41
5.4 Coletando as Falas.....	47
5.4.1 A Entrevista.....	48
5.4.2 Aproximação ao Cenário de Pesquisa.....	49

5.4.3 Retornando ao Referencial Teórico.....	51
5.4.4 Habitando o Mundo Vida do Hospital.....	52
5.4.5 O Encontro com os Sujeitos de Pesquisa.....	54
5.4.6 Apreensão do Mundo Vida da Prática Profissional.....	55
6. AS DESCRIÇÕES DAS ENFERMEIRAS.....	57
7. O EMERGIR DO MUNDO VIVIDO DAS PROFISSIONAIS ENFERMEIRAS.....	74
7.1 Como Prática Complexa que Implica em Cuidar, numa Relação Face a Face de Simultaneidade, com a Pessoa Doente.....	81
7.2 Como uma prática Complexa que Traz, na sua Origem, a Dimensão Social de relações Interativas no Mundo do Trabalho Hospitalar.....	87
7.3 Como Prática Complexa que Vivencia Políticas de Saúde de Forma Anônima, situada em um Mundo Distante.....	98
7.4 Como Prática Complexa que Solicita Inovações Tecnológicas para Vivenciar a Contemporaneidade Social.....	103
7.5 Como Prática Complexa que Requer Formação Especial e Específica.....	107
8. A COMPREENSÃO DO TIPO IDEAL DA PRÁTICA DO ENFERMEIRO..	117
9. REFRÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	124
ANEXOS.....	129

DEDICATÓRIA

Dedico este Trabalho com,

agradecimento aos meus antecessores:

Professores da Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia de Celaya, Universidade de Guanajuato, por serem comigo.

admiração aos meus contemporâneos:

Colegas Enfermeiros mexicanos e brasileiros que compartilham comigo o mundo da enfermagem em busca de outros horizontes, vivenciando a aventura de uma relação “Nós”.

amor aos meus sucessores:

Alunos, futuros enfermeiros, que aceitam o caminho de tomar de cuidar do Homem e preservar os Nossos Mundos.

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

À Prof^a. Dr^a. Clarice Aparecida Ferraz, minha orientadora, com grande admiração pelo exemplo de vida caminhando ao meu lado, com gratidão pela hospitalidade e apoio incondicional com que me acolheu.

À minha Família, pelo apoio incondicional na conquista dos meus sonhos, pelo amor que me alimenta cada dia, por vocês sou.

Às Prof^{as}. Dr^a. Cecília Puntel de Almeida, Dr^a. Magali Roseira Bohemer, Dr^a. Regina Popim, Dr^a. M^a. Elena Espino Villafuerte. Membros da Banca Julgadora pelas suas contribuições para este estudo.

Às minhas amigas e colegas do Centro de Estudos e Pesquisas sobre Hospital e Enfermagem: Fernanda, Paula, Luciana e Ana Paula, pelos momentos de convivência e a ajuda incondicional durante a fase final deste trabalho.

As Prof^{as}. Dr^a. Creusa Capalbo, Dr^a. Magali Roseira Boemer e Dr^a. Adriana Kátia Côrrea pela sua dedicação aos doutorandos da disciplina de Metodología da Investigación Fenomenológica.

Ao Mestre Lucio Bribiesca da Faculdade de Filosofía e Letras da Universidade de Guanajuato, pela sua contribuição ao acompanhar minha aproximação ao conhecimento da fenomenología.

A todos os meus amigos moradores do pensionato Vita et Pax Viriato, Mônica, Orlando, Marcel, João Alexandre, Patrícia, Fábio, Lídio, Felipe, Cheng, Paulo Henrique, Pedro, M^a. do Carmo.

AGRADECIMENTOS

Às autoridades da SEP-PROMEP pela disponibilização da bolsa para formação de professores em Pós-graduação de excelência em enfermagem.

Aos Srs. Reitores da Universidade de Guanajuato. Lic. Sebastian Sanzberro Lastiri e Dr. Arturo Lara López, pelo apoio para o financiamento da estância de pesquisa adicional no Brasil.

Às Diretoras da Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia de Celaya da Universidade de Guanajuato Mestra M^a. Luisa Vera Ramírez e Mestra Rosalina Díaz Guerrero, pela indicação e apoio para estudar o doutorado.

Aos meus companheiros e colegas enfermeiros da primeira turma de professores de Universidades Públicas Mexicanas Convênio USP-EERP/ UG-FEOC, Juanita, Beatriz, Brenda, Patrícia, Verônica, Yolanda, Leticia, Josefina, Martha, Tere, Aurora, Magdalena e Juan, pelos momentos compartilhados neste belo país.

Ao pessoal da Pós-graduação da EERP-SP, pela sua contribuição no desenvolvimento do Convênio USP-EERP/ UG-FEOC.

Às irmãs e oblatas da Fundação Vita et Pax de Ribeirão Preto, pela hospitalidade.

LISTAGEM DE SIGLAS E ABREVIATURAS

EERP	Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
IMSS	Instituto Mexicano de Seguridade Social
ISSSTE	Instituto de Seguridade Social a Serviço dos Trabalhadores do Estado
SSA	Secretaria de Saúde e Assistência
USP	Universidade de São Paulo
E1	Enfermeira no. 1
E2	Enfermeira no. 2
E3	Enfermeira no. 3
E4	Enfermeira no. 4
E5	Enfermeira no. 5
E6	Enfermeira no. 6
E7	Enfermeira no. 7
E8	Enfermeira no. 8
E9	Enfermeira no. 9
E10	Enfermeira no. 10
E11	Enfermeira no. 11
E12	Enfermeira no. 12
E13	Enfermeira no. 13
E14	Enfermeira no. 14

RESUMO

ZARATE, Banda Ma. Magdalena. **Compreensão típico ideal da prática profissional do enfermeiro em hospitais públicos.** Ribeirão Preto. 2004 p.Tese (Doutorado) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

Este estudo busca desvelar **o que é isto a prática da profissional enfermeira em hospitais públicos**, segundo abordagem fenomenológica na tentativa de compreender as experiências vividas pelas enfermeiras no cotidiano de hospitais públicos. O processo de compreensão está fundamentado na fenomenologia social de Alfred Schütz, o que possibilitou desvelar a ação social da profissional enfermeira. O acesso às vivências das enfermeiras deu-se através de entrevista não diretiva diante da questão orientadora: Poderia me dizer como é o seu trabalho como enfermeira aqui no hospital? A análise das descrições permitiram a compreensão do típico da prática da enfermeira revelando revestir-se de grande complexidade. Os graus de complexidade são derivados da intensa relação face a face que acontece no ato de cuidar de outro na sua singularidade; das relações com as outras práticas de atenção a saúde; das limitações da formação técnica da enfermeira que se mostra insuficiente para dar conta dos fenômenos sociais presentes no mundo vivido no hospital; dos enfrentamentos cotidianos diante dos avanços científicos e tecnológicos que exigem reflexão profissional para incorporar-los no cuidado. A fenomenologia social de Alfred Schütz contribuiu para compreender a ação social das enfermeiras como grupo que se insere numa trama de relações sociais intersubjetivas derivadas da coexistência e convivência de uma temporalidade e um espaço comum de trabalho.

Palavras chaves: prática do enfermeiro, pesquisa fenomenológica, ação social.

ABSTRACT

ZARATE, Banda Ma. Magdalena **Ideal typical comprehension of professional nursing practice at public hospitals.** Ribeirao Preto, 2004 p. Tese (Doutorado) Nursing School Of Ribeirão Preto, São Paulo.

This study aimed to uncover **the practice of nursing professionals in public hospitals**, adopting a phenomenological approach, in an attempt to understand the experiences of nurses in the daily reality of public hospitals. The understanding process is based on the social phenomenology of Alfred Schütz, which allowed us to uncover the social action of nursing professionals. Access to nursing experiences was obtained through non-directive interviews, in view of the question: Could you tell me how your work is as a nurse here at the hospital? The analysis of their descriptions allowed for the understanding of what is typical about nursing practice, which revealed to be highly complex. The complexity levels derive from the intense face-to-face relation that occurs in caring for the singularity of others; from the relations with other health care practices; from limitations in technical nursing formation, which reveals to be insufficient for dealing with the social phenomena present in the hospital world; from the daily confrontations with scientific and technological advances, which require professional reflection to be incorporated into care. The social phenomenology of Alfred Schütz contributed to the understanding of nurses' social actions as a group that is inserted in a web of intersubjective social relations, which derive from the coexistence and experience of a common time and work space.

Keywords: Nursing practice, phenomenological research, social action.

RESUMEN

ZARATE, Banda Ma. Magdalena. **Comprensión típico ideal de la práctica del profesional de enfermería en hospitales públicos.** Ribeirão Preto, 2004 p. Tesis (Doctorado) Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto de la Universidad de São Paulo.

Este estudio busco desvelar lo qué es la práctica de la profesional enfermera en los hospitales públicos, de acuerdo con el abordaje fenomenológico, y con la intención de comprender las experiencias vividas por las enfermeras en su cotidiano. El proceso de comprensión está fundamentado en la fenomenología social de Alfred Schütz, lo que posibilito desvelar la acción social del profesional enfermería. El acceso a las vivencias de los profesionales se dio a través de la entrevista no directiva utilizando la siguiente cuestión norteadora: ¿puede contarme cómo es su trabajo de profesional de enfermería aquí en el hospital? El análisis de las descripciones permitió la comprensión de lo típico de la práctica revelando que está se encuentra revestida de grande complejidad. Los grados de complejidad son derivados de: la intensa relación face a face que acontece en el acto de cuidar del otro en su condición de singularidad; las relaciones con otras prácticas de atención a la salud; las limitaciones de la formación técnica de la enfermera que aparece insuficiente para dar cuenta de los fenómenos sociales presentes en el mundo vivido del hospital; los enfrentamientos cotidianos ante los avances científicos y tecnológicos que exigen reflexión profesional para incorporarlos en el cuidado. La fenomenología social de Alfred Schütz contribuye para comprender la acción social de los enfermeros como grupo está inserido en una trama de relaciones sociales intersubjetivas derivadas de la coexistencia y convivencia de una temporalidad y un espacio común de trabajo.

Palabras claves: práctica de la enfermera, investigación fenomenológica, acción social

1 A INTERROGAÇÃO DA PESQUISADORA

A minha inquietação pela prática da enfermagem tem passado por três fases: a primeira deu-se antes da graduação, quando decidi estudar enfermagem; o segundo momento configurou-se durante a formação e o terceiro constituiu-se ao inserir-me no cotidiano da prática profissional.

O primeiro momento, que chamo de expectativa diante da escolha profissional, teve origem com minha decisão de estudar enfermagem. Naquela época, quando explicitiei minha escolha pela enfermagem como profissão, os questionamentos dos meus familiares, amigos e professores levaram-me a pensar sobre o que seria a prática de enfermagem.

Os meus colegas de escola, no nível secundário, revelaram curiosidades em conhecer os sentimentos e conhecimentos que eu detinha acerca de determinados procedimentos invasivos relativos à administração de medicamentos por via intramuscular e endovenosa, à participação em atos cirúrgicos, a assistência à politraumatizados. Estas indagações levaram-me a refletir sobre meu interesse pela profissão, e porque havia optado por esta profissão. Compreendi que o fato de ter convivido com a enfermidade terminal de um familiar e a proximidade com um outro que exercia a profissão de enfermagem estiveram interligados à minha escolha.

Esta primeira reflexão sobre as minhas referências à enfermagem, assim como os questionamentos das pessoas, geraram em mim uma zona de inquietação que levou-me a descobrir que conhecia muito pouco do que queria fazer no futuro. Neste momento, dirigi-me à enfermeira com quem convivo familiarmente e às suas colegas, com a intenção de clarear minhas dúvidas sobre a prática de enfermagem.

A informação que me proporcionaram, entre outras coisas, foi a de que era uma profissão que exigia das pessoas vocação de serviço, predominantemente desenvolvida em hospitais e, em segundo lugar, os enfermeiros também podiam trabalhar na prevenção de doenças com ações centradas na atenção no domicílio.

Ao ingressar no ensino médio superior, a disciplina de orientação vocacional levou-me a examinar os programas de formação das diversas categorias de enfermagem, os âmbitos de competências de cada um, sendo esse o primeiro contato com a descrição do perfil do egresso de enfermagem.

Lembro-me que fiquei surpresa ao descobrir que os enfermeiros trabalhavam em outros lugares que não hospitais e com pessoas saudáveis. Mas, todos esses elementos não conseguiram satisfazer a inquietude gerada diante da pergunta – o que é isto a prática do enfermeiro?

O segundo momento de minha inquietação deu-se em 1984, ao ingressar no programa de Licenciatura em Enfermagem e Obstetrícia da Universidade de Guanajuato - México, na então Escola de Enfermagem de Celaya. Obviamente que fiquei satisfeita com o êxito alcançado; contudo, durante a formação, mesmo aproximando-me do conhecimento da enfermagem por meio das disciplinas que compunham os planos de estudos, foi difícil compreender o que era a prática do enfermeiro.

Ainda hoje, refletindo sobre o meu processo ensino-aprendizagem, posso melhor apreender as dúvidas que pairavam sobre a compreensão da prática do enfermeiro, na medida em que reconheço que a maioria das disciplinas tinha muitos conteúdos sobre técnicas e procedimentos de enfermagem; algumas adotavam o enfoque das ciências sociais para explicar a gênese das enfermidades e, a relação do indivíduo com o grupo social. Tenho que considerar também que a insuficiência

de integração desses saberes, no marco de um currículo fragmentado com predominância biológica e técnica, não contribuía o suficiente para a apreensão do que consistia a prática da enfermagem.

Desta forma, apropriei-me, na graduação, de uma descrição que representava o dever ser do profissional enfermeiro, construído na perspectiva das minhas professoras, cuja orientação estava dirigida para obter o reconhecimento social profissional em um marco de exercício técnico e ético, segundo o qual o enfermeiro deveria estar orientado a cuidar da saúde da população mais vulnerável, com elevada experiência nas técnicas do cuidado, interesse genuíno pela pesquisa, pela educação em enfermagem e com habilidades para realizar administração de recursos na atenção à saúde. Durante alguns anos essa foi a resposta que encontrei diante da interrogação: o que é isto a prática do enfermeiro?

Nos últimos anos de graduação, quanto mais reproduzia essa explicação convencional, menos satisfeita sentia-me e, a cada dia, ficava mais evidente que esse mundo que os docentes descreviam como ideal de prática a alcançar não correspondia à realidade na qual eu realizava as práticas clínicas e comunitárias. As disciplinas com enfoque social possibilitavam abertura para se imaginar uma prática diferente daquela circunscrita ao mundo hospitalar; todavia, ao incorporar esse discurso de prática profissional, o mesmo mostrava-se distante daquele que tinham os enfermeiros que atuavam nesses espaços.

Quando minhas professoras falavam de todos os espaços de trabalho a serem construídos pelos enfermeiros, adotavam a perspectiva de futuro, e o ideal de prática assumia a característica interdisciplinar, com desempenhos que transcendiam o mundo hospitalar e que configuravam uma prática de enfermagem cujo interesse centrava-se na liderança e na gestão de recursos para atenção à

saúde. Discorriam sobre a necessidade de um grande investimento para desenvolver uma prática regulamentada com o ideal de consolidar um corpo unificado de enfermeiros no país. Contudo, efetivamente esses ideais que existiam no discurso não se realizavam na prática cotidiana.

Neste contexto, novas inquietações surgiam, não só em mim, mas também nos enfermeiros do hospital, com as quais compartilhava atividades de estágio. Durante o último ano de graduação em enfermagem, mantive contato com um projeto universitário de desenvolvimento rural integrado, onde os professores da minha escola participavam, por haver uma compreensão de que o curso e a profissão de enfermagem estavam organizados segundo o enfoque social, e também por considerar que a universidade buscava uma maior aproximação com as necessidades daquele segmento social.

A inquietação ressurgia, agora em um marco de maior exigência, respaldado na metodologia de trabalho interdisciplinar. O compromisso de responder à problemática de saúde, num grupo de trabalho que me colocava diante de profissionais alheios à área da saúde e num ambiente diferente do hospital, fazia com que os conhecimentos e discursos aprendidos se mostrassem a mim insuficientes diante daquela complexa realidade.

Comecei uma busca a partir das possibilidades de intervenção baseadas nos conhecimentos biomédicos aprendidos, reconstruindo-os a partir do trabalho cotidiano com os outros profissionais, o que gerou a necessidade de aproximar-me de conhecimentos da esfera social, não abordados durante minha graduação. Nessa busca, pude atentar para a prática de enfermagem e de suas relações com o microcontexto do trabalho hospitalar, assim como das relações interdependentes com o macrocontexto social. As experiências de criação de novos espaços de

trabalho, de fazer escolhas e de construir programas de saúde junto a profissionais engenheiros civis, agrônomos e arquitetos trouxeram-me a dimensão social da prática de enfermagem. Considero essas experiências um avanço no conhecimento acerca da prática de enfermagem; todavia, não tinha ainda uma dimensão satisfatória do que era a prática do enfermeiro.

O terceiro momento de minha inquietação aconteceu em 1988, com o início do meu exercício profissional, quando comecei a trabalhar em âmbito privado hospitalar e a prestar cuidados de enfermagem no domicílio. Os primeiros anos foram gratificantes uma vez que desenvolvia uma prática relativamente autônoma, do ponto de vista da natureza do cuidado de enfermagem, muito embora no hospital também existisse um campo autônomo de desempenho profissional. Contudo, é preciso dizer, que se tratava de uma prática referenciada ao modelo médico hospitalar, na atenção centrada na satisfação do usuário, o que favorecia a implementação de alguns pressupostos teóricos e ideológicos com respeito à conformação da prática do enfermeiro, centrada numa interação das perspectivas do doente e do enfermeiro.

O trabalho no domicílio me fez compreender que a autonomia do enfermeiro pode ser muito maior; percebi também que o compromisso e a responsabilidade, que no hospital são compartilhados com os outros profissionais, na atenção domiciliar recaem quase que exclusivamente na enfermagem.

Ser enfermeira, ministrando cuidados em instituições privadas no hospital e no domicílio, exigia conhecimentos que inicialmente não possuía, principalmente aqueles relacionados ao estabelecimento de custos por serviços ofertados, assim como a definição do tipo de serviço a ser oferecido. Enfim, essas instituições tinham

expectativas que o profissional enfermeiro definisse o próprio serviço a ser ofertado aos clientes com sustentabilidade financeira e com controle de qualidade.

Diante de tais exigências, tomei a decisão de cursar o mestrado em administração, com a finalidade de apropriar-me de conhecimentos que me permitissem realizar, com desenvoltura, uma prática que reconhecia como independente ou autônoma, referenciada no ideal de gerenciar o próprio trabalho. Naquele momento recebi também uma proposta para exercer um cargo administrativo na Escola de Enfermagem de Celaya, em Guanajuato, México, onde era professora adjunta em algumas disciplinas de graduação.

No decorrer das disciplinas, sempre descobria utilidades dos conhecimentos e das teorias administrativas, encontrando melhores instrumentos para o meu trabalho, o que criava em mim e em meus colegas uma nova imagem da prática do enfermeiro. Agregava qualidade ao trabalho desenvolvido na universidade como administradora, mas também no exercício da docência e do enfermeiro, ampliando o campo de atuação própria da enfermagem.

Destaco que, às vezes, o trabalho no domicílio era de grupo mas, predominantemente, o desenvolvia individualmente, o que requeria o estabelecimento de uma imagem clara do que era a prática do enfermeiro para familiares e para a comunidade envolvida.

Avalio que o mestrado deu-me possibilidades de melhorar o trabalho como docente e funcionária na Universidade de Guanajuato, assim como criou oportunidades para influenciar na organização dos serviços de enfermagem dos hospitais públicos da localidade.

No exercício da docência, atualizei conteúdos de alguns programas de administração e colaborei no desenho de novos planos de estudos para o

desenvolvimento de cursos de formação técnica em administração dos serviços de enfermagem. Esses programas estavam orientados, eminentemente, pelo enfoque técnico da administração científica e, nessa oportunidade, foram transformados em programas novos, segundo uma visão mais integral da administração, sem privilegiar uma teoria em particular, mas incorporando conceitos de gestão e desenvolvimento de liderança. Planejei reuniões científicas para definir o tipo de prática administrativa ideal, estabelecendo procedimentos mínimos que deveriam ser dominados pelos enfermeiros administradores.

Esse trabalho gerou reconhecimento por parte das autoridades dos hospitais públicos, valorizando minha participação como docente, evoluindo para uma recomendação de intercâmbio com os serviços de enfermagem na elaboração de manuais de organização e funcionamento, de procedimentos, de indução e capacitação em serviço, culminando com uma solicitação oficial, uma vez que esses são os procedimentos necessários para a acreditação hospitalar.

Essa inserção no campo dos hospitais levou-me a pensar que as ações configuradas no perfil do enfermeiro administrador definem, em parte, a prática do enfermeiro e, nesse aspecto, analiso ser essa uma visão essencialmente unilateral, parcial e, portanto, insuficiente. Analogamente, quando se pretende um trabalho conjunto, a partir das realidades institucionais, buscando soluções para os problemas vivenciados, observo que se contempla apenas uma das funções teoricamente descritas para o enfermeiro, a qual corresponde à dimensão técnica.

Ainda nessa época, participei também do Comitê de Elaboração e Avaliação Curricular de Enfermagem, na Universidade onde trabalho, colaborando com o desenvolvimento de pesquisa para conhecer o desempenho dos egressos e

das tendências de crescimento do mercado de enfermagem no Estado de Guanajuato, México.

Esse processo contínuo de reflexão sobre o trabalho que tenho realizado e sobre meu papel essencial de formar enfermeiros mostrou-me a existência de um grande vazio quanto à compreensão do trabalho vivenciado por essa profissional.

Ao meu ver, compreender essa realidade é tão fundamental para orientar a formação quanto o são os métodos de ensino, os quais têm sido bastante estudados, ou ainda como são as técnicas invasivas ou as administrativas que ocupam a centralidade do processo ensino-aprendizagem. Não obstante a importância de tais tecnologias, percebo o quão insuficientes são para compreender a prática do profissional enfermeiro.

Meu desempenho como docente levou-me a explorar perspectivas da enfermagem que revelam que a prática profissional não é estática; ao contrário, vai se construindo em sua cotidianidade pelos atores sociais. Esse novo horizonte vem ao encontro da minha inquietação de compreender a prática de enfermagem além do referencial exclusivo da objetividade teórico-prática. Nesse momento, o dado subjetivo revela-se para mim com valor ímpar e, nesse contexto, minha inquietação é ainda maior ao perguntar-me: o que é isto a prática da enfermagem, na perspectiva dos enfermeiros?

2 A OPÇÃO PELA ABORDAGEM FENOMENOLÓGICA

Apesar do processo contínuo de reflexão implícito na condição de ser enfermeira docente e das incursões realizadas no mestrado, pelos caminhos da pesquisa quantitativa, na busca de conhecimento, do mundo do trabalho do profissional enfermeiro, ainda carrego muitas inquietações. Todavia essa reflexão tem possibilitado que esse mundo se mostrasse a mim como um mundo complexo, dada a sua natureza social e, diante do qual percebo que a pesquisa quantitativa é insuficiente para contemplar uma realidade que reclama requer uma abordagem distinta.

Ao iniciar um novo programa de formação, nível doutorado, entrei em contato com conhecimentos que me permitiram refletir, com maior profundidade, sobre o que pretendia conhecer, levando-me a diferenciar que o mundo do trabalho do profissional enfermeiro, do qual pretendo aproximar-me, estava relacionado a um mundo de que além de objetivo é também subjetivo e requeria uma abordagem qualitativa.

Após cursar as disciplinas de metodologia científica, pude compreender os diferentes tipos de pesquisa, a importância de se selecionar a melhor abordagem em relação ao objeto a ser investigado. Chamou-me a atenção as discussões sobre pesquisas qualitativas com abordagens pouco desenvolvidas na enfermagem mexicana, as quais tem contribuído para o avanço do conhecimento na enfermagem brasileira.

Ao visitar a produção científica sobre o tema do meu interesse, que se circunscreve à prática profissional do enfermeiro, encontrei um número significativo de trabalhos produzidos desde a década de 80, vinculados à dialética marxista,

entre eles, destaco as produções de Almeida (1986), Melo (1986) e Silva (1986), os quais se constituem em fonte originária para outros pesquisadores e para novas produções nas décadas subseqüentes. Essa abordagem, sucintamente, defini-se por seu caráter histórico, antimecanista, que visa apreender a prática da enfermagem contemplando a estrutura social, política e econômica da sociedade em que está inserida, a estrutura organizacional e política dos serviços de saúde e de enfermagem, a divisão social e técnica do trabalho em saúde e na enfermagem.

Outra abordagem que suscitou meu interesse foi a fenomenológica pela sua natureza reflexiva sobre o homem e o mundo. Nessa abordagem os trabalhos de Boemer (1986), Valle (1988) e seus predecessores disponibilizam conhecimentos na dimensão do cuidar, na perspectiva do ser diante da morte, do ser vivenciando processos de adoecer específicos. Sobre a temática da prática profissional o trabalho de Ferraz (1989) busca compreender fenomenologicamente o exercício profissional do enfermeiro.

Os estudos sobre as práticas em saúde na década de 90 ampliam seus referenciais teóricos na compreensão de prática social e de organizações complexas, cito os trabalhos de Merhy (1992), Campos (1992) e Cecílio (1994) que buscam analisar o trabalho vivo em saúde e a organização de coletivos para a produção em saúde.

Esses estudos permitiram-me identificar que estava em busca de compreensão da prática profissional do enfermeiro na sua dimensão social e que, como tal, não é estática, encontrando-se em construção permanente.

Todavia a definição pela abordagem investigativa tornou-se clara quando, consegui integrar alguns elementos pertinentes à postura do pesquisador e outros referentes ao objeto de estudo. A fenomenologia despertou-me interesse nas

primeiras leituras que realizei sobre Husserl, especificamente sobre a idéia fundamental de que é preciso voltar as coisas mesmas para compreendê-las. Questionei-me, então, senão precisaria voltar às enfermeiras para compreender a sua prática.

Outro ponto relevante de decisão refere-se a minha experiência pessoal de ser enfermeira, a qual me permitiu colocar importância nas relações sociais presentes no mundo do trabalho hospitalar e ao aproximar-me dos fundamentos da sociologia de Schütz encontrei nos conceitos de intersubjetividade, mundo-vida, ação social algo que fazia muito sentido para mim.

Com essas reflexões optei por compreender a “prática do profissional enfermeiro”, como fenômeno situado na realidade hospitalar mexicana, tendo em vista a possibilidade de aproximação com o mundo vida dos enfermeiros que lá trabalham. Nesta direção, Capalbo(1994) propõe a abordagem fenomenológica como aquela que envolve o ato do pesquisador livre de pre-julgamentos para deixar emergir a consciência dos sujeitos pesquisados.

Investigar a prática do profissional enfermeiro, na perspectiva do social, segundo uma abordagem fenomenológica, coloca-me diante da idéia de que o homem produz na medida em que se constitui num horizonte de possibilidades e, portanto, tem possibilidades de construir uma prática social enquanto homem situado no mundo-com-os-outros.

Ao melhor compreender o contexto das minhas inquietações, foi possível optar pela abordagem fenomenológica diante do meu interesse em buscar explicitar as estruturas essenciais da experiência do enfermeiro, deixando transparecer, pela descrição, o seu vivido, seus atos e correlatos, os quais emergem da consciência.

Para Husserl, a fenomenologia inicia-se com o questionamento sobre o que conhecemos. Trata-se de uma busca epistemológica e um compromisso com a descrição e clarificação da estrutura essencial do mundo vivido, da experiência consciente e meditando, reflexivamente, sobre as origens da experiência que conhecemos tal fenômeno.

Capalbo (1996) esclarece que a fenomenologia quer libertar o nosso olhar para a análise do vivido, tratando de um olhar com direcionalidade para a realidade experienciada. Assim, a fenomenologia busca a análise dos atos considerando que a consciência visa sempre um objeto,

“A consciência se define essencialmente em termos de intenção voltada para um objeto. Perceber não é receber sensações na psique. Não nos é possível separar fenômeno e coisa em si. O fenômeno é conhecido diretamente, sem intermediários, ele é objeto de uma intuição originariamente doadora” (CAPALBO, 1996, p. 19).

A fenomenologia, além de descrever, ao investir na tentativa de interpretar o fenômeno situado assume uma posição hermenêutica. A existência é pré-dada à reflexão e essa tarefa de refletir é a de tentar colocar de modo claro as estruturas desta existência, a fim de captar a sua significação (CAPALBO, 1999).

Destacarei algumas contribuições da abordagem fenomenológica que foram importantes na minha opção teórico-metodológica para esse estudo:

- *Trata-se de um método derivado de uma postura, que se presume livre de pressupostos, que tem como proposta proporcionar o conhecimento filosófico e as bases sólidas de uma ciência do rigor, com evidência apodítica;*

- *Analisa os fenômenos inerentes à consciência e não especula sobre visões pré-concebidas, isto é, fundamenta-se na essência dos fenômenos e na subjetividade transcendental, considerando que as essências somente existem na consciência;*
- *É um método descritivo, conduzindo a resultados específicos que não permitem generalizações, como no caso da pesquisa científica pertinente às ciências naturais;*
- *Como conhecimento fundamentado nas essências, é um saber absolutamente necessário e se contrapõe ao conhecimento baseado na observação dirigida dos dados.*

Assim, compreender a prática do profissional enfermeiro no contexto do México, implicará, primeiramente, em descrever a plenitude de sua significação contextualizada no seu meio sócio-cultural, intelectual e histórico, deixando emergir, na totalidade da experiência, os atos, as conexões e inter-relações, considerando que é no campo das intencionalidades práticas que descobrirei a dimensão social da profissão.

Ao escolher a fenomenologia como opção, está implícito o meu desejo de aproximar-me do mundo vida do profissional enfermeiro que compõe o quadro de profissionais da enfermagem, situada na perspectiva de sua formação universitária e no mundo do hospital. Nesse cotidiano, relaciona-se com os outros profissionais, tanto os pertencentes às demais categorias da enfermagem, como com aqueles originários de categorias correlatas da saúde e, de forma especial, com os pacientes e familiares. Desta forma, os seus atos e sentimentos se dão num contexto de prática social, de forma compartilhada e situada sócio-culturalmente.

Durante o curso de pós-graduação, fui desenvolvendo graus de clareza sobre o objeto de estudo e, em vários momentos, retomei reflexivamente a prática do profissional enfermeiro, o que me permitiu tomá-la como objeto central da minha investigação. Considerando a dimensão social do objeto de estudo selecionado retomo a abordagem fenomenológica para buscar, dentre as suas diferentes perspectivas, aquela que mais faz sentido para a sustentação teórico-metodológica da pesquisa.

Analiso que a fenomenologia social de Schütz mostra-se pertinente ao estudo, na medida em que suas idéias visam compreender o mundo com os outros em seu significado intersubjetivo, tendo como proposta a análise das relações sociais, entendidas como relações mútuas que envolvem as pessoas. Para a fenomenologia social, importa investigar o que se pode constituir em uma característica típica de um grupo social que vivencia um determinado comportamento (SCHÜTZ, 1972).

3 REFERENCIAL TEÓRICO E METODOLÓGICO

O ideal de Alfred Schütz¹ foi o de fundamentar, filosoficamente, as ciências sociais, procurando estabelecer os fundamentos de uma sociologia fenomenológica. Para tanto, a compreensão do sentido em ciências sociais deveria voltar-se para a sua fonte originária na vida da consciência, conforme já indicara Husserl.

O fenomenólogo do social, como é conhecido Alfred Schütz, tratou de compreender, sociologicamente, conceitos relevantes e fundamentais, tendo como pressuposto que a fenomenologia se ocupa da realidade cognitiva incorporada aos processos de experiências humanas subjetivas.

Schütz dedica-se à vida cotidiana, afastando-se da sociologia filosófica para demarcar uma sociologia da ação e da compreensão, desenvolvendo uma teoria sociológica do mundo social. Interessa ao autor os fundamentos de um sistema completo e auto-suficiente de pensamento e procedimento sociológico; assim, sua preocupação originária foi a de constituição das articulações do mundo da vida, emanadas do homem de atitude natural.

O autor mostra que a simultaneidade é a essência da intersubjetividade, distanciando-se de Husserl que adotava a consciência transcendental para chegar à subjetividade; neste sentido, revela sua aproximação com Max Weber, ao enveredar-se na tipificação dos fenômenos. Schütz desenvolveu sua teoria a partir da direção weberiana, compondo com conceitos fenomenológicos.

¹ Alfred Shutz nasceu em Viena-Austria, no ano 1899, e morreu em Nova Iorque, EUA, em 1959. Estudou Direito e Ciências Sociais. Sob as idéias de Edmundo Husserl e Max Weber, sua fenomenologia social visou compreender o mundo da existência, explorando seus traços característicos ao descrever suas múltiplas relações.

As experiências do ser humano consciente são, para Schütz, fundamentais do ponto de vista que revelam um modo de intencionalidade espontâneo e ativo, livre de intelectualizações; portanto, as formas de consciência relacionam-se aos conteúdos das experiências. Na sua visão, a experiência é sempre atenção dirigida, seja para objetos reais ou ideais, sendo sempre intencionais.

Desta forma, o objeto estudado é construído a partir de percepções e na síntese das suas diferentes perspectivas; assim, o objeto é de fato construído de maneira tipificada (WAGNER, 1979).

Como se pode perceber, Schütz realiza uma síntese dos conceitos de Husserl e Weber, resultando em modificações de ambos para se revelar em uma recombinação que se diferencia e se transforma na apresentação de uma teoria fenomenológico-sociológica, que aborda basicamente a estrutura e o funcionamento da consciência humana e suas ramificações sociais. A estrutura e o funcionamento do mundo social, com suas construções mentais, têm suas raízes na experiência individual e nos relacionamentos sociais. Assim, os fundamentos teórico-metodológicos conformam uma sociologia fenomenológica.

A idéia husserliana de “consciência comum” aponta que o fenomenólogo deve encaminhar a experiência que deriva de si próprio à outros “eus” e à sociedade; todavia, para Schütz, a fenomenologia não transcendeu seu conceito para as relações sociais e grupos sociais, o que vem a se constituir no delineamento que se ocupou no sentido de fundamentar a noção de ação humana herdado de Weber, a qual explora a conduta humana enquanto intencionada e intencional, tornando-se social quando dirigida à conduta de outros.

Essas foram as origens da teoria sociológica do mundo social de Schütz que propõe tratamento de tipificação aos fenômenos relativos à vida cotidiana. Apontarei, a seguir, os conceitos fundamentais relacionados ao mundo vida e ao mundo das relações sociais, considerando que essas idéias sustentarão minha investigação

3.1 O Mundo Vida Cotidiano

Para a compreensão do mundo vida, selecionei os conceitos relativos à atitude natural, situação biográfica e conduta e ação humana (WAGNER, 1979).

O mundo da vida cotidiana reporta-se a um mundo organizado pelos nossos predecessores e que agora se dá à nossa experiência; portanto, toda interpretação desse mundo está permeada pelas experiências anteriores que nos são ofertadas por meio de conhecimento histórico e sócio-cultural.

O autor não o referencia como mundo físico simplesmente; ao contrário, o descreve como complexo do ponto de vista que afeta nossos sentidos, que permite nossa movimentação, que possui objetos sobre os quais podemos agir e, entre tantas outras dimensões, destaca que o mundo vida é intersubjetivo, possibilitando a produção de sentidos comuns.

A atitude natural em relação ao mundo vida é a de que ele não é privado do indivíduo, mas é comum a todos os homens; portanto, é um mundo intersubjetivo.

Outra dimensão do mundo vida é a de que ele se apresenta como cenário de nossas ações e interações em que buscamos dominá-lo e modificá-lo a fim de realizar nossos propósitos; assim, operamos no e sobre o mundo e, nesse

movimento, modificamos seus objetos e relacionamentos como também sofremos sua resistência. “Mundo, nesse sentido, é algo que temos de modificar através de nossas ações ou que modifica nossas ações” (WAGNER, 1979).

A situação biográfica determinada é um conceito que dá ao homem o caráter biográfico histórico em que ele se encontra, ou seja, neste mundo físico e sócio-cultural a pessoa tem sua posição em termos de espaço físico, status, papel dentro do sistema social, posição moral e ideológica. Estar situado biograficamente no mundo significa dizer que houve a sedimentação de todas as experiências anteriores desse homem. Esse conhecimento adquirido ao longo de sua vida constitui-se na bagagem disponível que funciona como esquema de referência para toda interpretação no mundo.

Schütz distingue os conceitos de conduta e ação. O primeiro refere-se a “experiências de significado subjetivo que emanam de nossa vida espontânea” e a ação deriva de toda “conduta baseada num projeto pré-concebido”(WAGNER, 1979, p.123). Para o autor, o trabalho é uma ação no mundo exterior, baseado num projeto e caracterizado pela intenção de realizar, o que condiciona a um estado de planejamento.

Relacionado à ação humana encontra-se o conceito de motivação, que Schütz subdivide em “*motivo a fim de*” e “*motivo porque*”. O primeiro visa o ator da ação que considera o estado de coisa em função do qual a ação foi levada adiante; portanto, a ação e a consciência do ator estão estreitamente relacionadas na busca de objetivos que se deseja alcançar. O segundo, que são os “*motivos porque*”, explicam certos aspectos da realização do projeto pelo ator, conformando uma categoria objetiva, uma vez que estão evidentes nos acontecimentos já concluídos (WAGNER, 1979).

Assim, a ação é determinada por um projeto que a antecede no tempo, por isso que a ação é uma conduta que se desenvolve mediante um plano de conduta projetada e o projeto é, então, a ação mesma, concebida e decidida em tempo futuro imediato.

A ação no mundo cotidiano aborda a ação humana, manifestada na forma individual ou social; ambas tratam de motivação, racionalidade, planejamento, projeção, liberdade de escolha e deliberação. A diferença entre ação individual e social está dada, considerando que a primeira estará dirigida a objetos não sociais e, a segunda, implica numa intenção social do ator; portanto, está dirigida para outras pessoas a quem ele percebe como seres humanos conscientes (WAGNER, 1979).

Considerando que o mundo cotidiano é pre-estruturado e social, a esfera da ação nesse mundo tem direcionalidade que emerge dos interesses dos homens, os quais manipulam objetos, lidam com pessoas, concebendo e realizando planos.

Entende-se por conduta social aquela projetada pelo ator de maneira consciente e que possui significado subjetivo dando-lhe direção; desta forma, é projetada da consciência de um ator que tem propósito. A conduta social somente poderá ser compreendida pelo seu significado, orientando-se para o passado, presente ou futuro de outra pessoa (NATANSON, 1974).

A ação no mundo vida é delineada como ação social quando, de acordo com a intenção do ator, ela é dirigida para outras pessoas, as quais ele vê como seres humanos conscientes. Assim, o social configura-se em um sistema de relação entre pessoas.

3.2 O Mundo das Relações Sociais

Para Schütz, retomando a atitude natural, nascemos num mundo de outros, o que coloca os homens na esfera do *Nós*; portanto, o mundo da vida cotidiana não é um mundo privado; ao contrário, é um mundo intersubjetivo, compartilhado com outros homens. Esse mundo que é vivenciado e interpretado por outros torna-se um mundo comum, no que a situação biográfica de cada um, apenas em escala muito pequena, é única e feita pelo próprio sujeito.

O homem de atitude natural é capaz de perceber que o objeto de conhecimento pode aparecer diferente para outra pessoa devido a sua situação e posição no mundo; essas perspectivas sobre o mundo social têm sua origem e organização em um sistema de duas coordenadas: o aqui, onde me situo e o lá, onde meu semelhante se situa. Portanto, não podemos estar igualmente no mundo social (NATANSON, 1995).

O mundo das relações sociais situa-se no contexto de um mundo historicamente construído, sendo dinâmico na sua natureza sócio-cultural. Nele todo homem se encontra com seus semelhantes, gerando relacionamentos mútuos, uma vez que uns agem sobre outros e todos são afetados e vivenciam um mundo comum.

Diante da densidade da intersubjetividade é que podemos experienciar o outro na sua unidade e na sua totalidade, em simultaneidade viva. Cada homem pode experimentar o fluxo de pensamento do outro; nesta comunicação sempre há dois presentes vivos, dois tempos internos, ligados entre si através do tempo social, no qual a relação social se produz (CAPALBO, 1998).

O conceito de intersubjetividade remete a um dado intra-mundano, sob o qual se ergue toda e qualquer atividade do eu de relação e da própria ciência social. A produção de um ambiente comum revela o estado de estar unido com o outro, em que o “eu” se volta para o “outro”, o que indica também que toda pessoa tem seu ambiente subjetivo particular (WAGNER, 1979).

Está presente no mundo das relações, o relacionamento *Nós* que pode se dar na “situação face a face”, quando as pessoas envolvidas têm alcance da experiência direta uma da outra, pressupõe uma simultaneidade real de consciências distintas e uma imediatidade espacial e temporal. Esse relacionamento é profundo e requer o assumir uma “orientação para o outro” (WAGNER, 1979).

Cabe dizer também que essa “experiência face a face” pode se dar em limites mínimos, recebendo a designação de um tipo mais superficial e rápido de consciência da outra pessoa. O outro tipo de relacionamento inscreve-se em relações sociais indiretas, em contraposição à situação face a face, que pressupõe a experiência direta por excelência. A experiência social indireta é marcada pelo decréscimo do número de percepções que tenho da outra pessoa, embora não deixe de se constituir em uma perspectiva intermediária ou de transição do relacionamento face a face (WAGNER, 1979).

Continuando no foco das relações sociais indiretas, Schutz descreve a região de anonimato, em que nossa experiência com os outros torna-se cada vez mais remota e anônima. Podemos aqui destacar as entidades coletivas, as quais conhecemos, mas não somos capazes de nomear seus membros ou ainda entidades com naturezas anônimas como o próprio “Estado” ou “Nação” (WAGNER, 1979).

3.3 Fundamentos Metodológicos Básicos da Fenomenologia Social

Desde o seu início, os estudos sociais enfrentaram polêmicas científicas decorrentes da adoção de modelos pertinentes às ciências naturais, deixando, assim, de abordar os problemas da subjetividade.

Para Schütz, é possível avançar na investigação de fenômenos sociais ao abordá-los fenomenologicamente, formulando perguntas sobre o significado do mundo social para o ator que o vivencia. A possibilidade de estudar o mundo social sob diferentes pontos de vista indica a importância fundamental de contemplar os fundamentos referentes a atos sociais e atores sociais. Para uma teoria da ação social, sem dúvida, o ponto de vista subjetivo deve ser seguido com todo rigor; caso contrário, para Schütz, perder-se-ia o elemento básico que remete ao mundo da vida e à experiência cotidiana. Manter o ponto de vista subjetivo é a garantia única de que o mundo da realidade social não será um mundo fictício e inexistente construído pelo observador científico (BRODERSEN, 1974).

Os fenômenos sociais que abarcam os atos humanos não podem ser compreendidos sem reduzi-los a atividades humanas de criação, ou seja, sem conhecer os propósitos para os quais estão sendo destinados, bem como sem referir essas atividades aos motivos que às originaram. Pela teoria dos motivos pode-se aprofundar a análise da ação humana.

Para Schütz, há uma necessidade metodológica de recorrer-se a um enquadramento específico para dar relevo à diversidade dos fenômenos sociais; desta forma, colocou em destaque o fundamento da tipicidade.

A ação tipificada pode ser entendida como aquela que revela a cristalização da experiência de pessoas no mundo cotidiano, sendo o resultado de um processo de interseções que deriva para uma síntese de reconhecimento do objeto estudado.

Sempre que deparamos com qualquer ordenação de experiência passada, na forma de códigos interpretativos, qualquer ato de abstração, generalização, formalização ou idealização[...] um momento de experiência vivida é deslocada de seu cenário e, então, por meio de uma síntese de reconhecimento é congelado num “tipo ideal”, esquemático e rígido (WAGNER, 1979, P 278-279).

Pode-se obter “tipo ideal de pessoa” e tipo ideal de “linha de ação”, dada a natureza do objeto desta minha investigação existe certamente pertinência à linha de ação, que pode ser considerada como um contexto de significado objetivo. Todavia, há relação entre os dois tipos, na medida que somente “agindo é que pode haver ato” (WAGNER, 1979).

Quando o ato manifesto é visto como regular e repetitivo de processos de experiências conscientes reais, estamos diante de uma ação típica; a motivação do ator é sempre direta; nos termos do “motivo a fim de” define a tipificação. Na perspectiva da análise qualitativa, estas acentuações tipificantes do objeto estudado podem ser vistas como fios diretores de inegável valor cognitivo.

O estudo do referencial teórico-metodológico de Alfred Schütz levou-me a apreender a necessidade e a importância de formular a unidade de contexto da pesquisa para ir produzindo informações sobre a realidade social da enfermagem e dos serviços de saúde no México, o que apresentarei a seguir.

4 UNIDADE DE CONTEXTO DA PESQUISA

Nesse capítulo delinerei a formação do enfermeiro no México, o contexto político-social do Sistema de Saúde e suas implicações para a Enfermagem, bem como a organização atual do Sistema de Saúde que coloca em foco a Cruzada pela Qualidade dos Serviços de Saúde.

4.1 A formação do Enfermeiro no México

O México conquista sua independência em 1810, passando em seguida, por um período de instabilidade política que durou quase cem anos. As diretrizes para a reforma do Estado foram formuladas em meados do século XIX, sendo que a constituição de 1857 eliminou as ordens monásticas da república; Com esta decisão política a atenção de enfermagem tradicionalmente de responsabilidade da irmandade católica, foi institucionalizada.

A literatura sobre a história de enfermagem no México, menciona que houveram tentativas prévias para organizar a educação em enfermagem e, destaca que o hospital militar fundou uma escola em 1894 e duas outras foram organizadas por médicos em seguida; todavia essas organizações não se estabeleceram.

No final do século com o início da modernização da atenção médica, instala-se as bases para que em 1907, organiza-se a primeira escola de enfermagem, a qual promoveu o crescimento e o desenvolvimento da enfermagem no México. A organização dessa escola deu-se com a cooperação de duas enfermeiras alemãs que mais tarde, se associaram às enfermeiras americanas.

A Universidade do México foi reaberta em 1910 e tornou-se responsável por toda a educação técnica no país, incluindo a enfermagem que foi incorporada à escola médica e posteriormente emancipada na década de 50.

Depois da revolução mexicana de 1920, a educação em enfermagem cresceu rapidamente por toda a república, sendo que a maioria das escolas foi organizada pelos hospitais. Em meados de 1930, as principais escolas elevaram seu requisito de matrícula para a conclusão de escola secundária com nove anos de escolaridade prévia (ALMEIDA, 1982).

Até 1967, a educação em enfermagem estava constituída por programas que eram oferecidos pelas universidades públicas e privadas, por escolas de responsabilidade de instituições como a Cruz Vermelha Mexicana, pelas Secretarias da Defesa Nacional e da Marinha, entre outras escolas, de natureza administrativa privada. Para ingressar nos cursos de enfermagem era exigida a educação secundária; todavia, os programas não tinham uniformidade quanto a sua duração, muito embora a maioria estivesse estruturada em três anos. Para aqueles que optavam pela formação em obstetrícia requeria-se mais um ano de estudo, titulando-se como enfermeiro obstetra.

Os planos de estudos dos cursos de enfermagem estavam integrados basicamente por disciplinas do eixo biomédico, focando o desenvolvimento do estudante para habilidades técnico-científicas dirigidas ao cuidado físico e orientados para o contexto hospitalar. Em menor proporção, algumas disciplinas habilitavam o aluno para participar em programas de atenção à saúde pública.

Apesar das universidades estarem presentes na formação de enfermeiros, os egressos eram considerados de nível médio superior, o que, em si, era uma

incongruência, uma vez que os programas não incluíam os conteúdos de *bachillerato*.²

A Carreira de Licenciatura em enfermagem teve início ainda em 1967 pelas universidades públicas, instalando-se primeiro no Estado de Nuevo Leon, norte do país. Em 1970, a Escola Nacional de Enfermagem e Obstetrícia – Universidade Nacional Autónoma do México, criou também essa opção de formação. No ano de 1972, a Secretaria de Educação Pública adotou a política de normatizar o nível médio superior no país, o que impôs à carreira de enfermagem a inclusão das disciplinas de *bachillerato* de ciências biológicas, alterando o programa para quatro anos. Esse novo formato ficou denominado de Carreira do Enfermeiro com *Bachillerato* Simultâneo (ESPINO,DIAZ, 1996).

Em particular, a Universidade de Guanajuato-México, no ano de 1975, a fim de adequar-se e responder a essa política de formação, deu origem a um plano de estudos complementares aos professores de enfermagem, possibilitando-lhes receber o título de licenciado e o direito para, futuramente, ensinar nos programas de licenciatura em enfermagem.

Esse movimento de organização universitária levou a Universidade de Guanajuato, no ano de 1981, a instalar a carreira profissional de enfermagem nas Escolas de Enfermagem e Obstetrícia de León e de Celaya (SOLIS,1978).

No momento atual, identifica-se o profissional de enfermagem como aquele que cursou Licenciatura em Enfermagem, sendo de domínio público que aquele que tem grau de licenciatura recebeu estudos de nível superior. Aqueles que

² Bachillerato é um programa acadêmico de ensino médio superior, com duração de três anos, que prepara o aluno para ingresso ao nível superior. Nos dois primeiros anos o aluno cursa disciplinas das ciências básicas e cultura geral. No terceiro ano opta pela especialidade: ciências químico-biológicas, ciências sociais e humanidades, ciências físico-matemáticas ou ciências economico administrativas.

fizeram estudos de enfermagem com *bachillerato* possuem título de enfermeiro, mas entende-se, na comunidade de enfermeiros, que fazem parte do pessoal formado em nível técnico.

Na sociedade, o licenciado em enfermagem é identificado pela escolaridade em nível de licenciatura, mas o cidadão comum não distingue a diferença entre enfermeiro e licenciado. Cabe destacar que a comunidade de enfermeiros no México está constituída em sua grande maioria, por enfermeiros de nível técnico. Somente 10.794 são licenciadas, o que corresponde a 7,09% do total do pessoal de enfermagem (SS, SIARHE, 1999).

Cabe ressaltar, que em termos nacionais, há um quadro de referências de profissões eletivas para postos de trabalho, nele o licenciado de enfermagem não está contemplado; todavia nos manuais hospitalares de descrição de perfil profissional para ocupação de postos administrativos, encontra-se destacado esse nível de formação, com a recomendação para ocupação de postos administrativos.

Nos hospitais privados das grandes cidades do país também recruta-se, para a atenção direta ao paciente, o enfermeiro licenciado e, quase sempre, o seu salário corresponde ao de um enfermeiro geral de um hospital público.

De forma geral, as empresas do setor industrial, por meio de seus departamentos de enfermagem, contratam enfermeiros licenciados com formação ou experiência na área de investigação, considerando que nestes serviços se desenvolvem programas de vigilância epidemiológica do trabalhador, assim como programas de prevenção de riscos e segurança no trabalho. Outro fator determinante de contratação de licenciados para a indústria são os processos de certificação, que levam em conta a presença de pessoal profissional como critério de qualidade.

Entretanto, no que se refere a estudos investigativos acerca da nova categoria profissional, ou seja do enfermeiro licenciado pouco se tem realizado, a partir da sua criação. Pode-se citar os estudos de Mora (1991) sobre egressos e mercado de trabalho, os quais orientaram e definiram os planos de estudos nos anos de 1985 e 1993.

O estudo de mercado de trabalho de enfermagem no Estado de Guanajuato revela que os principais contratantes ainda são as instituições públicas, muito embora exista uma acentuada tendência de crescimento de contratação de enfermeiros licenciados por outros setores da economia.

Revela também que os licenciados são contratados para as funções de ensino, investigação e administração. O setor da educação recruta para oferecer cuidado de enfermagem nos níveis pré-escolar, médio superior e superior. As associações e organizações civis têm emergido como instâncias de apoio para o acompanhamento de enfermidades crônicas ou degenerativas, contratando enfermeiros licenciados para os programas de atenção à saúde (ALVAREZ, 2000).

Todavia, faltam estudos acerca da prática deste profissional, considerando que, há duas décadas, a Universidade de Guanajuato está desenvolvendo esta modalidade de formação, no entanto não tem sido realizado acompanhamento sistemático. Portanto, há carências de pesquisas que descrevam sua gênese, o seu mundo cotidiano e suas relações com as outras práticas de atenção à saúde.

Penso que na atualidade, a tarefa tanto da universidade como a de cada profissional que conforma a comunidade de enfermeiros licenciados do México, é a de compreender a prática no cotidiano, questioná-la e contribuir para sua transformação.

Assim, como integrante desta comunidade e como universitária formadora desta profissão, busco aproximar-me deste conhecimento com a intenção de contribuir para a compreensão com o compromisso manifesto de participar da sua reconstrução social.

4.2 O contexto Político-social do Sistema de Saúde do México e suas Implicações para a Enfermagem

O Sistema de Saúde do México tem sido delineado ao longo do tempo por diferentes políticas mundial e nacional, as quais têm definido orientações não somente de formação de recursos humanos de enfermagem, mas incidem como determinantes que influenciam e legitimam o tipo de prática profissional a ser incorporada e desenvolvida cotidianamente.

O marco de racionalidade dirigido a manter o sistema capitalista em ascensão desenhou as políticas do século passado. Nesta construção, o Estado manejou o descontentamento social, principalmente do segmento rural da sociedade, por meio de políticas de saúde de baixo alcance, todavia constantes. Os movimentos sociais do século XX demarcaram três épocas predominantes que delinearão os eixos das políticas de saúde, segundo Martinez (1993).

Nos anos 20 e 30, sobressaía o interesse pela construção do país, uma vez que havia passado por uma década de luta por justiça social; assim, esse cenário foi ideal para as grandes campanhas de vacinação dirigidas às populações portuárias e das regiões de fronteiras. Essa política foi apoiada pela Fundação Rockefeller, identificando-se o interesse comercial dos Estados Unidos da América

em manter o controle sobre a saúde daqueles que sustentavam, por meio da força de trabalho suas atividades comerciais.

Neste contexto, nasceu o enfermeiro sanitarista, fortemente influenciado pelas concepções norte americanas de saúde pública, assim como pelas condições que se ofereciam para a formação de enfermeiros no país. Cabe salientar o papel da parteira que, desde o século XVI, época conhecida como pré-hispânica e colonial do México, marcava sua presença, inserida socialmente com uma formação empírica, contextualizada na mestiçagem cultural.

O desenvolvimento social, o avanço científico e as novas organizações educativas transformaram intensamente a prática obstétrica. Essa evolução marcou uma tentativa de elevar a qualidade da formação das parteiras ao estabelecer critérios de tempo de preparação e características para o exercício de suas habilidades. Todavia, de forma paralela, o seu campo de atuação foi se restringindo apesar da melhoria da sua formação, uma vez que novos modelos de segurança social foram sendo gerados, provocando mudanças na atenção à saúde e, conseqüentemente, na assistência ao parto.

Os programas de formação de enfermeiros realizavam, concomitantemente, a formação em obstetrícia até 1950. Posteriormente, passou-se a oferecer essa formação de maneira complementar e, novamente, a partir de 1970, a formação em obstetrícia está garantida nos cursos de Licenciatura em Enfermagem.

Cabe notar a incongruência entre as políticas de formação e de contratação, considerando que, quando as tendências em saúde preconizavam a importância da atenção materno-infantil como grupo prioritário, a organização do próprio sistema de saúde relegava o campo de ação do enfermeiro obstetra. O

resultado de tais inconsistências políticas tem conduzido as instituições públicas de saúde a prepararem parcerias empíricas, o que prevalece até o presente.

Durante as décadas de 40 e 50, a conformação do Sistema de Seguridade Social no país emergiu como estratégia para atender as grandes demandas das classes trabalhadoras em matéria de atenção à saúde e de outras condições sociais, a fim de assegurar a industrialização do país. A consolidação do Estado, através do Instituto de Seguridade e Serviços Sociais dos Trabalhadores, é o reflexo da burocracia em construção.

Na área da saúde assiste-se ao crescimento hospitalar e a enfermagem, neste contexto, recebe um forte impulso derivado da prioridade conferida pela medicina institucionalizada. As políticas de saúde são dirigidas à população urbana e o avanço científico da medicina configuram o conhecido modelo assistencial hospitalar, com inovações em práticas curativas, culminando com a geração das especialidades clínicas. Essa drástica mudança de orientação dos serviços de saúde relega a assistência de enfermagem sanitária a um segundo plano, mantendo-se apenas o seu discurso para não expor, claramente, os interesses do capital.

Nas décadas de 70 e 80, a atenção do Estado volta-se para as grandes maiorias populacionais, dando destaque aos problemas demográficos que sobrecarregam o sistema de saúde, colocando em foco o controle de natalidade. Ressurgem, então, os programas de atenção à saúde materno-infantil, tratando de atender às políticas de desenvolvimento da população, com a finalidade de garantir a transição para o novo século.

Os serviços de saúde do país organizam-se com o apoio da Organização Mundial da Saúde na oferta de campanhas de vacinação para enfermidades

previníveis. Coloca-se em ascensão a retórica da educação em saúde, o conceito de autocuidado e o de responsabilidade do indivíduo no cuidado de sua saúde.

Para atender a tais objetivos, o Instituto Mexicano de Seguro Social, criou o programa IMSS – COPLAMAR³. Trata-se de um plano de saúde para zonas prioritárias e grupos marginalizados, o qual recorreu à organização de recursos comunitários para atenção à saúde, contribuindo com a capacitação de promotoras de saúde e parteiras rurais como medida de formação de recursos humanos em saúde.

Paralelamente, nesse período desenvolvia-se a medicina de alta especialidade para atender ao duplo perfil epidemiológico, caracterizado por enfermidades crônicas e infecto-contagiosas agudas que, rapidamente, instalava-se no país.

No que se refere à formação de recursos humanos em enfermagem agudizam-se a carência de profissionais e o conflito na concepção da sua formação, considerando que o discurso político demandava enfermeiros com enfoque preventivo, enquanto que as universidades privilegiavam a formação para o modelo clínico hospitalar.

As necessidades sociais dessa época demandavam pela formação de um profissional de enfermagem autônomo, o que fez surgir uma luta antiga pelo reconhecimento e busca de direito à educação em nível superior, tendo em vista uma formação profissional de qualidade. As condições socioeconômicas e políticas geraram a abertura de muitas escolas em todo o país, nas quais se formam sub-profissionais de enfermagem, com currículos distintos (MARTINEZ,1993).

³ IMSS- COPLAMAR (Instituto Mexicano Del Seguro Social, Coordinación General Del Plan Zonas Deprimidas Y Grupos Marginados). Tomado de Mínimos de Bienestar. Presidencia de la Republica. D.F.C, tomos 1977.

Segundo Martinez (1993), a legitimação social da profissão de enfermagem fortalece-se recentemente com sua evolução histórica, quando se vincula com a intervenção do Estado no campo da saúde, encaminhando suas ações para legitimar o sistema social e o modelo de desenvolvimento nacional.

O México vivenciou, nos anos 90, novos rumos políticos que apontaram para o modelo neoliberal, criando condições de aparente auge econômico. Esse contexto trouxe grandes avanços em tecnologias em saúde, em particular a medicina, gerando novas especialidades médicas e grandes investimentos do Estado.

O marco da globalização econômica mundial e a assinatura do México como parceiro no Tratado de Livre Comércio da América do Norte, trazem reflexos para a saúde e para a enfermagem. Neste contexto de obrigatoriedade, a Direção Geral dos Profissionais convocou as associações profissionais de enfermagem, as instituições de saúde de natureza pública e privada, as associações de faculdades e escolas de enfermagem e os enfermeiros em geral, com o objetivo de definir mecanismos de acreditação de programas educativos de enfermagem⁴ e de certificação profissional de enfermeiros.

Para dar encaminhamento a essas solicitações do Estado, em 1994 foi instituído o Comitê Mexicano para a Prática Internacional de Enfermagem, com competência para elaborar critérios e procedimentos para o mútuo reconhecimento de licenças e certificados entre os países sócios do Tratado de Livre Comércio: México, Estados Unidos da América e Canadá.

⁴ Acreditação de programas educativos: É um processo que avalia a qualidade de um programa acadêmico de enfermagem, de nível meio superior e superior no marco do SNAE-98 da FEMAFEE, A.C, o processo é voluntário, e um trabalho colegiado por expertos da Comissão Especial de Acreditação e tem vigência de cinco anos (FEMAFEE, 2001 p.3).

Essa exigência levou a uma reflexão sem precedentes, considerando a oportunidade de analisar as diferenças e semelhanças dos processos de formação em enfermagem e das condições que regulavam a prática profissional em âmbito nacional. No contexto de internacionalização, o desafio é ainda maior, considerando o uso de tecnologias avançadas, a definição de padrões de cuidados de enfermagem e as formas diversas de ofertar serviços de saúde e garantir a qualidade da atenção.

Torna-se evidente a influência do Tratado de Livre Comercio na evolução da organização da enfermagem mexicana em nível de educação e de prática, o que merece ser analisado no seu aspecto positivo, uma vez que coloca em relevância o desenvolvimento de estratégia para garantir a qualidade da prática em âmbito nacional, tendo fortalecido a enfermagem para elevar a sua competência, juntamente com as práticas de enfermagem canadense e estadunidense. Com este propósito, os órgãos colegiados nacionais se agruparam formando um Conselho Mexicano para a Acreditação e Certificação em Enfermagem (ESPINO, DIAZ, 1999).

As faculdades e escolas de enfermagem têm adotado o processo de acreditação como medida básica que lhes permitam melhorar seus planos curriculares. Nesse processo, a Federação Mexicana de Associação de Faculdades e Escolas de Enfermagem realizou uma reunião nacional que teve como resultado a definição de diretrizes mínimas curriculares de enfermagem, os quais foram elaborados com a dupla finalidade de melhorar a formação no México e atender à política da Organização Mundial da Saúde de qualificar a formação de recursos humanos para a atenção à saúde (FEMAFEE, 2001).

Esse é o panorama da enfermagem mexicana rumo ao século XXI, o que tem exigido análises que recuperem o processo de globalização da educação com os serviços de saúde e com a sociedade.

A legitimação da enfermagem encontra sustentação basicamente em dois elementos, ou seja, na ideologia e no serviço que oferece à sociedade; todavia, vivencia-se paradoxos em tempos de transição do capitalismo liberal para o monopolista. Idealiza-se uma enfermagem que almeja encaminhar suas ações na direção de garantir direitos universais de cuidados, tendo-os como indispensáveis dada a sua importância social; entretanto, os serviços e as associações de enfermagem encontram-se debéis no combate à injustiça social, na medida em que se acentua a diminuição da atenção à saúde da população em geral.

A prática de enfermagem se identifica prisioneira de seu caráter subalterno e conservador, decorrente da sua condição institucionalizada e assalariada. Em termos gerais, encontra-se na busca de consciência de classe, assim como de coesão associativa, que ainda hoje se expressa por incipiente representação social ativa, demonstrando pouco esforço pela reconstrução do seu significado marcado pela história (MARTÍNEZ, 1993, p.82).

Na atualidade, tal afirmação vem sendo reinterpretada, sendo que o debate polariza-se em dicotomias, tais como: a prevalência do ensino e da prática centrados na especialização técnica ou na dimensão generalista, no fortalecimento da clínica individual ou da área sanitária, muito embora a prevenção da doença e promoção da saúde se apresenta como uma das grandes prioridades nacionais.

Outros processos demandam atenção e resolutividade, como é o caso da profissionalização da enfermagem que, apesar de ter avançado nos últimos anos, os

encaminhamentos mostram-se insuficientes quanto a abordagem da problemática de indefinição dos espaços de trabalho e, sobretudo, pela fragilidade na consistência gerencial que regula a prática, o que não tem permitido um desenvolvimento harmônico em termos de contribuições objetivas para a resolução das questões de saúde.

4.3 A Organização Atual do Sistema de Saúde no México

O atual sistema de saúde tem 60 anos de existência. Foi criado no ano de 1943, com a constituição da Secretaria de Saúde e Assistência (SSA), do Instituto Mexicano da Seguridade Social (IMSS) e do Hospital Infantil do México. A criação do sistema foi a primeira geração de reformas em saúde na busca por atender às demandas do desenvolvimento industrial. Em 1960 cria-se o Instituto da Seguridade Social a Serviço dos Trabalhadores do Estado (ISSSTE). Desde sua origem, o sistema ficou marcado pela divisão entre assegurados da seguridade social e a população não assegurada, que se beneficiava da assistência estadual.

Ao final da década dos anos 70, surge a segunda geração de reformas que busca construir um sistema nacional de saúde, sendo dada ênfase à atenção primária e à ampliação da cobertura. Esses programas não conseguiram resolver a dualidade entre seguridade social e assistência pública. Uma terceira geração de reformas aponta para substituir o velho modelo vertical para um novo modelo universal, participativo e plural.

Os objetivos do sistema orientam-se para cumprir as quatro funções básicas: prestação de serviços, seu financiamento, a direção do sistema e a geração de recursos para saúde.

Quanto à prestação de serviços, o sistema possui três prestadores. O primeiro grupo inclui as instituições (SSA) que outorgam serviços à população não assegurada, destinado a, aproximadamente, 40 % do total da população. O segundo grupo inclui a seguridade social (IMSS, ISSSTE, PEMEX) que presta atenção a mais de 50% da população. O terceiro grupo é o setor privado que atende, segundo dados do censo nacional de saúde de 2000, a 21% da população assegurada e a 28% da população não assegurada.

O Programa Nacional de Saúde 2001-2006 fundamenta-se nas três diretrizes do sistema nacional de saúde: cidadania, solidariedade e pluralismo. Com esse lema, a democratização da saúde se antecipa na conformação de um sistema de saúde universal, participativo, eqüitativo, solidário, eficiente, de alta qualidade, descentralizado e com capacidade de planejamento. Com base no federalismo cooperativo, os estados e municípios participam ativamente em vincular outros setores afins, para diminuir o atraso da atenção à saúde (PNS 2001-2006).

No Programa Nacional de Saúde, a Cruzada pela Qualidade dos Serviços surge como estratégia para dar resposta ao compromisso de campanha do Presidente Vicente Fox Quesada, no ano 2001, que se propunha a oferecer serviços de saúde da mais alta qualidade. Tem como valores fundamentais o atendimento à saúde atrelada à satisfação dos usuários e à honestidade no manejo dos recursos institucionais, incluindo os relativos a recursos financieros, físicos, tecnológicos e humanos .

Quanto à saúde, o compromisso do governo federal inclui dois grandes eixos de ação: oferecer atendimento digno aos usuários dos serviços de saúde e melhorar constantemente a qualidade técnica da atenção médica.

Para tanto, a Cruzada pela Qualidade dos Serviços de Saúde reforça esse compromisso, estabelecendo objetivos de promover tratamento digno e adequado para os doentes e seus familiares, assim como de oferecer, em todas as instituições de saúde, práticas mais efetivas. Propõe-se a melhorar os aspectos técnicos da atenção, garantindo o abastecimento dos medicamentos, o oferecimento de melhores oportunidades de atuação profissional para todos aqueles que participam da atenção à saúde.

Esse movimento pela qualidade na saúde inclui processos permanentes de melhoria do desempenho e de transparência, o que obriga as instituições de saúde a prestar contas aos mexicanos. Colocar a qualidade como um valor fundamental da cultura organizacional dos serviços de saúde em benefício da população é ainda uma meta a ser alcançada.

Em termos de atendimento digno, a missão das instituições concretiza-se na retórica de respeito aos direitos humanos e às características individuais da pessoa, no oferecimento de informação completa, veraz, oportuna e acessível de ser entendida pelo paciente ou por quem que o acompanhe e ainda pela amabilidade por parte dos prestadores do serviço.

A cruzada pela qualidade busca colocar em prática uma atenção médica eficiente, ética e segura. Propõe-se a ser efetiva, a fim de alcançar os resultados esperados pelos usuários dos serviços de saúde, eficiente, ao fomentar o uso ótimo dos recursos que dispõe, ética, ao respeitar os valores universais e segura, ao oferecer um serviço que envolve os menores riscos possíveis.

Diante de tais proposições, foi elaborado o Decálogo da Cruzada, o qual está funcionando como uma carta de apresentação das instituições de saúde para a população, onde se destacam os seguintes elementos: sorriso amável; atendimento digno e respeitoso; interesse e compreensão; informação completa, oportuna, verdadeira; satisfação do público; atenção efetiva; eficiência; equidade; inovação e melhoria contínua (SSA,2001).

5 A TRAJETÓRIA DA PESQUISA

A seguir, delinheio a trajetória da pesquisa, levando em conta que o estudo fenomenológico da conduta humana requer um método que possa conduzir à aproximação do outro e, nesse acercar-se do mundo cotidiano do outro, que tem como característica básica o de ser intersubjetivo, vão se produzindo intersubjetividades e estratificações típicas que conformam um mundo de sentido comum, mesmo reconhecendo que as situações possam aparecer distintas aos atores sociais, uma vez que cada um possui experiência própria e o conhecimento do mundo que lhe é particular.

Para Schütz, a tipificação na esfera da vida cotidiana é um modo de construir a tipologia de um dado fenômeno social, através da sistematização dos seus traços típicos. Trata-se de um processo de compreensão da ação subjetivamente significativa através de procedimentos que colocam em evidência o que há de original, específico e típico no fenômeno estudado. Para Schütz, as tipificações devem levar em consideração os estratos objetivos e a angústia existencial.

O propósito dessa investigação é chegar à tipologia da prática do enfermeiro profissional e, nesta direção, Schütz propõe para o pesquisador a perspectiva de apreensão dessa realidade social através da tipificação dos fatos cotidianos, que são vividos sempre seguindo “*motivos a fim de*” e “*motivos porque*”. Portanto, considero que a prática profissional constitui-se no projeto de cada enfermeiro que traz em si os *motivos a fim de* estar nesta profissão e, quando realiza seu trabalho, o ato torna-se concreto, permitindo uma atitude reflexiva sobre ele, uma vez que lhe possibilita perceber os *motivos por que* dessa prática profissional.

Sob essa perspectiva, cabe esclarecer que o enfermeiro, na sua prática diária, vivencia rotineiramente um cotidiano de trabalho sem a preocupação de estar atribuindo significados; todavia, traz em si os *motivos a fim* de. Na condição de pesquisadora, buscarei compreender essa prática profissional dirigindo-me aos enfermeiros sujeitos da ação, para encontrar o significado de sua ação no contexto de trabalho.

5.1 Retomando o Propósito da Pesquisa

A pesquisa tem como propósito a compreensão da prática do profissional enfermeiro no contexto do sistema público hospitalar de Guanajuato-México, pela observação da realidade social e de descrições de enfermeiros que vivenciam tal realidade. Adotei o encontro face a face, promovendo a sintonia de nossas vivências conscientes. As descrições emergiram de entrevistas, conduzidas segundo a abordagem fenomenológica, sem qualquer preconceito ou pre-julgamento de minha parte. Para tanto, a questão orientadora foi formulada da seguinte forma: poderia você contar-me o que é seu trabalho aqui, como enfermeiro?

5.2 O Campo de Investigação

A pesquisa foi desenvolvida na cidade de Celaya - Estado de Guanajuato – México, que se apresenta integrada com 143 localidades e conta com uma população de 500.000 habitantes, com densidade demográfica de 612 habitantes /Km². A sua população economicamente ativa é de 100.000 habitantes, possui um

total de 72.850 residências habitacionais, das quais 70.841 dispõem de energia elétrica, 69.892 contam com água potável e 66.291 com rede de esgoto sanitário. A média de habitantes por residência é de 4,9.

O município de Celaya possui ampla infra-estrutura de serviços educativos de níveis pré-escolares, escolares, primários, médio básico e médio superior. Embora apresente redução de oportunidades para o nível superior, ainda ocupa a primeira opção para os jovens, inclusive para aqueles das localidades circunvizinhas.

É considerado um dos pólos de desenvolvimento do Estado dada a sua atividade agroindustrial, comercial e de transformação da indústria metalmecânica, consituindo-se em importante fonte de empregos, sendo 13,9% para o setor primário, 28% para o secundário e 55,4% para o terciário.

Celaya mantém distintos fluxos de comunicação. Por via terrestre, através de autopista panamericana que se interconecta com as principais maxipistas do país e da Rodovia Federal de Celaya a Salamanca. Por via aérea, seu aeroporto mantém fluxo de conexão com os aeroportos das capitais Morelia, Querétaro, Guadalajara e Cidade de México (INEGI, 2000).

Na cidade de Celaya, encontra-se a Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia na qual trabalho como professora há 14 anos, nessa mesma instituição graduei-me em enfermagem, sendo uma das três instituições de ensino superior público. Há 65 anos forma recursos humanos de enfermagem, sendo que o ensino sempre esteve integrado ao sistema de saúde público dado que os espaços hospitalares são os campos de ensino clínico.

A minha decisão de escolher o sistema hospitalar público da cidade de Celaya para realizar a investigação fundamenta-se no pressuposto de que habito esse mundo desde 1984, primeiramente como aluna de enfermagem, depois como

professora e, algumas vezes, como assessora dos serviços de enfermagem. Soma-se a isso o fato de que grande parte dos alunos egressos do Programa de Licenciatura em Enfermagem encontra-se trabalhando nestes hospitais. Portanto, a relação primária face a face, na condição de docente-discente modificou-se, situando-se no plano das relações profissionais e sociais.

O sistema de saúde pública do município reproduz o esquema estadual e nacional. A organização dos serviços de saúde integra, sob gestão coordenada, os três hospitais públicos, sendo dois da seguridade social e um da assistência social. São também os que ofertam, em regime aberto e gratuito, os serviços básicos com programas preventivos de atenção à saúde.

Para atender às necessidades e problemas de saúde, os três hospitais coordenam-se para desenvolverem programas especiais quanto a emergências no município, assim como para atender morbididades específicas. O mesmo esquema de compartilhamento e cooperação é seguido, quando diante de situações de escassez de medicamentos, instrumental cirúrgico ou de diagnóstico.

Nos últimos quatro anos, a aproximação entre eles têm se dado no plano formal, através da Coordenação do Comitê Municipal de Saúde, que trabalha, sistematicamente, pela educação continuada planejada dos hospitais considerando a morbididade local, assim como pelo planejamento conjunto das atividades dirigidas à saúde. Este trabalho tem se configurado para a sociedade celayense em uma nova “cara” da saúde pública, identificando os hospitais como um sistema.

Os três hospitais públicos são classificados segundo capacidade, instalação e tipo de serviços que oferecem. O Hospital do Instituto de Seguridade Social e Serviço dos Trabalhadores do Estado (ISSSTE, 2003) possui 55 leitos eletivos e 29 não eletivos, ofertando serviços básicos de medicina interna, cirurgia,

ginecologia e pediatria e as especialidades de traumatologia, oftalmologia, urologia, otorrinolaringologia, cirurgia pediátrica e vascular, cardiologia, psicologia e odontologia. Este hospital no município é o que tem menor número de assegurados, com menos atendimentos à população.

O Hospital do Instituto Mexicano de Seguro Social é o mais antigo dos três, tendo o maior número de assegurados. Dispõe de 157 leitos eletivos e 45 não eletivos, com serviços básicos de medicina interna, cirurgia, ginecologia e pediatria, ofertando também as especialidades de ortopedia, oftalmologia, otorrinolaringologia, endocrinologia, urologia, neurologia, psiquiatria, oncologia, cirurgia pediátrica, maxilofacial, reconstrutiva, ginecológica, endoscópica, laparoscópica, nutrição, fisioterapia e odontologia (IMSS, 2003).

O terceiro componente hospitalar provém do Sistema da Secretaria da Saúde, com edifício recentemente construído, colocado à disposição em 2002, ainda que não esteja totalmente equipado. Este hospital atende a população que não dispõe da seguridade social e disponibiliza uma oferta de 100 leitos eletivos e de 88 não eletivos, com serviços básicos de medicina interna, cirurgia, ginecologia e pediatria e serviços especializados nas áreas de epidemiologia clínica, clínica integral de atenção a pacientes com HIV, traumatologia, oftalmologia, cardiologia, urologia, reumatologia, endocrinologia, cirurgia pediátrica e odontologia.

A tecnologia que o sistema hospitalar dispõe é considerada, em sua maioria tradicional dos anos 90; porém alguns possuem equipamentos médicos digitais e, somente alguns laboratórios contam com tecnologia de última geração. O serviço de centro cirúrgico do IMSS dispõe de equipamentos endoscópicos e laparoscópicos. O serviço oftalmológico do hospital da Secretária da Saúde possui equipamento de cirurgia com raio laser.

A organização dos serviços de enfermagem dos três hospitais é semelhante, com relação direta e depende do diretor de cada instituição. Internamente, a enfermagem adota uma organização hierárquica vertical com chefia de enfermagem, subchefias por turnos, supervisoras de serviços e coordenadoras de ensino e investigação.

Os serviços de enfermagem hospitalar atendem às Normas Técnicas Oficiais Mexicanas para cada tipo de enfermidade e as atividades nas especialidades se dividem de acordo com o perfil profissional. Os serviços de consulta externa familiar e de especialidades classificam-se por procedimentos.

Os turnos de trabalho se organizam por rotinas, em que as equipes do período matutino, das 7:00 às 15:00 horas, encarregam-se da higiene dos pacientes, coleta de exames de laboratório, verificação de sinais vitais, ministração de medicamentos, curativos, atualização das ordens médicas prescritas na folha de enfermagem e cuidados gerais de enfermagem.

No turno vespertino, das 14:00 às 21:00 horas, realizam-se a gerência para atividades burocráticas, as atividades de interconsultas, os serviços de psicologia, reabilitação, nutrição, exames radiológicos, mais os procedimentos obrigatórios de ministração de medicamentos, verificação de sinais vitais, procedimentos invasivos de enfermagem como troca de sondas e catéteres.

No turno noturno, das 20:00 às 7:00 horas, as atividades administrativas são dirigidas à gerência de materiais, medicamentos e roupas e as atividades de cuidados referem-se à ministração de medicamentos e verificação de sinais vitais.

Alguns serviços têm outras formas de organização, como a pediatria e neonatologia, onde a equipe integra-se com um enfermeiro especialista, dois enfermeiros generalistas e um auxiliar de enfermagem para responderem por um

número determinado de pacientes, onde o enfermeiro especialista é o responsável pela organização do cuidado para cada paciente.

Ao final de cada turno, o enfermeiro responsável pelos serviços, juntamente com a equipe, transfere o plantão para o outro turno, indicando os diagnósticos médicos e os cuidados de enfermagem e destacando aqueles executados, bem como os cuidados que estarão a cargo da equipe que está assumindo o plantão.

Durante a semana cada subchefe de turno seleciona um serviço para avaliar ou faz uma listagem de assuntos, escolhendo temas para revisar com a equipe, monitorando se o cuidado de enfermagem está sendo ministrado conforme as normas técnicas de cada instituição, o que inclui, também, revisão de atividades de expediente, anotações de enfermagem e, em alguns casos, entrevistas a familiares e pacientes.

As atividades de educação continuada são planejadas para serem desenvolvidas uma vez na semana, segundo o estabelecimento de uma programação integrada, de forma que os profissionais participem de forma rotativa em horários de serviço. Outra modalidade são os cursos de temas específicos, planejados semestralmente, realizados uma vez por mês.

A contratação de pessoal de enfermagem é uma atividade delegada ao administrador de pessoal de cada hospital, o qual segue as normas estabelecidas para admissão, respondendo também pelo controle de férias e ausências no serviço.

Os sindicatos dos trabalhadores de saúde, dividem-se em seções que se responsabilizam por grupos de hospitais, dispondo sobre normatizações e direitos dos trabalhadores acerca de processos seletivos para ocupação de vagas, tendo

em vista o melhor salário e o direito de indicar familiares de funcionários, para ocuparem postos de trabalho livres nos hospitais.

Cabe destacar que as vagas de enfermagem são as mais procuradas pelos familiares de funcionários empregados, sendo que este fenômeno tem representado um grande conflito, gerando dificuldades entre os trabalhadores que obtém esse benefício e aqueles que não conseguem empregar-se por recomendação familiar. Por outro lado, percebe-se que o conflito se estende no grupo de enfermagem que tem como colegas de trabalho aquelas pessoas, que na sua opinião, não possuem vocação para a enfermagem mas, ao mesmo tempo, o grupo tem legitimado este direito de indicação, pois alguns também se beneficiaram dele para estarem atualmente na condição de trabalhadores.

5.3 Dimensão Ética da Pesquisa

O projeto desta pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Bioética da Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia de Celaya, da Universidade de Guanajuato, México, com vistas à sua aprovação, em observância do regulamento da lei geral de saúde em matéria de pesquisa, conforme o título, segundo os aspectos éticos da pesquisa em seres humanos Capítulo 1, Art 13 e 16, Art. 17 paragrafo II, e Art. 20. Após análise, o Comitê aprovou o desenvolvimento da pesquisa (Anexo A).

Quanto ao Título Sexto da execução de pesquisa nas instituições de atenção à saúde, em relação aos Art. 113,115,116,120, o projeto foi encaminhado para os comitês de pesquisa dos três hospitais públicos da cidade de Celaya, Guanajuato, México. Os comitês analisaram e aprovaram o desenvolvimento da pesquisa. (Anexos B,C,D).

Em observância a essa legislação, foi elaborado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em linguagem clara, para que os sujeitos da pesquisa recebessem informações quanto ao projeto e assim pudessem fazer suas manifestações quanto a sua opção por participar da pesquisa.

5.4 Coletando as Falas

Adotei como recurso metodológico a entrevista para acessar o mundo-da prática profissional-do-enfermeiro, cabendo esclarecer que se trata de uma entrevista na perspectiva fenomenológica, a qual envolve uma ação dirigida a outro enfermeiro, que por estar vivenciando esse mundo cotidianamente, pode contribuir com propriedade, ao “descrever⁵” sobre aquilo que está sendo interrogado.

5.4.1 A Entrevista

A entrevista na abordagem fenomenológica não exige uma seqüência de passos, mas um posicionamento do pesquisador frente ao fenômeno estudado, orientado para o desvelamento daquilo que é essência e tem sentido originário.

Neste sentido Carvalho (1991) coloca que na entrevista fenomenológica o pesquisador deve procurar três características: a) ver e observar sem estar fechado numa perspectiva causal; b) interpretar compreensivamente a linguagem e

⁵ “Descrever” tem o sentido “des” “ex-crivere”, isto é algo que é escrito para fora. Martins, J.& Bicudo, M.A.V. Estudos sobre existencialismo, fenomenologia e educação. São Paulo, Moraes, 1983,80p.

perceber essa linguagem como veículo de significações e c) perceber o gesto do cliente em seu movimento.

Simões e Souza (1997) colocam sobre a importância de se considerar aspectos essenciais como o ambiente físico disponível para o encontro, a técnica de obtenção dos depoimentos, o horário e os espaços designados para fazer as entrevistas. Mantive presente a preocupação com esses elementos ao coletar as falas dos enfermeiros, ofertando-lhes privacidade e cuidado na interação entrevistado-pesquisadora.

5.4.2 Aproximação ao Cenário de Pesquisa

Depois de obtidas as devidas autorizações institucionais para o desenvolvimento da investigação nos hospitais de estudo, entrei em contato com as pessoas responsáveis nos campos de pesquisa e apresentei-me ao pessoal de enfermagem, realizando uma explanação do projeto de pesquisa. Os enfermeiros, por sua vez, dirigiram-me algumas questões, dentre as quais, perguntaram sobre a definição do período e horário em que se realizariam as entrevistas. Na sequência acolheram minha proposta de se realizar durante o plantão da manhã, tendo em vista que nesse período concentram-se as atividades de enfermagem com toda a diversidade presente no trabalho cotidiano hospitalar. Também disponibilizaram-me o espaço para fazer as entrevistas a fim de proporcionar certo conforto e privacidade ao entrevistado.

Acordamos que o período para fazer as entrevistas seria do dia 13 de janeiro a 27 de fevereiro de 2004, no turno matutino. Solicitaram-me que vestisse

jaleco branco e portasse carteira de identidade. Ao finalizar este encontro solicitei às chefias responsáveis pela prática de ensino e pelo serviço de enfermagem, as quais foram designadas como meus contatos, que transmitissem aos enfermeiros não presentes, as informações sobre meu projeto e as decisões tomadas conjuntamente para a coleta de dados convidando-os a participarem.

No dia marcado para início das entrevistas apresentei-me nos serviços em companhia dos meus contatos e, dirigi-me aos enfermeiros do turno dizendo que estava em busca de participação voluntária para a pesquisa e que deixaria uma folha em branco na central dos enfermeiros para que, aqueles que desejassem participar, se registrassem e aguardassem que eu os procuraria e ampliaria as informações se necessário. Nos casos afirmativos, enfermeiro e pesquisadora assinariam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e marcariam uma data para a entrevista.

Neste mesmo dia quatro pessoas se registraram e marcaram horário de entrevista individual para os dias subseqüentes. Solicitei permissão a cada uma para o uso de gravador e esclareci que se tratava de entrevista não diretiva, sendo garantido o anonimato bem como a liberdade, durante o desenvolvimento da pesquisa, para recusar-se a continuar participando. O documento foi entregue a cada participante no início da entrevista, sendo assinado por ele e por mim com uma cópia para cada qual (Anexo E).

As entrevistas foram gravadas. O gravador não apresentou nenhum problema, porém o local cedido para a realização das entrevistas incomodava as enfermeiras⁶, incomodidade essa, que se manifestava através de expressões como:

⁶ Ao referir-me as falas das enfermeiras, manterei a singularidade do gênero feminino das entrevistadas. Todavia ao dar sentido genérico na formulação do típico-ideal retomarei a natureza masculina.

“seria melhor falar no serviço”, “gostaria de conversar perto dos meus pacientes”, “que lugar horrível”, “sinto como se estivéssemos nos escondendo para falar”.

A questão norteadora também revelou-se como problema, dado que para as enfermeiras, ela não fazia sentido na sua formulação originária: poderia você contar-me o que é seu trabalho aqui como enfermeira? Nesse vazio de sentido, tornava-se necessário explicitar novamente o projeto e suas intenções, levando-me a perceber que corria o risco de obstacularizar o emergir da subjetividade do mundo vida da profissional de enfermagem, uma vez que eu colocava exemplos a fim de clarear a questão norteadora.

Ao transcrever as quatro entrevistas, confirmei minhas suspeitas e refleti que o que estava procurando desvelar não emergia nas falas, o que me colocou em alerta, uma vez que compreendi naquele momento, que os elementos essenciais para acessar o mundo concreto da prática dos enfermeiros, mostravam-se não tão propícios, o que me levou a aprofundar conhecimentos sobre o método na pesquisa qualitativa fenomenológica.

5.4.3 Retornando ao Referencial Teórico

Retomei os conceitos fundamentais de Schütz, colocando relevância na compreensão de intersubjetividade, para melhor refletir e posicionar-me sobre a relação face a face do pesquisador e entrevistado buscando ampliar conhecimentos sobre como aproximar-me do objeto de estudo, neste caso, a prática profissional.

Nesse percurso compreendi também que para os enfermeiros mexicanos a pergunta “o que é isso?” não gera uma descrição, sendo necessário

perguntar “como é isso?”. Assim sendo alterei a questão norteadora para: “poderia me dizer como é seu trabalho de enfermeira aqui no hospital?”.

Essa foi uma tentativa de dar clareza à questão norteadora da pesquisa, procurando não desviar-me da intenção de aproximar-me da prática, entendida comumente pelas enfermeiras mexicanas como “trabalho” e utilizando “como” no lugar de “o que é”.

O espaço fechado, designado para fazer as entrevistas, também revelou-se em um ambiente de desconforto para as enfermeiras, constituindo-se em interferência subjetiva. Assim ao retornar à bibliografia nesta perspectiva, identifiquei que, no que se refere à captação da subjetividade em seu movimento, Martins e Bicudo (1989) e Carvalho (1991), deram-me a oportunidade de pensar que o melhor local seria o próprio espaço físico e social de trabalho das enfermeiras, considerando que nesse espaço e tempo elas poderiam melhor falar sobre ele, desta forma acolhi as sugestões das próprias enfermeiras. Após essa revisão teórica que possibilitou rever minha postura de pesquisadora, bem como, dos encaminhamentos metodológicos, as quatro entrevistas foram excluídas e reiniciei a coleta das falas.

5.4.4 Habitando o Mundo Vida do Hospital

Retornei aos meus contatos para solicitar autorização para fazer as entrevistas nos locais de trabalho. Na semana seguinte realizei uma entrevista e evidenciei que a questão orientadora havia sido compreendida. Também a sua realização no local de trabalho mostrou-se adequada. Desta forma a entrevista com gravação foi obtida com qualidade.

Após a primeira entrevista, o pessoal de enfermagem dirigiu-se à pessoa entrevistada para perguntar-lhe o que eu estava fazendo, revelando seu interesse na pesquisa. Algumas dirigiram-se a mim para registrar-se na lista e agendar horário. Porém, mesmo com horários marcados, não consegui, nos próximos sete dias consecutivos, fazer nenhuma entrevista. Percebi que o meu encontro com os enfermeiros seria facilitado se eu permanecesse nos locais de pesquisa, então comecei observando o trabalho de enfermagem.

Minha presença no campo prático fez-me refletir sobre meu papel ali, levando-me a compreender que estava procurando habitar esse mundo, todavia minha presença como observadora, fazia-me habitante, como pesquisadora, mas ainda distante dos enfermeiros e do mundo da prática profissional. Num segundo momento, pedi autorização a chefe do serviço para ajudar nos cuidados de enfermagem, dado que havia muitos pacientes e poucas pessoas na equipe de enfermagem. Houve aceitação e passei a participar do plantão colaborando nas tarefas de rotina, o que favoreceu no meu compartilhamento com os enfermeiros no mundo vida do hospital.

Em um determinado dia, ao desenvolver essas tarefas, um paciente perguntou-me pela minha profissão. Ao saber que era enfermeira, “contestou-me novamente: então porque não veste uniforme?” A pergunta fez-me refletir agora sobre a importância que tem o uniforme no hospital, ao meu ver trata-se de um código que permite aos pacientes distinguir o pessoal de enfermagem dos outros profissionais. Optei, então, por vestir-me de branco, colocando por cima um abrigo com o logotipo da Universidade de São Paulo (USP) e o escudo da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP). Durante o inverno, o pessoal usava o

casaco institucional; então, por estar na condição de aluna de pós-graduação, passei a usar o da EERP-USP.

No final da primeira semana a lista de voluntários a serem entrevistados contava com 45 enfermeiros, mas eu só havia realizado uma entrevista. Continuei habitando os espaços hospitalares, agora desde o início do plantão, com uniforme de enfermeira e, compartilhando a prática profissional.

5.4.5 O Encontro com os Sujeitos de Pesquisa

O casaco que usava chamou a atenção de algumas enfermeiras, as quais interrogaram-me sobre o trabalho na universidade. Desta forma, começamos a interagir, fui esclarecendo que, no momento, não estava ministrando aulas, que minha atividade atual consistia em estudar no curso de doutorado no Brasil, buscando a formação de pesquisadora. Logo me questionaram sobre o que estava pesquisando, quando lhes dei as informações sobre o tema da pesquisa, acrescentando que se tratava de compreender o trabalho de enfermagem e, por isso estava aí, no mundo do trabalho, tentando compreendê-lo.

Sobre a comunicação intersubjetiva, que agora se estabeleceu, Simões e Souza (1997) colocam que, parte do caminho para desenvolver a entrevista fenomenológica refere-se ao estabelecimento da empatia e intersubjetividade, na busca do “encontro social”, onde ocorre a penetração mútua das percepções. Para Schütz é colocar-se no lugar do “outro”, no caminho da relação “*Nós*”.

Continuei colaborando com as atividades de rotina, com a compreensão de que estar ali era mais do que fazer as tarefas; pois estava me permitindo habitar o mundo da prática, criar vínculos na busca de relações intersubjetivas, experienciar

a prática no seu acontecer em ato. Em pouco tempo, as enfermeiras que não se encontravam na lista começaram a perguntar-me se podiam participar, ao dizer-lhes que sim e ao inquirí-las sobre quando poderiam fazer as entrevistas, disseram: “agora”.

5.4.6 Apreensão do Mundo Vida da Prática Profissional

As entrevistas foram sendo realizadas no local de trabalho e conforme a espontaneidade de quem se dispunha a contribuir. Concordo com Simões e Souza (1991) que a condução de entrevista na abordagem fenomenológica contribui não só para o crescimento profissional, mas também para o pessoal, na medida que permite a reflexão contínua sobre o que se faz, o que se conhece e, sobretudo pela disponibilidade para aproximar-se do “outro”, sem pré-julgamentos mas não com indiferença. Procuramos no “outro” a “sua vivência”, que particularmente nos interessa portanto passa a contribuir-se em objeto de nosso encontro.

Com essa postura conduzi as entrevistas colocando inicialmente a pergunta norteadora e, posteriormente realizei intervenções apenas quando necessário para ampliar algumas falas já ditas no depoimento. Desta forma procurei deixar aparecer as falas originárias privilegiando a sua importância como fonte de significado que revela o mundo vida hospitalar.

Cabe registrar que apesar das acomodações permitirem que as enfermeiras se mantivessem sentadas durante as entrevistas todas preferiram manter-se de pé, revelando em linguagem corporal, que não tinham muito tempo para o encontro. Compreendi também que quando, não mais desejam falar,

encerravam a entrevista dizendo: “isto é tudo”; “só isso”; “por agora é isso”; “quero parar de falar aqui”.

As falas de agradecimentos no final das entrevistas desvelam a necessidade das enfermeiras de falar do mundo do trabalho, assim despediam-se dizendo: “obrigada por escutar-me”; “a gente fala de muitas coisas, porém nem sempre do trabalho”; “eu gostei de ter falado do trabalho”; “agradeço por ter me escutado”; “é a primeira vez que falamos do trabalho de enfermagem”; “sinto que desabafei”. Apreendo que as enfermeiras expressam seus sentimentos de bem-estar decorrente do ato de falar sobre a prática profissional.

Foram realizados 14 encontros com enfermeiras, que me proporcionaram aprendizado sobre particularidades na condução da entrevista fenomenológica e, cujas falas permitiram-me desvelar os sentidos da prática do enfermeiro no mundo hospitalar.

Entrevista No. 2

<p>Poderia me dizer como é o seu trabalho como enfermeira aqui no hospital?</p>	<p>Meu trabalho é muito especial,.....Você vive nos extremos.....Num mesmo dia, aqui você passa por grandes satisfações a por tremendas frustrações. Sim, um dia você pode dar alta a quase todos os pacientes e também ter um óbito.</p> <p>Muitos dos pacientes passam a ser seus hóspedes habituais no serviço e você vai assistindo como eles vão-se deteriorando, se internam, se recuperam e retornam com problemas maiores. Não temos, ou se tínhamos, Temos perdido a cultura de cuidar da nossa saúde, o que acontece? Que quando um paciente vem aqui depois de dois ou três vezes, fica hostil com você, porque pensa que sua saúde é só nossa responsabilidade e não dele também....</p> <p>Outra coisa difícil pelo menos para mim, está sendo o fato de que na cidade têm cada dia mais religiões que proíbem alguns procedimentos, como a administração de antibióticos ou componentes sanguíneos, e mesmo que tenho como norma negociar as intervenções com meus pacientes nesses casos fica difícil.....Porque eles esperam outro tipo de intervenções, não invasivas, aqui as normas nos permitem a intervenção clínica alopata, e a medicina alternativa não é nosso trabalho comum, nós respeitamos, porém, não praticamos, agora também, não aceitam qualquer tratamento....</p> <p>Ah, mas não é tudo que é tão mau, eu acredito que, o bom deste trabalho é que nos últimos dois anos ele está se organizando melhor, a Cruzada pela Qualidade tem-nos ajudado... Tem-nos feito refletir sobre nosso trabalho e têm acontecido mudanças que melhoraram-no, porém os desafios estão aí,... este é um trabalho para renovar-se a cada dia e nós juntamente com ele, por esse motivo eu gosto.</p>
---	---

Entrevista No. 3

<p>Poderia me dizer como é o seu trabalho como enfermeira aqui no hospital?</p>	<p>Ser enfermeira é um trabalho que eu gosto muito, porém, também, tem coisas que eu não gosto....</p> <p>Falarei para você primeiro do que eu gosto.... Eu gosto de ajudar as pessoas por isso sou enfermeira... eu gosto muito da interação com as pessoas... e o cuidado de enfermagem fundamenta-se nisso, na interação... a relação com as colegas e com os outros profissionais também, é muito boa, aqui tem muita gente jovem e também outra que nem tanto, porém todos são muito amáveis e respeitosos com o nosso trabalho.</p> <p>Agora, o que eu não gosto muito do meu trabalho é que o espaço para oferecer cuidado é bastante limitado, por exemplo, eu sei quanto importante é para um paciente o descanso e, em uma sala onde estão três pacientes, é difícil descansar.... ou, na hora da visita os familiares presentes, às vezes você deve fazer procedimentos e todos ali apertados. E ainda as instalações sanitárias não estão sempre nas melhores condições.</p> <p>A sobrecarga de trabalho torna-se pesada, não é sempre assim, mais acontece....Sim, temos muitos usuários e as instalações são as mesmas; sua capacidade não tem aumentado, isso nos deixa tensos, porque você faz apenas o urgente e o importante é deixado para depois.</p> <p>O trabalho da enfermeira é reconhecido em certos níveis, o paciente reconhece que é importante e agradece, mas oficialmente esse reconhecimento não é claro, o nível profissional é exigido, mas depois esse reconhecimento não é evidente nos salários,.... Agora mal remunerados não estamos, acredito que ganhamos bem e os benefícios também não são ruins, algumas pessoas aqui têm compensação pelos riscos à saúde. Temos prêmios e distinções, mas ninguém, nem nós enfermeiras nos preocupamos pelas dificuldades de nosso trabalho, por saber que às vezes é muito difícil atender alguns pacientes e seus familiares,.... Que alguns serviços tornam-se mais pesados que outros isso eu considero que também é um reconhecimento....Da complexidade de um trabalho. Às vezes quando falta uma enfermeira que é especialista, enviam uma enfermeira que não é para substituí-la; isso afeta você porque tem que estar alerta, para apóia-la, não é o mesmo que contar com alguém com mais tempo de casa.</p> <p>Bom, isto é tudo, obrigada por escutar-me, eu gostei de participar, de falar do trabalho... a gente fala de muitas coisas, porém não sempre do trabalho.</p>
---	---

Entrevista No. 4

<p>Poderia me dizer como é o seu trabalho como enfermeira aqui no hospital?</p>	<p>O trabalho de enfermagem neste hospital demanda muito.... A exigência é grande, muita demanda... requer um número grande de pessoal. Nossa população tem aumentado, o que demanda que tenhamos melhores habilidades, mais conhecimentos, mais materiais, mais recursos em geral e esses problemas não sempre são fáceis de resolver num hospital público. Por outro lado, estão as políticas de qualidade....Então, estamos no meio da pressão. Aqui, o importante é que melhorias têm sido feitas, mesmo que pequenas, mas tem sido bom. Este hospital é novo e, apesar de faltar algumas coisas, os espaços têm dado maior comodidade à nossa população e a quem trabalha aqui.</p> <p>Cuidar de enfermos não é um trabalho qualquer, é um trabalho que requer vocação, porém, isso não basta; nós, que exercemos este trabalho, além de servir necessitamos que nosso trabalho nos dê satisfações e oportunidades e também remuneração.</p> <p>Você sabe que quando as pessoas estão enfermas estão mais sensíveis e é habitual aqui, ninguém gosta de passar o dia no hospital, comer uma comida insípida, compartilhar o banheiro, as camas de hospital e os desconfortos, respeitar os horários de visita, procedimentos que dão medo. Ou ver que o paciente da cama do lado foi a óbito. Essa é uma experiência que qualquer paciente quer esquecer; para nós é nosso ambiente natural diário. Damos boas notícias, porém, também confirmamos as ruins.... Acompanhamos na felicidade e também na dor e na morte....Passamos por muitos sentimentos junto com nossos pacientes....</p> <p>Fomos formados para controlar as emoções, superá-las e ajudar aos outros, porém, a gente também às vezes baixa a guarda, não é sempre que pode-se ter o controle, mesmo querendo e devendo....Porque também trabalhar com a dor humana te afeta, se não fosse assim eu me perguntaria onde ficou minha condição humana, só que...que, quando você quer ajudar ao outro, você é capaz de superá-la para entendê-lo e atendê-lo.</p>
---	--

Entrevista No. 5

<p>Poderia me dizer como é o seu trabalho como enfermeira aqui no hospital?</p>	<p>Por onde começar?</p> <p>Bom, é um trabalho difícil, diferente, muito diferente da maioria dos outros trabalhos.</p> <p>Eu falo que é difícil porque aqui, no hospital, o trabalho trata de manter as doenças sob controle e isso é algo que não depende só do trabalho que fazemos, os trabalhadores do hospital, mas sim das condições de cada paciente, o suporte que cada paciente disponha... aqui estou me referindo ao apoio familiar, ao grau de escolaridade do paciente e ao ambiente onde ele vive</p> <p>O trabalho da enfermagem no hospital é diferente ao trabalho da enfermagem que é feito em outras áreas, por exemplo: nas comunidades onde, para começar, as pessoas estão na sua casa. Aqui, o hospital é um lugar estranho para eles. Em suas casas eles têm um lugar; a enfermeira oferece seus serviços e as pessoas os solicitam numa relação mais normal. Aqui as pessoas não vieram por conta própria e isso marca uma grande diferença; o paciente sente-se diminuído enquanto sua saúde está afetada, mas também sua condição é outra, ele se sente numa relação de dependência que nem sempre quer ter.... Isso nos afeta também, já que você tem de fazer um grande esforço para mostrar ao paciente que ele é uma pessoa cuja opinião conta e que sua colaboração é muito importante para o tratamento, nem sempre você consegue estabelecer isso e disso depende a confiança de seu paciente.... Quando você consegue, seu trabalho fica mais simples; no entanto, basta que outra colega faça algo indevido, ou que um procedimento não agrade ao paciente, ou que apareça o efeito secundário de algum medicamento para que todo o que havia avançado se perca. Se o seu paciente está em condições de alta do hospital, já não há mais tempo para melhorar a relação e ele vai com uma experiência desfavorável,.... o que vai acontecer quando voltar?... Essa experiência desagradável vai estar presente. Por isso, o trabalho é difícil.</p> <p>Quanto ao aspecto profissional da enfermagem, hummm te direi.... Temos aprendido que ser profissional significa ter uma formação especial e específica para exercer alguma atividade, mas nem todo o pessoal da enfermagem tem essa formação e muito menos tem esse carisma; portanto, você não consegue estabelecer com seus colegas de trabalho essa relação de parceria.... Profissional significa ter uma organização com teus iguais, o que também não é assim, liderança existe, acredito..., no entanto, é uma liderança de pessoas e não da profissão.</p> <p>A profissão de Licenciado em Enfermagem não é nova, eu acho que tem mais de 20 anos no país; porém, não tem reconhecimento institucional. Não posso mencionar para você uma organização de enfermagem o suficientemente forte que</p>
---	---

<p>Deseja acrescentar mais alguma coisa?</p> <p>Com certeza, obrigada por sua colaboração.</p>	<p>se faça escutar no contexto nacional para defender os direitos trabalhistas da enfermagem....</p> <p>Só que eu gostei de ter falado do trabalho, me inscrevi para participar da sua pesquisa, por isso, para falar do trabalho. Espero que o que eu disse seja útil.</p>
--	---

Entrevista No. 6

<p>Poderia me dizer como é o seu trabalho como enfermeira aqui no hospital?</p>	<p>Sim, eu quero falar, mais deixa ver que eu falo que você ainda não saiba....(risos)</p> <p>Faz 6 meses fui num curso e escutei a várias palestrantes dizer que a enfermagem de hoje é diferente se comparada com a enfermagem de 10 anos atrás e, sem dúvida é assim,.....Aí disseram coisas como: agora a prática da enfermagem é profissional, regulada e de qualidade.... O curso me pareceu muito interessante pelas coisas novas que foram abordadas. Porém, saí muito inquieta porque não sei a que enfermagem estavam-se referindo as palestrantes,... Aqui, no hospital é verdade que tem programas de qualidade em andamento, mas pode ser uma pratica de qualidade? Aquela que tem déficit de pessoal, que carece de reconhecimento da categoria de licenciado em enfermagem no quadro de pessoal,..... Não sou a enfermeira mais atualizada, porém acho que, se existisse algum organismo regulador, eu o conheceria. E sei que há organismos que orientam a formação de enfermeiras, mas para eles atuarem como reguladores da formação, falta muito. Agora, uma coisa é "orientar" a formação e outra coisa, muito diferente, é regular a prática.</p> <p>Eu que tenho... anos trabalhando aqui posso falar para você que o trabalho é diferente mesmo. Neste período temos tentado melhorá-lo, nos temos preparado mais, para fazer-o melhor, porém, isso não significa que as contradições tenham terminado. Por exemplo, aqui temos colegas que formaram-se com mestrado e algumas têm cargos de chefia; porém, na realidade, o instituto continua privilegiando quem tem um pós-básico do que quem tem licenciatura e acontece comumente que as licenciadas iniciem um curso pós-básico com a finalidade de escalar na categoria, então, mudaram de categoria por estarem de acordo com o sistema e não por serem licenciadas. É uma profissão reconhecida? Eu diria que não.</p> <p>Por tudo isto, eu considero que a prática de enfermagem é complexa, uma das coisas que eu acredito que tenha melhorado são as relações com a equipe de saúde, nossos colegas nos conhecem, sabem de nossas capacidades e temos ganhado respeito; trabalhar em equipe como sistema municipal de saúde é um avanço, dá muita satisfação, porém ter satisfação não é suficiente para ser feliz, não é suficiente, faz falta que, entre enfermeiras, conheçamos as diferentes realidades....As que ensinam devem conhecer a realidade das que atendem, as que atendem necessitam conhecer as idéias das que têm por missão pensar numa enfermagem diferente..... Até agora temos estado longe umas das outras, cada uma em seu mundo, se queremos crescer, precisamos apoiar-nos, atuamos muito bem para os outros, mas não nos decidimos a trabalhar por nós mesmas...</p>
---	--

Entrevista No. 7

<p>Poderia me dizer como é o seu trabalho como enfermeira aqui no hospital?</p>	<p>Sim.</p> <p>Meu trabalho como profissional de enfermagem é um trabalho que eu gosto muito, mas é difícil, porém não todo dia é assim..... Tem dias que é altamente satisfatório, poder coordenar seu trabalho com o resto da equipe de saúde, negociar com seu paciente e fazer com que ele aceite as intervenções, obter apoio da família do paciente, conseguir alta definitiva de um paciente, esses são dias bons, de sucesso.</p> <p>Porém, tem os outros dias, nos quais você não consegue coordenar com os outros profissionais ou, que você não pode ir contra as normas, por exemplo, quando um paciente está desejoso de voltar para casa e deve esperar o horário de visita médica para ser dada alta e esperar que o serviço social negocie seu retorno para casa, e quando não temos os medicamentos que levará para sua casa e pela demora de toda a documentação, o paciente espera tanto que chega o horário da refeição e como ia ter alta, não foi considerado e fica sem comer..... Todo esse tempo quem enfrenta o paciente é a enfermeira, você se sente mal....</p> <p>Outros dias difíceis são aqueles nos quais falta pessoal de enfermagem e o serviço está na capacidade máxima, são dias pesados, você vai de um lado a outro fazendo todos os procedimentos mais urgentes, porém, não pode evitar a sensação de mal-estar, porque não dá para fazer o trabalho da melhor forma.</p>
<p>Alguma outra coisa que você queira falar sobre seu trabalho aqui no hospital?</p>	<p>Só isso, sendo a primeira vez que falamos do trabalho de enfermagem neste hospital, foi bastante.</p>

Entrevista No.8

<p>Poderia me dizer como é o seu trabalho como enfermeira aqui no hospital?</p>	<p>Sim, eu gostei do objetivo da sua pesquisa sobre o trabalho de enfermagem, por isso me animei a participar, porque, como observará aqui neste hospital, o trabalho é tranquilo, porque nossa média de pacientes não é tão alta e o trabalho está regularmente organizado. Temos baixos índices de faltas, então, isso permite pensar que o trabalho pode ser diferente... Diferente quer dizer... Que se pode melhorar.</p> <p>As coisas que eu gostaria de melhorar podem parecer insignificantes para você, mas tem uma grande influência na comodidade de seu paciente, por exemplo: gostaria que tivesse um telefone público para que os pacientes possam comunicar-se se assim o desejarem; eles se sentem presos porque não podem ter comunicação com o meio externo. Alguns pacientes passam muitos dias aqui e perdem contato com o exterior, então, uma sala de televisão ou de leitura de jornais ajudaria a tornar sua estadia mais prazerosa. O grande problema de nossos pacientes é que não comem adequadamente. Eu gostaria de poder coordenar com o pessoal da nutrição para levar os nossos pacientes ao refeitório e que eles pudessem escolher, com orientação de um nutricionista, aprenderiam a balancear seus alimentos e se sentiriam melhor de poder eleger sua comida. Isso seria orientar os serviços deste hospital direcionados para o paciente.</p> <p>Finalmente, quero dizer que o trabalho de enfermagem é de boa qualidade, porém basicamente técnico e todos que praticam a enfermagem devem estar associados para que possamos ser chamados de profissionais.</p>
---	---

Entrevista No. 9

<p>Poderia me dizer como é o seu trabalho como enfermeira aqui no hospital?</p>	<p>Claro que sim, com muito prazer. Eu gostaria de falar que este é um trabalho que faço com muito prazer, que também trabalho neste hospital porque eu gosto; desde a época de estudante decidi que queria trabalhar neste hospital.</p> <p>Mas gostaria de ter, neste trabalho no qual estou faz 6 anos, maior liberdade para decidir e também para propor algumas mudanças na forma de organizar os serviços, para que, aqueles que precisam deste hospital, recebam uma melhor atenção. Isso poderia acontecer, unicamente, se o pessoal de enfermagem estivesse unido como grupo de trabalhadores e tivesse muito claro o interesse de melhorar seu trabalho e também, claro o desejo de lutar por ele.</p> <p>Eu sei que uma profissão para crescer necessita de uma grande liderança e acredito que isso seja o que nos esteja faltando nos hospitais.</p> <p>Na escola nos formaram para ser boas enfermeiras cuidando do paciente; porém, deram-nos poucos conhecimentos ou ferramentas para fazer desse grupo de trabalho um grupo forte. Aqui é onde eu sinto o trabalho de enfermagem solitário, invisível e necessitado do acompanhamento, do conselho mas, acima de tudo, necessitado da compreensão daqueles que nos formaram. Sei que as enfermeiras docentes e acadêmicas têm avançado muito e têm um grande conhecimento do que deve ser a prática da enfermagem, e isso nos ajuda, porém não o suficiente, como para transformar nossa profissão, ainda tão técnica e com limitações, numa profissão de oportunidades.</p> <p>Eu não estava quando você apresentou sua pesquisa, porém contaram-me e decidi participar, para falar de como eu vejo a prática da enfermagem.</p>
<p>Poderia falar o que é trabalho solitário e invisível de enfermagem?</p>	<p>Sim, olha, o considero solitário porque, quando você entrega o plantão para suas colegas, você dá todos os detalhes da evolução e tratamento da enfermagem que deu ou que não alcançou a dar para o paciente, mas jamais você conta a tristeza que sentiu pelo “Sr. Pedro” ou que você não gosta de trabalhar com pacientes com diagnóstico de tentativas de suicídio e que você gostaria que não lhe fossem designados. Todas essas coisas não são ventiladas, ficam ocultas.... Agora, com invisível, estou me referindo a que, tanto eu quanto minhas colegas, temos aspirações de escalar uma categoria, de estudar mais e de ter um melhor salário, mas quem se interessa? Quem se ocupa disso?...Ninguém. Nem mesmo nós que deveríamos estar mais interessadas.</p>

	<p>Você não perguntou de outra coisa que falei, mas eu gostaria de falar desse assunto. Eu também falei que o trabalho da prática não era compreendido pelos que nos formaram...aqui vêm docentes para o ensino clínico e eu tenho escutado várias vezes que dizem para os estudantes que nós fazemos mal nosso trabalho e, realmente, devemos fazer algumas coisas incorretas, mais essa é só uma face do problema, a questão seria ajudar-nos a ver as coisas que estamos fazendo erradas, porque eu acredito que, muitas vezes, a rotina diária te absorve e você não percebe. Poderiam mostrar-nos como melhorar; em conclusão, desejaria que fossem mais solidárias conosco, todas somos enfermeiras e se vocês conseguem ver um melhor futuro para nossa profissão, sinceramente... agradeceria que compartilhassem conosco. Sei que isso implica trabalhar, porém também sei que teria gente nos serviços disposta. Eu seria uma.</p> <p>Obrigada por ter-me dado a oportunidade de participar.</p>
--	--

Entrevista No. 10

<p>Poderia me dizer como é o seu trabalho como enfermeira aqui no hospital?</p> <p>Pode falar mais de como o seu trabalho tem sido valorizado pelo profissional médico?</p> <p>Alguma outra coisa que deseje falar sobre seu trabalho como profissional de enfermagem aqui no hospital?</p>	<p>É um trabalho de uma grande responsabilidade e isso faz com que seja, algumas vezes, muito desgastante física e emocionalmente.</p> <p>Você vê como estão desenhados os serviços, em espaços pequenos, invadimos o espaço vital de nossos pacientes, de nossos colegas, dos familiares. Você termina o plantão sentindo-se intrusa, descortês, porque não conseguiu oferecer uma cadeira para quem veio visitar ou para o acompanhante do seu paciente.</p> <p>Uma coisa que me incomoda muito é que outros profissionais invadem o trabalho de enfermagem, por exemplo, alguns cateteres são instalados pelos médicos internos e esse é um procedimento da enfermagem; nós fomos treinadas para fazê-lo e desenvolvemos habilidade, me incomoda especialmente quando os novos internos, sem habilidade e sem conhecimento, machucam meus pacientes.</p> <p>Também, não me agrada nada, que mandem auxiliares como substitutas, não tenho nada contra, mas meu trabalho não é treiná-las e sim oferecer cuidado, esse dia passa cuidando para não errar, talvez ela saiba fazer o trabalho, porém eu não sei do que é capaz e o bem-estar das pessoas aqui é nossa responsabilidade.</p> <p>Algo que eu gosto muito é que o pessoal médico que está encarregado do serviço tenha aprendido a valorizar meu serviço e que solicite minha opinião para o tratamento.</p> <p>Se eles sabem que passamos oito horas contínuas observando o paciente e antes foi outra colega que nos deu os detalhes ou os registrou no prontuário, então somos consultadas quando afirmamos que um paciente não está respondendo a um determinado medicamento. Sabem que falamos com bases e nossas observações são escutadas, não questionam nosso trabalho na frente dos pacientes e dos familiares; quando têm algum problema, dirigem-se a nós, de acordo com as hierarquias de enfermagem.</p> <p>Por agora é isso.</p>
---	--

Entrevista No. 11

<p>Poderia me dizer como é o seu trabalho como enfermeira aqui no hospital?</p>	<p>Olha, é um trabalho muito bonito, eu o vejo assim porque eu gosto.</p> <p>Existem coisas que são difíceis de entender e ainda mais de resolver, como por exemplo, você deve saber que temos um programa de atualização permanente. Então, eu tenho me perguntado porque é sempre o mesmo e porqu, apesar de repetir tanto os conhecimentos, nosso trabalho não melhora de maneira que mudemos a imagem de que o serviço oferecido nos hospitais públicos é tão ruim, que se compara com um pesadelo.</p> <p>Eu gostaria que a tecnologia alcançasse nosso trabalho. concretamente ficaria feliz com a idéia do prontuário eletrônico, me daria mais tempo para trabalhar diretamente com meus pacientes.</p> <p>A tecnologia também é um sinal de nosso tempo e alguns pacientes desejaram que nós nos modernizássemos, por exemplo, alguns têm me falado que são melhores os manômetros digitais que usam na casa, logo vêm nossos equipamentos antigos e os pacientes desconfiam de sua precisão.</p> <p>Eu gostaria que a prática de enfermagem estivesse regulamentada como nos Estados Unidos da América; não concordo com o fato de que qualquer pessoa vestida de branco e fale que é enfermeira passe por aqui. Me aborrece tanto que você não tem idéia, ter pseudo-enfermeiras por colegas, que... me estressa mais do que não ter materiais suficientes, inclusive mais do que ter pacientes em excesso.</p> <p>Isso é o que tinha que dizer sobre a prática.</p>
---	---

Entrevista No. 12

<p>Poderia me dizer como é o seu trabalho como enfermeira aqui no hospital?</p>	<p>A prática de enfermagem aqui no hospital precisa uma boa desempoeirada; tem sido feita alguma melhoria, porém, eu acho que precisamos de profundas reformas.</p> <p>Eu acho que existe pessoal de enfermagem suficiente e bem preparado na cidade, então, não devemos seguir contratando pessoal com formação duvidosa.</p> <p>O hospital deve ter um programa de educação permanente que capacite ao pessoal substituto para sua atuação com eficácia e não que venham aprender aqui. Penso que devemos criar um programa de certificação, já que temos um programa de qualidade. Então, nós que trabalhamos aqui, devemos demonstrar nossa capacidade, porque temos colegas que não se atualizam há anos.</p> <p>Com um pouco de vontade diretiva acredito que se poderiam ir alcançando os indicadores de pessoal profissional nos serviços.</p> <p>Este hospital cresceu muito. Pelo número de usuários, faz-se necessário que, tanto o pessoal da enfermagem quanto outros profissionais, contemos com apoios para entender nosso trabalho, para mim, por exemplo, é difícil trabalhar com pacientes homo-sexuais e sei que não sou a única; também sei que devo atendê-los e os atendo,...porém está muito evidente que necessito de ajuda para enfrentar isso, eu sei que em outros hospitais públicos tem-se começado a trabalhar nessa área e, inclusive estão oferecendo um curso de tanatologia para entender melhor o processo de morte como elemento de trabalho nos hospitais.</p> <p>Ah...é tudo o que queria dizer, sinto que desabafei.</p>
---	---

Entrevista No. 13

<p>Poderia me dizer como é o seu trabalho como enfermeira aqui no hospital?</p> <p>Sim, claro que sim, me interessa muito, sua opinião.</p>	<p>Eu vejo o trabalho de enfermagem muito confuso... Posso falar para você a verdade de como eu o vejo?</p> <p>Então, a verdade é que meu trabalho é muito confuso e de grandes contradições. Olha fala-se que estamos na Cruzada pela Qualidade nos serviços de saúde. Porque temos, então, colegas tão deficientes quanto a sua formação? Um programa de qualidade considera seu cliente como o foco central e se isto fosse assim, toda, absolutamente toda a organização do hospital, estaria desenhada para atendê-lo. Contudo, a situação real da enfermagem aqui não é assim.</p> <p>Nos hospitais públicos não temos quartos com privacidade para os pacientes,; também não temos instalações para acomodar seus familiares e sabemos o quanto é importante para um paciente que passa por uma experiência de doença a companhia de alguém conhecido. Não contamos com camas elétricas. Um serviço de qualidade se oferece com materiais em ótimas condições; alguns dos nossos materiais estão bastante desgastados. Uma prática de qualidade tem padrões mínimos de atenção e seu pessoal é qualificado, organizam-se círculos de qualidade e se trabalha sobre os principais problemas, coisas que, aqui..., não fazemos.</p> <p>Nossas funções estão divididas sim, porém, poderiam estar melhor levando-se a cabo um estudo de análise de postos, para designar as enfermeiras de maior formação, atividades de maior complexidade, avaliação prévia da competência, ah...Claro, e a remuneração deveria ser congruente.</p> <p>Quero parar de falar aqui. ... foi suficiente.... muito obrigada.</p>
---	--

Entrevista No. 14

<p>Poderia me dizer como é o seu trabalho como enfermeira aqui no hospital?</p>	<p>As coisas de meu trabalho sobre as quais vou falar são aquelas que muita gente prefere manter ocultas, u que prefere não ver, evadir-se talvez.....</p> <p>Ser enfermeira às vezes dói, muito... Porque dói o que está passando com seu paciente e nem sempre os procedimentos diminuem essa dor. Penso que todas as práticas da saúde têm um limite e a enfermagem tem limites; o que ensinam para você na escola é trabalhar com as possibilidades, no trabalho aqui... Capacitam você para ter habilidade nos procedimentos, porém, eles têm seu limite e ninguém fala de como se deve atuar e como lidar com os sentimentos diante das limitações. Esta é uma prática com matizes de sofrimento, e penso que seria bom expor isso.</p> <p>Também sei que nós, enfermeiras, temos desenvolvido habilidades para fazer o trabalho autônomo. Do trabalho dependente, nem falo, esse temos feito sempre, mas o que acontece com o trabalho interdependente, esse... está esquecido, não trabalhamos em equipe. Cada uma faz seu trabalho, e muito bem, porém trabalhamos juntos, mas não em equipe.</p> <p>Nós, enfermeiras profissionais, somos capazes, pela formação que tivemos, de fazer algo mais do que técnicas, porém continuamos orientadas pelas técnicas, porque essa é uma imagem que prevalece..... Que, quem executa bem as técnicas, é boa enfermeira. Também acredito que é porque tivemos a teoria de como fazer uma prática diferente, porém nunca vimos exemplos claros. Para fazer outro tipo de trabalho, me refiro a inovar a prática, integrá-la ao trabalho dos outros profissionais, centrada no cuidado.... Para isso faz-nos falta liderança e uma grande motivação e penso que, também, determinação.</p> <p>O que penso é que a prática da profissional da enfermagem é,.... é muito técnica, tradicionalista, pouco desenvolvida e penso que está apenas em vias de ser assumida pelos que fazem a enfermagem. Sim, porque....Porque acho que o pessoal está se dando conta de que pode fazer alguma coisa a mais do que faz e também sei que queremos fazer alguma coisa diferente, porém ainda não definimos o que fazer,... cómo fazê-lo e quando.</p> <p>Eu gosto muito do meu trabalho e tenho ganho posição nele, porém, gostaria que fosse melhor.</p> <p>Eu queria falar disso, o restante você já conhece, obrigada.</p>
---	---

7 O EMERGIR DO MUNDO VIVIDO DAS PROFISSIONAIS ENFERMEIRAS

O mundo vida dos profissionais enfermeiros é um mundo social que compartilho por ser enfermeira e por estar a ele vinculada dada minha motivação e papel acadêmico que desempenho na atualidade no âmbito da universidade, atuando na formação de enfermeiros. Ainda como pesquisadora orientada para a compreensão do fenômeno denominado prática do profissional enfermeiro em um determinado contexto

Para Schütz, o mundo vida cotidiano não é um mundo privado; ao contrário, é compartilhado com os semelhantes. Assim, as outras pessoas com quem convivo neste mundo aparecem para mim em perspectivas diferentes é isto que me coloca em situação de privilégio ao ter ao meu alcance as experiências conscientes em curso dos meus co-partícipes (BRODERSEN, 1974).

Buscando compreender esse mundo subjetivo, intencionalmente me dirijo a ele, interrogando-o, e ao estabelecer com as enfermeiras que participaram deste estudo, encontros face a face, experienciamos um relacionamento do tipo *Nós*, primeiramente em sua forma pura, na qual a orientação *Tu* é recíproca.

Agora, distanciando-me dessa orientação, vivencio um segundo momento em que estou me dirigindo para uma relação *Nós*, onde é possível compreender o significado das experiências das co-partícipes que aparecem diante de mim como processos de experiências conscientes, decorrentes de motivações subjetivas.

No processo de interpretação das descrições das enfermeiras, tendo em vista a compreensão do vivido profissional em hospitais públicos, segundo o pensador Alfred Schütz, estarei me referenciando em Popim (2001) que, com base

em Parga Nina (1976), detalhou o processo de trabalho do pesquisador com os dados qualitativos das entrevistas. Esse processo incluiu:

- *Leitura demorada e atenta dos depoimentos, enquanto material não estruturado, visando apreender a vivência motivada dos sujeitos envolvidos.* Nesta fase inicial da análise procedi a leitura individual e em conjunto das falas das enfermeiras, buscando, a partir de meu habitar o mundo vida da enfermagem hospitalar, apreender os *motivos a fim de* e os *motivos porque*, que se desvelam como experiências conscientes dessas enfermeiras, para chegar ao típico⁷ da prática profissional.

- *Identificação de categorias concretas que comportem as ações dos sujeitos em relação a prática profissional a partir das falas analisadas.* Nesta fase, retomei a leitura das descrições das enfermeiras para identificar as categorias concretas do vivido, concentrando-me para compreender o fenômeno da prática profissional. Categoria concreta é aquela formulada pelo pesquisador participante da situação a partir das falas obtidas.

- *Releitura dos depoimentos para extração e registro de trechos das falas que tiverem aspectos afins dos significados da prática profissional, que compõem as categorias concretas anteriormente identificadas.* Nesta fase, recorri as falas das enfermeiras objetivando reconhecer a relevância de temas ou tópicos, para destacá-los como categoria. A localização dos trechos de falas e a sua frequência iam conformando os temas. A subjetividade do pesquisador é fundamental nesse processo de reconhecimento das palavras ou frases que comporão os temas,

⁷ Para Parga Nina (1976,p.88) “um típico é uma abstração não encontrada necessariamente na vida real. Entretanto, ele é construído pela observação da vida real; é um produto da mente do investigador, daquilo que ele capta da realidade por sua participação e vivência”.

segundo Schütz, a construção das categorias vai se dando sempre mediada pela situação biográfica do pesquisador.

- *Construção do tipo vivido na prática profissional, a partir do típico da ação nas falas analisadas, captando na vivência dos sujeitos os seus “motivos”.*

Nesta fase organizei as categorias concretas com seus dados qualitativos, procurando sistematizá-los em uma estrutura significativa. Essa fase de categorização é denominada por Schütz de elaboração de constructos de segundo nível, por ter sido elaborada pelo pesquisador, a partir dos conceitos vivenciados pelos sujeitos no mundo vida.

- *Apresentação da análise compreensiva destes agrupamentos, tendo como base a interpretação do conteúdo associado ao referencial teórico-metodológico de Alfred Schütz.*

Como base nos constructos de segundo nível, passei à análise interpretativa, constituindo a tipologia do vivido dos enfermeiros na prática hospitalar, a partir do referencial teórico de Schütz. Para o autor, tem-se como finalidade a obtenção do conhecimento organizado da realidade social.

Neste exercício, mantive atenção à totalidade de sentidos dos depoimentos como expressão do coletivo e às particularidades em que cada um deles mostram a singularidade das enfermeiras. Nas falas, as profissionais ao, referirem-se a seu trabalho entendido como prática profissional, o reconhecem na sua natureza complexa, quando revelam que é uma prática diferenciada, uma vez que, para sua execução, precisam envolver-se em relacionamentos interpessoais, com alto grau de interatividade.

É no mundo cotidiano do trabalho das enfermeiras que se revelam as tensões da consciência e atenção à vida. A atenção à vida é o princípio regulador

básico da consciência, definindo o âmbito do mundo que lhes é importante, articulando a corrente de pensamento em fluxo contínuo, determinando o alcance e função da memória, as experiências presentes e o retorno às experiências passadas, através de atitude reflexiva na busca do seu significado (NATANSON, 1995).

O trabalho das enfermeiras revela fundamentalmente o estreito relacionamento com os pacientes, suas vivências, colocando em destaque a relação face a face, uma vez que na prática profissional esse tipo de relação circunscreve-se como elemento fundamental para a ação e intenção de compreender a outra pessoa.

O cuidado de enfermagem surge como objeto de trabalho, sendo que nas vivências relatadas pelas enfermeiras a consciência está voltada para uma produção em processo, que exige movimentos de intersubjetividade contínuos, o que revela graus de complexidade na interpretação das necessidades e das escolhas do outro, bem como respeito à singularidade da pessoa.

A complexidade revelada pelas enfermeiras implica na compreensão de conceitos de intencionalidade, interpretação, liberdade, singularidade, os quais em conjunto e de forma imbrincada, orientam, diante das possibilidades que se apresentam no mundo do hospital, a escolha do paciente e da enfermeira sobre o cuidado de enfermagem.

Teoricamente, essa noção de complexidade da prática do enfermeiro, se desvela como social na medida que o ator enfermeiro age entre e sobre semelhantes no mundo do hospital, mundo esse constituído socialmente e que, a todo momento, lhe impõe diversas alternativas entre as quais deve escolher, em sintonia com o outro que aí está na condição de doente.

Schütz desenvolve, a partir das idéias de Husserl acerca de julgamentos predicativos postulados sobre o problema da escolha, a noção de distinção entre

possibilidades problemáticas e possibilidades em aberto. “ Deve-se distinguir dessa classe de possibilidades problemáticas, que se originam na dúvida, a classe de possibilidades em aberto, que se origina no livre curso de conjeturas vazias (WAGNER, 1979,p.153)”.

O conceito de possibilidade em aberto indica que toda conjetura tem como característica a indeterminação que porta um quadro de variações livres; mas, para Schütz, pelo fato do homem agir em um mundo social, ele define situações quando está na condição de ator e, ao definí-las, transforma seu ambiente social de possibilidades em aberto em um campo unificado de possibilidades problemáticas.

O campo das possibilidades problemáticas pressupõe que as possibilidades são motivadas pela situação e contestam uma a outra, pois cada uma dela possui um conteúdo e tem um certo peso no conjunto social. A característica de unificação do campo das possibilidades problemáticas está dada pela contestação e apreensão disjuntiva, o que torna as possibilidades diferentes, conhecidas por estarem em oposição, e ao mesmo tempo, unidas (WAGNER, 1979). No cotidiano, os processos de escolhas são complexos uma vez que todo projeto de se fazer alguma coisa traz consigo a contra-possibilidade de não fazê-la.

Ainda para Schütz, a certeza é sempre presumida, sendo a situação biográfica determinada que transforma aquele conjunto de possibilidades problemáticas. A partir de então, oferecem-se à escolha com seus pesos na busca de um julgamento justo, dentro do qual as decisões, principalmente as racionais, tornam-se possíveis.

Na produção do cuidado encontram-se ações intencionais que levam, entre si, projetos de escolha, graus de liberdade e interesses relacionados, os quais, ao tornarem ação social concreta, referem-se temporalidade em curso`, o que

acrescenta complexidade dado que, no processo de produção do cuidado, co-existem, simultaneamente, a singularidade da produtora de cuidado, no caso a enfermeira, e a pessoa que recebe o cuidado, estando esta na condição de paciente. O campo de cuidado circunscreve-se na distinção de possibilidades problemáticas, revelando tipos de escolhas que atingem, ao mesmo tempo, o exterior e o interior (WAGNER, 1979).

É evidente que a prática do enfermeiro acontece num mundo que exige comunicação e interação entre pessoas, o que alude a realidades múltiplas, intersubjetividades que podem ser alcançadas ou não, que conflituam e possibilitam ao mesmo tempo obter certos graus de conhecimentos necessários à compreensão da ação de cuidar, situada no mundo social e, em específico, no mundo vida do hospital.

A prática do enfermeiro enquadra-se também num contexto de múltiplos sentidos, oriundos do corpo de conhecimento que é compartilhado por um grupo de profissionais da área da saúde, que formula e decide sobre o cuidado, contribuindo com ações específicas referentes ao ato do médico, do fisioterapeuta, do nutricionista, da assistente social, entre outros, as quais têm implicações diretas para a equipe de enfermagem. Este processo é imbricado e sua produção desenrola-se na cena social hospitalar, o que lhe confere um caráter intersubjetivo técnico e social.

Na interação social criam-se possibilidades de compreensão do outro por ser um ato humano dirigido a outro humano; implica viver a realidade iminente da vida, onde os enfermeiros aproximam-se de situações da vida e de morte, afetando-os no seu contexto de vida, no seu estar situado no mundo, colocando em reflexão a própria existência.

Orientar a consciência para a existência destaca a situação biográfica e o acervo de conhecimento do enfermeiro, possibilitando-lhe projeção futura de “si mesmo” na vida diária, momento vivenciado tanto pela desilusão como pelo sucesso no cuidado ao paciente. Este é um processo onde o “eu” desenha-se como uma figura complexa e mutante, na medida que o auto-conhecimento e o conhecimento do mundo são fragmentários (NATANSON,1995).

Para Schütz, o mundo da vida diária é o mundo de sentido comum e, neste mundo, os homens entram numa relação mútua tentando se compreenderem uns com os outros e consigo mesmos. A atenção ao mundo vivido é, primordialmente, orientada para a cena das nossas ações; assim, as pessoas interpretam por meio de tipificações (NATANSON,1995).

Apresentarei a seguir a construção da tipologia do vivido das enfermeiras, delineando as categorias que desvelam a sua prática profissional, buscando a compreensão da complexidade do seu trabalho cotidiano. Em Schütz, a categorização é denominada de “construtos de segundo nível, uma vez que são elaborados pelo pesquisador a partir dos conceitos vivenciados pelos sujeitos no mundo vida, os quais são chamados de “construtos de primeiro nível”(NATANSON,1995).

Desta forma, os construtos de segundo nível possibilitarão a constituição da tipologia do vivido das enfermeiras que são profissionais em hospitais públicos e que, segundo minha interpretação, vivenciam uma prática complexa por ser esta de dimensão social, a qual foi se mostrando em seus aspectos relevantes, de modo que enfermeiros típicos poderão nela se reconhecerem, considerando que, segundo Schütz, as pessoas interpretam o mundo social por meio de tipificações.

7.1 Como Prática Complexa que Implica em Cuidar, numa Relação Face a Face de Simultaneidade, com a Pessoa Doente

Para Schütz, uma relação face a face leva o homem a experienciar o semelhante de modo direto dado que compartilham um tempo e espaço comuns; essa coincidência temporo-espacial é uma circunstância que possibilita que o outro se apresente como uma pessoa cujo corpo é um campo de expressões, sendo esta a característica da orientação para o *Tu*. Todavia, o reconhecer de um semelhante não pressupõe que se conheçam as suas características particulares (BRODERSEN,1974).

A complexidade do relacionamento *Nós*, em situação face a face, deriva das condições de orientação para o *Tu*. Para que exista a situação face a face, uma pessoa compartilha com a outra um tempo e um espaço comuns, o que requer presença e consciência da pessoa na sua “singularidade”. Pessoas assim, ao alcance da experiência direta uma da outra, estão naquilo que Schütz denominou de situação face a face (WAGNER, 1974,p.180).

A fala a seguir evidencia essa complexidade:

[...]Ser enfermeira às vezes dói, muito.. Porque dói o que está passando com seu paciente e nem sempre os procedimentos diminuem essa dor, penso que todas as práticas da saúde têm um limite e a enfermagem tem limites. O que ensinam para você na escola é trabalhar com as possibilidades, no trabalho aqui.. Capacitam você para ter habilidade nos procedimentos, porém, eles têm seu limite, e ninguém fala de como se deve atuar e como lidar com os sentimentos diante das limitações; esta é uma prática com matizes de sofrimento, e penso que seria bom expor isso[...] (E14)⁸

[...]é difícil trabalhar com pacientes homossexuais e sei que não sou a única, também sei que devo atendê-los e os atendo[...] (E12)

⁸ A letra E corresponde a denominação de Enfermeira e o número à ordem cronológica das entrevistadas.

Produzir cuidado de enfermagem requer gerar relações face a face da enfermeira com os pacientes. A dor vivenciada pela enfermeira revela uma experiência compartilhada na imediatidade espacial e temporal com o doente, denotando estar consciente do limite dos procedimentos e das práticas de saúde e da enfermagem para com o outro. A habilidade técnica da enfermeira mostra-se insuficiente diante a dor que passa o paciente, e ao se confrontar com a pessoa, torna-se intencionalmente consciente de que não sabe lidar com os sentimentos emanados nesta situação face a face.

Nesse momento, a enfermeira revela seus *“motivos porque”* ao dizer que “...o que ensinam na escola é trabalhar com as possibilidades (possibilidades favoráveis)e no trabalho a capacitam para ter habilidades nos procedimentos...”. Ainda ao dizer que “essa é uma prática com matizes de sofrimento” revela nos seus *motivos a fim de*, o desejo de obter habilidades outras que lhe permitam experienciar a relação face a face com intencionalidade dirigida à existência da outra pessoa que vivencia um modo original de limitação do seu potencial de saúde, não resolvido com as práticas disponíveis no mundo vivido no hospital.

Esse discurso da enfermeira reporta-me à orientação *Tu* como “modo puro”. Implica na condição de alguém estar consciente do outro como uma pessoa, o que lhe possibilita estar na experiência direta com um semelhante; esse relacionamento pode ser definido como a intencionalidade dos atos através dos quais a pessoa capta a existência do outro no seu modo original. “Agora, queremos acentuar que é precisamente ao ‘estar lá’(DASEIN) do Outro que se dirige a orientação para o *Tu* e não necessariamente, às características específicas do Outro (WAGNER, 1979, p.181)”.

Essa forma “pura” de orientação para o *Tu*, na terminologia de Husserl, é tida como um “limite ideal” mas, na vida real, nunca vivenciamos a “existência pura” de outros; no entanto essa é uma experiência de estar consciente de outro ser humano como pessoa.

Analiso na fala da enfermeira, descrita anteriormente, ela mostra o seu desejo de relacionar-se com o doente de modo mais holístico e profundo, o que me remete à ontologia de Heidegger, uma vez que esse fenomenólogo existencialista, é considerado como o mais sólido pensador da condição do ser humano (MARTINS, 1983).

Boemer et al. (1989, p.101), embasadas na fenomenologia heideggeriana, sobre a temática: a quem oferecemos o cuidado de enfermagem, compreendem que esse relacionamento “pode assumir diversos modos de solicitude no sentido de zelo, de cuidado: o de lançar-se sobre o outro assumindo seu encargo de cuidar de si próprio ou de ir à frente do outro, possibilitando seu crescimento”.

Na minha interpretação a enfermeira aproxima-se de uma prática de dimensão ôntico-ontológica segundo a perspectiva heideggeriana, revelando a complexidade da situação face a face. Ao inquietar-se com a sua prática concreta, de cuidado restrito ao plano ôntico, abre possibilidades para um cuidado co-determinado, resultante de intersubjetividades que se manifestaria na forma substantivada (concreto palpável) mas permaneceria recolhido na sua dimensão ontológica (originária) (FERRAZ, et al, 1990).

A complexidade do relacionamento *Nós* em situação face a face deriva das condições de orientação para o *Tu*, sendo este o modo puro de uma pessoa estar consciente do outro. A orientação para o *Tu* pode, então, ser definida como a intencionalidade dos atos através dos quais a pessoa capta a existência da outra

pessoa no seu modo original. Assim, Schütz denomina de situação face a face aquela em que a orientação para o *Tu* pode ser unilateral ou recíproca; neste sentido, a imediatidade da presença das outras pessoas com as quais as enfermeiras interagem, vai além de apenas perceber a presença do outro.

Ao meu ver, o cuidado de enfermagem aproxima enfermeira e paciente no desenvolvimento de uma consciência mútua um do outro, dando lugar a um relacionamento social diretamente vivenciado, o qual se concretiza e atualiza em maior ou menor grau, dotado de conteúdos, possibilitando um relacionamento do tipo *Nós*.

Estabelecido o relacionamento *Nós*, existe a possibilidade da conversa, o que requer níveis de compreensão da realidade vivida; portanto, na medida que as enfermeiras vivenciam uma simultaneidade, durante o período de tempo de internação do doente, podem viver contextos de significados dos outros semelhantes no mundo hospitalar, o que não garante a possibilidade de apreender os contextos de significados subjetivos.

Schütz esclarece que quando estamos no relacionamento *Nós*, primeiro apreendemos o significado objetivo das palavras; todavia, existe o significado subjetivo, ou seja aquilo que se passa pela mente de quem está falando, o que pressupõe vivenciar simultaneidades de consciências, intencionalidades. Somente nesta condição duas pessoas experienciam contextos de significados uma da outra. As duas falas abaixo permitem essa apreensão:

[...]o paciente sente-se diminuído... ele se sente numa relação de dependência que nem sempre quer ter... Isso nos afeta também, já que você tem de fazer um grande esforço para mostrar ao paciente que ele é uma pessoa cuja opinião conta e que sua colaboração é muito importante para o tratamento; nem sempre você consegue estabelecer isso e disso depende a confiança de seu paciente[...]
(E5)

[...]mas jamais, você conta a tristeza que sentiu pelo “Sr. Pedro” ou que você não gosta de trabalhar com pacientes com diagnóstico de tentativas de suicídio e que você gostaria que não lhe fossem designados. Todas essas coisas não são ventiladas, ficam ocultas[...] (E9)

O encontro com minhas colegas enfermeiras da prática hospitalar mostra-me as dificuldades para orientar o cuidado de enfermagem num movimento constante de processos que acompanham a vida do pessoa doente, seus relacionamentos e conflitos no mundo social, sua consciência de si (ou falta de), revelando a complexidade na subjetividade, a qual perpassa pela compreensão da sua própria existência como co-existindo com o outro.

Nessa co-existência as enfermeiras se identificam a partir do relacionamento com as outras pessoas, preservando, entretanto, sua faceta pessoal, subjetiva.

[...]a gente também as vezes baixa a guarda, não é sempre que pode-se ter o controle, mesmo querendo e devendo...Porque também, trabalhar com a dor humana te afeta, se não fosse assim eu me perguntaria onde ficou minha condição humana, só que...que quando você quer ajudar ao outro, você é capaz de superá-la para entendê-lo e atendê-lo[...] (E4)

O mundo no qual a enfermeira age é aquele que inclui as coisas físicas, seu corpo, seus sentimentos e oferece resistências que exigem esforços para superá-las; nesse mundo, projetam-se tarefas e criam-se possibilidades tanto quanto obstáculos para alcançar os seus propósitos. Esse é o mundo da realidade iminente, aquele no qual tem origem a ansiedade fundamental do humano. Nele temos um

interesse prático; a função seletiva de nosso interesse organiza esse mundo quanto a espaço e tempo.

Do mundo imediato surge a ansiedade fundamental e dela surgem, por sua vez, os sistemas⁹ inter-relacionados de esperanças, temores, desejos e satisfações, probabilidades e riscos que o homem, em atitude natural, tenta dominar de modo a superar os obstáculos, idealizando e cumprindo projetos. A ansiedade fundamental é só um correlato de nossa existência dentro da realidade iminente da vida cotidiana, pelo qual as esperanças, temores, satisfações e desenganos baseiam-se no mundo do executar e são possíveis dentro dele (NATANSON,1995).

Os discursos revelam que o relacionamento do *Nós* concreto da enfermeira com a pessoa gera graus diversos de intersubjetividade, onde essa relação pode ser experienciada segundo diferentes graus de imediatidade que descrevem graus de intensidade e de intimidade distintos.

O fato de que podemos vivenciar outros de modos tão diferentemente diretos ou indiretos é muito importante. É, aliás, a chave para compreender a transição da experiência direta dos outros para a indireta, que é a característica dos meus contemporâneos...(WAGNER,1979,p.186).

⁹ Sistemas são tipificações construídas na realidade social que organizam e explicam as formas de interação social (NATANSON, 1995,p.28).

7.2 Como uma Prática Complexa que traz, na sua Origem, a Dimensão Social de Relações Interativas no Mundo do Trabalho Hospitalar

Schütz diz que o homem de atitude natural está “situado biograficamente no mundo da vida” sobre o qual deve agir. Ele possui conhecimento do seu mundo, sendo o que compõe a sua bagagem de conhecimentos disponíveis é seu esquema de referência para toda interpretação do mundo e para as atividades futuras de ordem prática ou teórica em relação ao futuro que almeja.

Para compreender a dimensão social do cuidado como elemento que constitui a prática da enfermeira, orientar-me-ei pelo conceito de ação dirigida para alguém, entendendo que quem faz este tipo de ação possui um conjunto de motivos em vista que o direciona a agir. O ator social recorre à sua bagagem de conhecimentos disponíveis e atribui motivos aos fatos do mundo vivido; neste sentido, como pesquisadora, faz-se necessário orientar minha atenção para encontrar os motivos típicos que movimentam as enfermeiras no seu cotidiano, na tentativa de compreender sua ação social e, portanto, desvelar sua participação essencial no mundo social do hospital público.

É claro que esta compreensão é a busca da significação subjetiva que o ator social designa aos seus *motivos a fim de*. Para Schütz, “os *motivos a fim de*” são aqueles nos quais a ação e a consciência do ator estão estreitamente relacionadas na busca de objetivos que se deseja alcançar. A ação tem sua origem na motivação e na racionalidade; todavia, essa ação se idealiza no planejamento e na projeção, mas, no entanto, se não for levada à execução permanecerá como um objetivo em propósito, podendo ser caracterizada como um devaneio.

No acontecer diário da prática hospitalar as enfermeiras, sujeitos da ação, além de se relacionar com outros, também projetam seu comportamento futuro por meio de imaginação, o que permite visualizar, por antecipação, o ato projetado (NATANSON, 1995). Pode-se visualizar sua intenção futura na ação concreta. As falas mostram esse momento:

[...]Eu gostaria de poder coordenar com o pessoal da nutrição para levar os nossos pacientes ao refeitório e que eles pudessem escolher, com orientação de um nutricionista, aprenderiam a balancear seus alimentos e se sentiriam melhor de poder eleger sua comida. Isso seria orientar os serviços deste hospital direcionados para o paciente[...] (E8)

[...]As coisas que eu gostaria de melhorar podem parecer insignificantes ... gostaria que tivesse um telefone público para que os pacientes possam comunicar-se, se assim o desejarem...alguns pacientes passam muitos dias aqui e perdem contato com o exterior, então uma sala de televisão ou de leitura de jornais ajudaria a tornar sua estadia mais prazerosa[...] (E8)

[...]Eu gostaria que falássemos não só de como organizar o serviço, e sim de como nos organizarmos, como mulheres que trabalhamos e que temos direito a ser ouvidas, a decidir como queremos trabalhar. [...] (E6)

[...]Meu trabalho como profissional de enfermagem é um trabalho que eu gosto muito, mas é difícil, porém nem todo dia é assim... tem os outros dias, nos quais você não consegue coordenar com os outros profissionais ou que você não pode ir contra as normas[...] (E7)

Nos meus encontros em busca dos significados das falas das enfermeiras percebo o desejo implícito de organizar o trabalho para alcançar coerência com os novos paradigmas de atenção à saúde, orientados para uma maior sensibilidade com a condição humana. Mas a ação nunca está isolada, encontra-se, segundo Schütz, vinculada ao mundo e, como objeto subjetivo desse mundo, possui horizontes (NATANSON, 1995).

No dizer das enfermeiras, esses horizontes referentes ao cuidado, aparecem integrados a relações com os outros profissionais e outros serviços hospitalares, configurando-se nos desejos que se dirigem à organização interna no microespaço do trabalho.

A dimensão social do cuidado nas falas das enfermeiras envolve ações com os demais profissionais da saúde e com o grupo interno à enfermagem, o que denota a projeção de um contexto de comunicação comum.

Estar relacionado a um mundo vida de trabalho comum pressupõe estar unido com os outros em comunidade, então esse ambiente comum é decorrência de conexões intencionais de pessoas conscientes(WAGNER,1979). A fala abaixo revela essa dimensão:

[...]será responsabilidade nossa uma coleta de medicamentos?...Não, definitivamente não, nosso trabalho é oferecer cuidado e temos direito de manifestarmos como qualquer trabalhador se não contamos com os recursos para fazê-lo; isso é o que eu chamo trabalhar por nós[...](E6)

Na complexidade do trabalho no sistema hospitalar podemos perceber interesses, mesmo que singulares, que ligam e dão corporeidade ao grupo de enfermeiras, questionando o estado presente para o atendimento às demandas, o que imbrica na condição de trabalho. Schütz diz que há sempre a possibilidade de interesses justapostos, ou mesmo conflitantes, e conseqüentemente, de dúvida, se os elementos que selecionamos do mundo que nos cerca são tidos como pressupostos, fora de questão, ou se são realmente relevantes para o nosso propósito em causa (WAGNER,1979).

[...]Eu sinto o trabalho de enfermagem solitário[...] porque quando você entrega o plantão para suas colegas, você dá todos os detalhes da evolução e tratamento da enfermagem que deu ou que não alcançou a dar para o paciente, mas jamais você conta a tristeza que sentiu pelo “Sr. Pedro” ou que você não gosta de trabalhar com pacientes com diagnóstico de tentativas de suicídio, e que você gostaria que não lhe fossem designados. Todas essas coisas não são ventiladas, ficam ocultas... Agora, com invisível estou me referindo, a que tanto eu quanto minhas colegas, temos aspirações de escalar uma categoria, de estudar mais e de ter um melhor salário, mas quem se interessa? Quem se ocupa disso?...Ninguém. Nem mesmo nós que deveríamos estar mais interessadas[...](E9)

Na retórica as enfermeiras evidenciam motivações para se unirem em ambiente comum¹⁰, mas, na ação concreta, encontram-se solitárias tanto na proposta de integralidade da atenção, na busca de melhores condições de trabalho como no compartilhamento de sentimentos. Interpreto que esse ambiente comum não se concretiza ao considerar que somente será estabelecido se houver compreensão, que, por sua vez, fundamenta-se no fato de que os sujeitos presentes estejam motivados reciprocamente para atividades cotidianas, o que levaria os profissionais que atuam no hospital à posição de “contra-sujeitos”, ou seja, seriam parceiros nessa comunidade social.

O vivido das enfermeiras desvela lacunas de socialidade, pelo fato do ambiente subjetivo particular de cada segmento profissional não se voltar para o outro. O ambiente comum se formará quando cada segmento tiver compreensão do seu ambiente subjetivo particular originalmente dado a ele e a ele somente. Aí, então, e posteriormente, será possível criar condições para que cada parceiro venha perceber o mesmo objeto com particularidades. Essa é a dinâmica social

¹⁰ Ambiente comum, para Schütz é um ambiente situacional, em que duas (ou mais) pessoas compartilham, podendo comunicar-se uma com a outra. O relacionamento de interação e comunicação entre elas permite compreensão e consentimento mútuos; o que acontece em situação comum é vivenciado simultaneamente e em comum (WAGNER, 1979, p.32-3).

capaz de promover o momento intersubjetivo objetivo em que será viável a integração das ordens subjetivas no tempo e espaço.

Diante do entendimento de que o hospital é um ambiente de comunicação comum, a prática da enfermeira revela-se complexa dado que precisa de ações concretas particulares e de outras que envolvem ações dos demais profissionais de saúde, assim como da operacionalização das políticas e programas de qualidade nos hospitais públicos.

Ainda sobre o movimento de ação das enfermeiras no cotidiano, retomo Schütz, para compreender o sentido de ação expressiva:

[...]por ação 'expressiva' queremos dizer aquela que o ator procura projetar os conteúdos de sua consciência, ou para retê-los, para o seu próprio uso mais tarde, ou para comunicá-los a outros. Em cada um desses dois exemplos, temos uma ação genuinamente planejada ou projetada, cujo 'motivo a fim de' é o de que alguém tome conhecimento de alguma coisa [...] Os atos expresivos são sempre atos comunicativos genuínos, que têm como objetivo sua própria interpretação (WAGNER, 1979, p. 174-175).

A ação expressiva das enfermeiras pode contribuir para a auto-elucidação no sentido de ordenar as próprias experiências, entrando no contexto de significado das experiências subjetivas.

Os tipos de experiências espontâneas com significado subjetivo relativos a vida interior ou aquelas que afetam o mundo interno são chamadas de conduta. A conduta baseada num projeto pré-concebido é chamada de ação e, segundo essa lógica, os discursos das enfermeiras revelam um vazio de intenção no projeto de integralidade da ação aos pacientes, de integração em equipe. Portanto, não podemos falar de ação proposital dirigida a dimensão social do cuidado de enfermagem.

O trabalho é compreendido por Schütz como a ação no mundo exterior, baseada em projeto e caracterizada pela intenção de realizá-lo, sendo o trabalho a forma mais importante de construção do mundo vida cotidiano. O profissional integra o seu passado, presente e futuro nos seus atos de trabalho e se comunica através deles.

Na minha compreensão, as enfermeiras experimentam graus diversos de dificuldades na realização do seus atos de trabalho, considerando as normas institucionais como elementos externos, portanto não internalizados, as quais se apresentam com duplo papel, atuando ao mesmo tempo, como limitantes e portadoras de possibilidades. Assim, as normas hospitalares são geradoras de ambigüidades não só para as ações de cuidado mas também para a organização do trabalho de enfermagem.

O cuidado e, mais concretamente a prática profissional, realizados pelas enfermeiras aparecem como dirigidos e demarcados em atos nem sempre coincidentes com os interesses das enfermeiras. Essa totalidade que integra a temporalidade e a singularidade num projeto de grupo que cristaliza os desejos das enfermeiras desvela-se como uma construção social apenas desejada, mostrando-se comprometida, dado que não se percebe a manifestação do grupo comunicando-se na esfera social, não sendo fácil identificar sua contribuição concreta, uma vez que se mostra difusa na coexistência com as outras práticas da saúde.

[...]Às vezes quando falta uma enfermeira que é especialista, enviam uma enfermeira que não é para substituí-la; isso afeta você porque tem que estar alerta, para apóia-la, não é o mesmo que contar com alguém com mais tempo de casa[...] (E3)

O estado de alerta indica um plano da consciência com elevada tensão, onde as realidades múltiplas, experienciadas, geram diferentes graus de tensão na vida cotidiana que se manifestam como interesse para enfrentar a realidade. Isto é percebido tanto nas falas que referem ações consumadas como ações em curso:

[...]a relação com as colegas e com os outros profissionais também, é muito boa, aqui tem muita gente jovem e também outra que nem tanto, porém todos são muito amáveis e respeitosos com o nosso trabalho[...] (E3)

[...]Algo que eu gosto muito é que o pessoal médico que está encarregado do serviço tenha aprendido a valorizar meu serviço, e que solicite minha opinião para o tratamento[...] (E10)

Existe uma pluralidade de dimensões de tempo simultaneamente vivenciadas pelas enfermeiras no relacionamento com a equipe de enfermagem que fazem a prática profissional situar-se na perspectiva de conduta de uma pluralidade de pessoas que, “de acordo com seu significado subjetivo, estão mutuamente interessadas uma nas outras e se orientam em virtude desse fato” (Weber apud WAGNER, 1979,p.209).

Todavia, somente haverá um relacionamento social verdadeiro se cada pessoa da equipe de enfermagem retribuir a consciência da outra pessoa no contexto do relacionamento *Nós*, de uma maneira ou de outra. Essa vivência implica que cada pessoa perceba os *motivos a fim de* do outro e oriente sua ação para esses contextos motivacionais e vice e versa; nessa rica experiência não há necessidade de reflexão, uma vez que, a todo momento, a equipe vê o plano e sua execução em ação. Nos discursos das enfermeiras quebra-se esse relacionamento *Nós* quando, por necessidades do serviço, inclui-se uma pessoa diferente ao grupo de trabalho.

[...]uma das coisas que eu acredito que tenha melhorado são as relações com a equipe de saúde, nossos colegas nos conhecem, sabem de nossas capacidades e temos ganhado respeito. Trabalhar em equipe como sistema municipal de saúde é um avanço[...](E6)

Esse discurso revela que a relação das enfermeiras com a equipe de saúde não acontece na perspectiva direta de relações interativas, desvelando, apesar da positividade do conteúdo da fala, tratar-se de relações sociais indiretas, muito embora possam estar orientadas para o *Tu* ou para o *Nós*.

A respeito do grau de concretude envolvido é possível compreender que esse relacionamento face a face de enfermeiros e de equipe de saúde designa o tipo mais superficial de consciência da outra pessoa, em que estão marcados por dois polos profissionais que co-existem e entre os quais situa-se uma série de experiências da vida cotidiana. Nessa perspectiva, não posso chamar o meu contemporâneo de *Tu* no mesmo sentido rico que esse termo tem dentro do relacionamento *Nós*. É claro que o meu contemporâneo pode já ter sido meu consócio ou ainda pode vir a ser, mais isso não altera em nada o seu status presente (WAGNER, 1979).

Nas vivências das experiências subjetivas de sentido aparecem desejos e mesmo possibilidades das enfermeiras de acessar reflexões sobre a prática, seu trabalho, de um modo diferente; todavia, mostram-se vagas, revelando tendências e atividades na procura de um horizonte próprio de projeto idealizado.

O sistema de saúde público revela-se como a referência maior na qual se localiza a produção do cuidado e, portanto, a prática da profissional enfermeira.

Nesse sistema, aparecem mudanças em processo que dificultam e facilitam a organização do trabalho e as políticas apontam para a articulação das práticas.

[...]Agora, o que eu não gosto muito do meu trabalho é que o espaço para oferecer cuidado é bastante limitado, por exemplo, eu sei quanto importante é para um paciente o descanso, e em uma sala onde estão três pacientes é difícil descansar.... ou, na hora da visita os familiares presentes, às vezes você deve fazer procedimentos e todos ali apertados. E ainda, as instalações sanitárias não estão sempre nas melhores condições[...] (E3)

[...]Você vê como estão desenhados os serviços, em espaços pequenos, invadimos o espaço vital de nossos pacientes, de nossos colegas, dos familiares, você termina o plantão sentindo-se intrusa, descortês, porque não conseguiu oferecer uma cadeira para quem veio visitar ou para o acompanhante do seu paciente[...] (E10)

No ambiente hospitalar, o sistema público revela-se em conflito, apresentando-se confuso e com limitações no plano real; contudo, no plano ideal, procura-se ambientes confortáveis. O ponto em questão para as enfermeiras é o espaço físico como cenário da produção do trabalho em saúde que acolhe práticas diversas, portanto convivências múltiplas, diante do qual revela-se insuficiente e pouco facilitador.

Os significados das vivências das enfermeiras mostram não somente o conflito pela disponibilidade e funcionalidade do espaço físico, mas permitem visualizar a dificuldade de se compreender, nesse espaço subjetivo, as relações, os interesses, as perspectivas e os projetos de cada um dos atores que co-habitam aquele espaço.

Na minha compreensão, o conflito central não é co-habitar o espaço, mas sim co-existir nesse espaço procurando construir um projeto próprio de grupo, a partir da singularidade e da coincidência de motivações e interesses das pessoas

com os projetos de outros. Esse é o foco na construção do projeto institucional do hospital público.

As falas das enfermeiras chamam a atenção pelas expressões, no tempo futuro, mostrando reflexões sobre pontos críticos da prática na tentativa de buscar soluções mais adequadas, ensaiando, assim, possibilidades de ação que imaginam ser de sucesso.

[...]Eu gosto de ajudar as pessoas por isso sou enfermeira... eu gosto muito da interação com as pessoas... e o cuidado de enfermagem fundamenta-se nisso, na interação... a relação com as colegas [...]
(E3)

A prática de enfermagem acontece num ambiente de comunicação comum. Segundo Schütz ,

[...]estar relacionado a um ambiente comum é estar unido com o outro numa comunidade de pessoas [...] não poderíamos ser pessoas para os outros e nem mesmo nós próprios se não pudessemos encontrar com os outros um ambiente comum como contrapartida da conexão intencional de nossas vidas conscientes[...] o ambiente comum é estabelecido pela compreensão que, se fundamenta no fato de que os sujeitos motivam-se reciprocamente em suas atividades (WAGNER, 1979,p160-161).

Como a ação no hospital não acontece isolada, senão em um ambiente comum, que pressupõe um intercâmbio social e tecnológico entre contemporâneos e associados, nem sempre há coincidência das correntes de consciência, pois cada co-partícipe pode tomar ou não parte do processo vital do outro na medida que se aproxima ou não da relação “*Nós pura*”. Quanto mais se tenha relação *Nós*, melhor pode-se construir o futuro com respeito a planos e esperanças (NATANSON,1979).

As falas a seguir revelam o desejo das enfermeiras se organizarem num ambiente comum:

[...]Eu gostaria que falássemos não só de como organizar o serviço, e sim de como nos organizarmos, como mulheres que trabalhamos e que temos direito a ser ouvidas, a decidir como queremos trabalhar[...] (E6)

[...]Eu acho que existe pessoal de enfermagem suficiente e bem preparado na cidade, então não devemos seguir contratando pessoal com formação duvidosa. Penso que devemos criar um programa de certificação, já que temos um programa de qualidade. Então, nós que trabalhamos aqui devemos demonstrar nossa capacidade, porque temos colegas que não se atualizam há anos[...] (E12)

Na vida comum das enfermeiras, o significado subjetivo de pertencer a um grupo define os papéis sociais, as posições e o status de cada um. O fato de participar de um grupo, dá ao indivíduo a liberdade para escolher, por si mesmo, com que parte de sua personalidade quer participar dos grupos, define sua situação e estabelece sua própria ordem privada de relevâncias, na qual cada participação nos vários grupos tem o seu lugar.

Assim, pode-se identificar que o trabalho da enfermeira mostra a busca do seu lugar, no seu relacionamento com o paciente, no próprio grupo de enfermagem, na equipe de saúde e, ao mesmo tempo, busca constituir as perspectivas internas e externas do grupo de enfermeiras, que imerso e co-partícipe das políticas de saúde é atingido em diversos graus pela história, herança social e cultura (WAGNER, 1979).

As vivências expressam ao interior do grupo reações com respeito às relações entre indivíduos, dadas pelas diferenças nos interesses, nível de formação e graus de experiência técnica alcançados ou ausentes, como revelado a seguir na fala de uma enfermeira:

[...]Também não me agrada nada que mandem auxiliares como substitutas, não tenho nada contra, mas meu trabalho não é treiná-las e sim oferecer cuidado: esse dia passo cuidando para não errar, talvez ela saiba fazer o trabalho, porém eu não sei do que é capaz e o bem-estar das pessoas aqui é nossa responsabilidade[...] (E10)

Na visão das enfermeiras profissionais, o grupo de enfermeiras não profissionais tem um duplo caráter: é parte do grupo interno, mas também é nessa relação dinâmica que é visto como um grupo externo, com dificuldades na contribuição para o entendimento mútuo entre as categorias da enfermagem, o que conflitua a definição do estilo de vida do grupo.

Posso, a partir dessa visão, perceber um certo grau de reciprocidade de perspectivas, que são construções tipificadas de objetos de pensamento que resultam da experiência particular e da do semelhante.

7.3 Como Prática Complexa que Vivencia Políticas de Saúde de Forma Anônima, Situada em um Mundo Distante

As profissionais reconhecem que no mundo atual de transformações das políticas de saúde, suas intervenções acontecem com graus de liberdade comprometida pelos limites decorrentes do enfoque de sua formação, bem como pelas normas que direcionam a prática hospitalar e que nem sempre contribuem, com coerência, para dar sustentação à prática da enfermagem profissional.

As enfermeiras situam a prática profissional posicionando-a num lugar diante de certos estados de coisas que se definem a partir de um modo de

interpretar o mundo, mas também decorrem de um modo de nele atuar (NATANSON,1995).

As falas revelam como a reciprocidade de perspectivas encontra-se em construção na organização do trabalho, onde as políticas e os programas de saúde, ao estabelecerem diretrizes para o trabalho, geram conflitos oriundos da estrutura do trabalho no sistema público.

[...] A sobrecarga de trabalho torna-se pesada, não é sempre assim, mais acontece...Sim, temos muitos usuários e as instalações são as mesmas; sua capacidade não tem aumentado, isso nos deixa tensos, porque você faz apenas o urgente e o importante é deixado para depois[...] (E3)

[...]Nossa população tem aumentado, o que demanda que tenhamos melhores habilidades, mais conhecimentos, mais materiais, mais recursos em geral e esses problemas não sempre são fáceis de resolver num hospital público. Por outro lado, estão as políticas de qualidade...Então, estamos no meio da pressão[...] (E4)

Os discursos das enfermeiras também revelam que, na atualidade,nas práticas da saúde, a heterogeneidade e especificidade são simultâneas, vivenciadas em grupos, com divergências na organização do trabalho diante das próprias limitações da estrutura disponível para o desenvolvimento das práticas de saúde:

[...] eu considero que a prática de enfermagem é complexa, uma das coisas que eu acredito que tenha melhorado são as relações com a equipe de saúde, nossos colegas nos conhecem, sabem de nossas capacidades e temos ganhado respeito, trabalhar em equipe como sistema municipal de saúde é um avanço[...] (E6)

[...]Uma coisa que me incomoda muito é que outros profissionais invadem o trabalho de enfermagem, por exemplo, alguns catéteres são instalados pelos médicos internos e esse é um procedimento da enfermagem; nós fomos treinadas para fazê-lo e desenvolvemos habilidade, me incomoda especialmente quando os novos internos, sem habilidade e sem conhecimento, machucam meus pacientes[...] (E1)

Neste ponto, é importante salientar diante da análise compreensiva do vivido das enfermeiras, os conceitos de liberdade de escolha e interesse, na tentativa de mostrar como a prática da profissional enfermeira aparece direcionada pelas políticas de saúde.

As falas revelam projetos em construção como o Sistema Municipal de Saúde, a Cruzada pela Qualidade, os quais decorrem de um conjunto de políticas públicas e diretrizes nacional e estadual para o nível local, onde localiza-se o complexo hospitalar estudado. Neste contexto, o projeto de prática profissional da enfermeira desvela-se como algo determinado pelas condições externas referentes ao Sistema de Saúde, ora distante dos interesses dos enfermeiros, ora contribuindo na interatividade com outros profissionais, com movimentos positivos e negativos.

Ao interpretar a prática da enfermeira profissional, no contexto das políticas de saúde, levarei em conta o pressuposto de Schütz referente à escolha e interesse. Nesta direção, o autor examina as possibilidades e contra-possibilidades com seus pesos positivo e negativo; desta forma, sempre há dois projetos e não existe um interesse isolado.

Os interesses têm, desde o começo a característica de estar inter-relacionados com outros interesses dentro de um sistema, daí que ações motivações fins, e meios e, por tanto, projetos e propósitos, são também apenas elementos entre outros que formam um sistema. Qualquer fim é meramente um meio para outro fim; qualquer projeto é projetado dentro de um sistema maior. Por essa mesma razão, qualquer escolha entre projetos se refere a um sistema anteriormente escolhido de projetos interligados de ordem superior (WAGNER,1979,p.146)

Para Schütz, a pessoa está na posição de ator social, quando os planos pré-concebidos no sistema maior estão sujeitos ao seu plano de vida; assim, um

plano universal determina planos cotidianos subordinados, mesmo que conflitantes entre si, cabendo a compreensão de que qualquer escolha refere-se às decisões vivenciadas em uma ordem superior e sobre as quais se funda a alternativa da pessoa. É a vivência anterior do ator dessa organização maior de projetos que está na base das possibilidades problemáticas que exigirão escolha, ou seja, a constituição de alternativas pertence aos *motivos porque* de sua ação e não aos *motivos a fim de* como encontram-se as enfermeiras (WAGNER, 1979,p.146).

Diante de tal compreensão, o autor conclui que para o ator da vida diária é impossível um processo de escolha perfeitamente racional, considerando que o ator que está vivendo atos cotidianos não tem clareza de todos os elementos envolvidos nas escolhas.

Os discursos das enfermeiras revelam suas relações sociais indiretas com os atores formuladores de políticas de saúde e programas de qualidade, cabendo-lhes apenas interpretar o resultado de sua comunicação, revelada nos planos de saúde para os hospitais públicos, sem ter participado dos atos de escolha e decisão.

O relacionamento das enfermeiras com os atores políticos encontra-se em “situação que envolve meros contemporâneos” (WAGNER,1979), ou seja, situa-se em região de anônimato, cujo semelhante sabe-se que existe apenas como representante no espaço social, mas não como indivíduos concretos. Poder-se-ia descrever sobre a lacuna dos discursos acerca dos relacionamentos com entidades coletivas da enfermagem, cuja função refere-se à organização da prática profissional.

Diante da complexidade nas relações com as outras práticas de saúde as enfermeiras expressam, nas suas falas, como as políticas de saúde têm sido uma alavanca na melhoria do trabalho:

[...]Ah, mas não é tudo que é tão mau, eu acredito que o bom deste trabalho é que nos últimos dois anos ele está se organizando melhor, a Cruzada pela Qualidade tem-nos ajudado... Tem-nos feito refletir sobre nosso trabalho e têm acontecido mudanças que melhoraram-no; porém, os desafios estão aí... este é um trabalho para renovar-se a cada dia e nós, juntamente com ele, por esse motivo eu gosto[...] (E2)

Apesar das políticas de saúde em andamento terem dado novas perspectivas, a melhora desejada pelas enfermeiras se apresenta como um horizonte de incerteza, que revela dificuldades para se compreender. A dificuldade faz com que algumas escolhas apresentem-se mais acessíveis que outras; o dizer das enfermeiras coloca em foco a complexidade das relações interativas, as quais, nem sempre, são levadas para um processo de análise no cotidiano do trabalho:

[...] a verdade é que meu trabalho é muito confuso e de grandes contradições. Olha fala-se que estamos na Cruzada pela Qualidade nos serviços de saúde, porque temos então colegas tão deficientes quanto á sua formação?[...] (E13)

A enfermagem como prática articula-se ao sistema de saúde e faz parte do espaço social hospitalar; sistemas estes que se encontram num ambiente de mudança, onde vários processos em andamento, ao mesmo tempo, exigem ações e, como tais, escolhas entre diferentes projetos.

A liberdade de escolha se manifesta comprometida diante de projetos macroestruturais, que não correspondem aos projetos de prática desejada. É difícil compreender o que não se projeta e, conseqüentemente, tão difícil é agir diante do que desconhece.

7.4 Como Prática Complexa que Solicita Inovações Tecnológicas para Vivenciar a Contemporaneidade Social.

O cuidado altamente especializado faz referência não só à disponibilidade de equipamentos e procedimentos mas coloca, ao ator social, a condição de sujeito que deverá desenvolver uma compreensão profunda da intersubjetividade na medida que produz cuidado, existindo com os outros assim como contemplar a relação com os outros num contexto de múltiplos sentidos. O uso da tecnologia é, ao mesmo tempo, um estoque de conhecimentos e habilidades que o enfermeiro deve possuir, assim como é, para o paciente, a possibilidade e o meio de um melhor tratamento.

[...]A tecnologia também é um sinal de nosso tempo e alguns pacientes desejaram que nós nos modernizássemos, por exemplo, alguns têm me falado que são melhores os manômetros digitais que usam na casa, logo vêm nossos equipamentos antigos e os pacientes desconfiam de sua precisão[...] (E11)

Este contexto de múltiplos sentidos é construído no mundo interior das pessoas como no mundo social. Nessa construção, intervêm as nossas experiências passadas como os nossos desejos, de acordo com a capacidade de experienciar o mundo social, assim, criamos esquemas, damos às coisas e às pessoas atributos típicos e nos vinculamos com o mundo social criando matrizes de sentido.

Os discursos descrevem os *motivos porque* e os *motivos a fim* de uma prática profissional com recursos de tecnologia de informação, de equipamentos e de conhecimentos, desvelando um ideal de conduta racional no cotidiano de trabalho da enfermeira. Para Schütz, o conceito de racional na vida diária tem o sentido de “razoável”; desta forma, agir de modo racional implica em seguir receitas guardadas no nosso estoque de experiências, o que envolve, então, aplicações

mecânicas de precedentes, procurando um novo meio de dominar a situação. A ação racional pode ser entendida também como ação deliberada.

Ainda a ação racional pode ser definida como planejada, identificando que o trabalho de rotina tem a função de estandarização e mecanização das relações meio-fim, todavia, para Schütz, somente o ator pode organizar e planejar sua ação.

Um ato racional pressupõe[...] uma escolha entre dois ou mais meios para se chegar ao mesmo fim, ou mesmo entre dois fins diferentes, e uma seleção do mais apropriado(WAGNER, 1979,p131).

O fenômeno da escolha para os enfermeiros perpassa pelo institucionalizado, que se mostra restritivo diante da dinâmica social que é mais ágil na incorporação de valores, o que se revela como se observa a seguir, em situações problemáticas.

[...]Outra coisa difícil, pelo menos para mim, está sendo o fato de que na cidade têm cada dia mais religiões que proíbem alguns procedimentos, como a administração de antibióticos ou componentes sanguíneos, e mesmo que tenho como norma negociar as intervenções com meus pacientes nesses casos fica difícil...Porque eles esperam outro tipo de intervenções, não invasivas, aqui as normas nos permitem a intervenção clínica alopata e a medicina alternativa não é nosso trabalho comum, nós respeitamos, porém, não praticamos, agora também, não aceitam qualquer tratamento[...] (E2)

As vivências das enfermeiras colocam em cena a dificuldade com que experienciam ao colocar em prática, as formas de cuidar que, interferem com as expectativas da pessoa em situação de sujeito do cuidado de enfermagem, denunciando a problemática da escolha diante das referências esquemáticas da instituição hospitalar e dos pacientes internados.

Na questão tecnológica, a produção do cuidado, dado que este é especializado e altamente diferenciado, demanda disponibilidade de tecnologias como instrumentos de trabalho, mesmo que a habilidade técnica seja um meio que organiza e disponibiliza esse trabalho, assim, a prática da enfermeira aparece como demandante de tecnologia.

Os discursos relacionados a seguir evidenciam como as enfermeiras orientam-se na vida diária a partir de sistemas de significatividades, em torno do uso de tecnologias, colocando em questão ambientes de trabalho impostos no mundo social, como uma estrutura geral subjacente da distribuição social de conhecimento.

[...]Eu gostaria que a tecnologia alcançasse nosso trabalho, concretamente ficaria feliz com a idéia do prontuário eletrônico, me daria mais tempo para trabalhar diretamente com meus pacientes[...] (E11)

[...]Uma prática de qualidade tem padrões mínimos de atenção e seu pessoal é qualificado, organizam-se círculos de qualidade e se trabalha sobre os principais problemas, coisas que aqui... não fazemos[...] (E13)

Interpreto que, segundo Schütz, dois conceitos são marcantes nas falas. Um deles refere-se ao conhecimento social que os membros do endogrupo, neste caso o grupo de enfermeiras, compartilham e que é considerado natural, bom e adequado para o mundo do hospital; o outro conceito está relacionado à conduta tradicional, em que o endogrupo expressa enunciados que considera como válidos, apesar de serem inconsistentes. É relevante, nas falas das enfermeiras, o conhecimento “acerca de”, o que me faz compreender que o grau de clareza e precisão difere entre os membros da equipe de enfermagem; essas diferenças individuais constituem-se em um elemento comum. A linguagem e o pensar habitual,

pre-constituídos socialmente, carregam em si um horizonte aberto de conteúdos inexplorados. Podemos, então, interpretar que o conhecimento referente à tecnologia que as enfermeiras possuem revela-se como incompleto e fragmentário.

Merhy (1997) explora a dinâmica do trabalho em saúde, estabelecendo relações entre trabalho morto e trabalho vivo implicados nos atos produtivos¹¹. Para o autor, no interior do processo de trabalho, o trabalho vivo em ato possui as condições de comandar o trabalho morto, imprimir lógicas à organização e gestão do trabalho; portanto o trabalho em saúde está centrado no trabalho vivo em ato permanente.

Neste contexto a noção de tecnologia, tradicionalmente reconhecida em termos de equipamentos e máquinas, amplia-se com a inclusão de certos saberes necessários à produção em saúde; assim Merhy classifica as tecnologias em :

[...] **leve**, como no caso das tecnologias de relações do tipo de produção de vínculo, autonomização, acolhimento, gestão como uma forma de governar processos de trabalho; **leve-dura**, 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, **dura**, como no caso de equipamentos tecnológicos do tipo máquinas, normas, estruturas organizacionais (MERHY, 1997, 121p.).

Retornando às falas das enfermeiras interpreto que a compreensão de tecnologia revelada está circunscrita as tecnologias dura e leve-dura; no entanto apreendemos motivos para uma comunicação entre pessoas com posicionamentos sobre cuidados de saúde distintos dos rotineiramente disponibilizados pelo hospital.

¹¹ O trabalho morto pressupõe os produtos – meios presentes na dinâmica do trabalho ; enquanto que o trabalho vivo refere-se àquilo que está em ação, e portanto, possui intencionalidades e graus de autonomia.

Desta forma, a ampliação de vínculos, segundo Schütz requerer a apreensão de um objeto, fato ou evento no mundo exterior que não é, contudo, apreendido meramente como um eu no código de apercepção, mas de modo apresentativo, expressando cogitações de um semelhante. O termo " cogitação" é aqui usado no sentido cartesiano mais amplo, denotando sentimentos, volições, emoções, etc (WAGNER, 1979, p.176).

Esse direcionamento de Schütz vai ao encontro da dimensão de tecnologia leve proposta por Merhy, a qual implica na produção de vínculos entre pessoas; o que para Schütz solicitará apreensão da existência do outro para a manifestação de uma relação signo-comunicativa.

7.5 Como Prática Complexa que requer Formação Especial e Específica

As enfermeiras expressam que a formação técnica contribui na produção do cuidado, mas o foco restrito nesta dimensão conduz a limitações para pensar e agir no contexto mais amplo, no qual esse cuidado é gerado, considerando as interrelações com as outras práticas de saúde e a orientação por programas e políticas de saúde que se encontram em movimento, na realidade social mexicana. Nesse sentido revelam,

[...]quero dizer que o trabalho de enfermagem é de boa qualidade, porém basicamente técnico[...] (E8)

Almeida (1986) ao estudar o saber da enfermagem numa perspectiva histórico social revela que o cuidado comporta um nível técnico, representado

primordialmente pelas técnicas de enfermagem que se constituem em conhecimento sistematizado, a partir das primeiras décadas do século XX. Reconheço que por ser um eixo relevante da profissão, esse conhecimento evolui continuamente incorporando os avanços científicos da área da saúde, todavia vale dizer que o cuidado é mais amplo do que as técnicas de enfermagem.

Assim concordo com a referida autora, que ao tomar como eixo da sua produção, a enfermagem como prática social, expressa que as técnicas de enfermagem são parte do cuidado, todavia as relações sociais também o compõem de forma específica, para dar conta das necessidades humanas da pessoa que tem demanda de cuidados.

É em um ambiente comum, que contém traços marcados por predecessores, com suas heranças culturais e por contemporâneos com embasamento na globalização mundial, que as enfermeiras se reconhecem no presente vivido ao falar da sua ação concreta relacionada ao contexto social.

[...] Existem coisas que são difíceis de entender e, ainda mais de resolver, como por exemplo, você deve saber que temos um programa de atualização permanente. Então, eu tenho me perguntado porque é sempre o mesmo e porque, apesar de repetir tanto os conhecimentos, nosso trabalho não melhora de maneira que mudemos a imagem de que o serviço oferecido nos hospitais públicos é tão ruim, que se compara com um pesadelo...](E11)

As enfermeiras reconhecem que, apesar de existir um programa de capacitação no serviço, este permanece orientado a reproduzir conhecimentos técnicos, os quais não estão em sintonia com seus desejos de ampliar as possibilidades de compreensão de uma prática que se faz em processo.

Para Ferraz (1989) não há um modo de se exercer a enfermagem que possa ser previamente identificado e treinado, mas a educação permanente , oferece o caminho para o enfermeiro apropriar-se do seu exercício profissional. Todavia os programas mecanicistas de atualização, estruturados para informar, não têm possibilitado o exercício da reflexão sobre a prática profissional; condição essa que permitiria aos enfermeiros irem às coisas mesmas. Para a autora a educação permanente e o exercício profissional carecem de construção interdependente, nessa direção aponta que,

A maior contribuição da fenomenologia à educação está na perspectiva da construção do humano e, diante dele, entendemos que os enfermeiros serão sempre seres em devir, que se humanizam, tomam consciência de si mesmos e se projetam no mundo (FERRAZ,1989, p.77).

As enfermeiras revelam que a prática profissional as remetem a realidades múltiplas que se dão no mundo vida hospitalar que demanda capacitação para nele atuar, uma vez que vivenciam essa realidade como complexa, em âmbitos da relação com o paciente, da divisão do trabalho no interior do seu grupo, da comunicação com os outros profissionais da saúde, da problemática decorrente da operacionalização das políticas de saúde. As falas descritas a seguir revelam os motivos para a atuação de modo qualificado;

[...] eu considero que a prática de enfermagem é complexa, uma das coisas que eu acredito que tenha melhorado são as relações com a equipe de saúde, nossos colegas nos conhecem, sabem de nossas capacidades e temos ganhado respeito [...] (E6).

[...] O hospital deve ter um programa de educação permanente que capacite ao pessoal substituto para sua atuação com eficácia e não que venham aprender aqui. [...] Então nós que trabalhamos aqui devemos demonstrar nossa capacidade, porque temos colegas que não se atualizam há anos[...] (E12).

Apreendo que as enfermeiras sentem que o espaço cotidiano não se mostra como lugar apropriado para o desenvolvimento profissional, remetendo-o a um programa de educação continuada distanciado, não se comprometendo com ele; portanto, o pessoal substituto, referenciado nas falas concentra-se em categorias com menos qualificação profissional e, ao demandarem formação, geram sentimentos de não acolhimento. Esse dizer revela o distanciamento existente entre as diversas categorias de enfermagem, que denota a quebra de interatividade, o que agudiza o conflito e diminui as possibilidades de integração na elaboração de um projeto coletivo de prática de enfermagem.

Ao interpretar, recupero o sentido de mundo vida cotidiano na dimensão da intersubjetividade. Nesta direção, toda interpretação acerca do mundo vivido baseia-se na nossa experiência anterior que nos foi transmitida conformando nossa bagagem de conhecimentos, que está em constante atualização, mediante o conhecimento que adquirimos no mundo em que vivemos.

O mundo da vida cotidiana é o cenário e objeto de nossas ações e interações. Para efetuar os nossos propósitos que procuramos nele, ou entre os nossos semelhantes, temos de dominá-lo e modificá-lo[...] Pode-se dizer que um motivo pragmático governa nossa atitude natural no mundo da vida cotidiana. Neste sentido, é algo que temos de modificar por nossas ações e que os modificamos. (NATANSON, 1995, p.198).

Para as enfermeiras, o saber transmitido e assumido é colocado como um saber com limites e que, mesmo insuficiente, para dar conta dessa realidade complexa. Revela que, mesmo assim, existe um horizonte de atuação possível, contudo difícil de alcançar. Esse sentimento está expresso na fala a seguir:

[...]Nós, enfermeiras profissionais, somos capazes pela formação que tivemos, de fazer algo mais do que técnicas, porém continuamos orientadas pelas técnicas, porque essa é uma imagem que prevalece..... Que, quem executa bem as técnicas, é boa enfermeira[...](E14)

Esse depoimento desvela a possibilidade de criar um tipo de prática diferente; as falas, apresentadas anteriormente denotavam que o enfoque da formação não lhes havia fornecido elementos para enfrentar as dificuldades e a complexidade do mundo social da enfermagem. No entanto, o ator agora se volta ao seu passado, tornando-se um observador dos seus próprios atos. Ao observar em retrospectiva sua ação do passado faz referência aos seus *motivos porque*, atribuindo peso à cultura institucionalizada que possui um caráter de determinante da prática profissional.

[...]O que penso é que a prática da profissional da enfermagem é... é muito técnica, tradicionalista, pouco desenvolvida e penso que está apenas em vias de ser assumida pelos que fazem a enfermagem. Sim, porque...Porque acho que o pessoal está se dando conta de que pode fazer alguma coisa a mais do que faz, e também sei que queremos fazer alguma coisa diferente, porém ainda não definimos o que fazer,... como fazê-lo e quando[...](E14).

Ferraz (1989) ao estudar o exercício profissional do enfermeiro, interpreta que, no cotidiano hospitalar, a execução das técnicas revela-se na lógica do fazer rotinizado, destituído da dimensão da sua *práxis* moral, ou seja, da intenção do fazer, constituindo-se em tarefas pré-instituídas, desprovidas de originalidade.

Para a autora a possibilidade de transformar a tarefa numa ação que a plenifique, recuperaria a intencionalidade do enfermeiro na sua prática técnica, o que

envolveria motivação, decisão e a criação do profissional na relação com a pessoa que solicita cuidados.

É nesta direção que interpreto que as enfermeiras revelam graus de consciência sobre a dinâmica da prática, indicando que o assumir das experiências humanas está em princípio, portanto, vivencia-se um processo que ainda não está na ação; aparece como um projeto de ato, e que, mesmo ainda em estado de puro projeto, é uma evidência superficial de um certo grau de conhecimento de ação consciente. Interpreto que, ao desvelar a incerteza diante da possibilidade de construção de um projeto de mudança, há também algo de motivação.

[...]Penso que nos faz falta uma identidade profissional. Apesar de que eu me queixo e não ajudo muito. Você sabe que temos uma associação de enfermeiras na cidade e eu não faço parte dela, tenho vontade, mas não tenho tempo, e quando tem reuniões sindicais eu não vou, tenho filhos pequenos...Mas tenho colegas que poderiam ser mais ativas... Porque têm mais tempo disponives[...] (E1).

Dentro das descrições do mundo que vivenciam as enfermeiras, a ação definida por Schütz, como aquela conduta projetada pelo ator de maneira autoconsciente, aparece frequentemente nas estruturas nas quais a prática da enfermeira acontece. Essa perspectiva revela a ação projetada pelas enfermeiras e traz a interpretação não só da conduta deste grupo, mas também as dos outros que compõem a equipe de saúde.

[...]Mas gostaria de ter, neste trabalho no qual estou há anos, maior liberdade para decidir e também para propor algumas mudanças na forma de organizar os serviços, para que, aqueles que precisam deste hospital, recebam uma melhor atenção. Isso poderia acontecer, unicamente, se o pessoal de enfermagem estivesse unido como grupo de trabalhadores, e tivesse muito claro o interesse de melhorar seu trabalho, e também, claro, o desejo de lutar por ele[...] (E9).

[...]Para fazer outro tipo de trabalho, me refiro a inovar a prática, integrá-la ao trabalho dos outros profissionais, centrada no cuidado... Para isso faz-nos falta liderança e uma grande motivação e penso que, também, determinação[...] (E14)

No dizer das enfermeiras desvela-se o desejo de que a regulação interna da prática mostre o seu formato operativo. Neste sentido, manifestam-se:

[...]Não sou a enfermeira mais atualizada, porém acho que se existisse algum organismo regulador, eu o conheceria. E sei que há organismos que orientam a formação de enfermeiras, mas para eles atuarem como reguladores da formação, falta muito. Agora, uma coisa é orientar a formação e outra coisa muito diferente é regular a prática[...] (E 11).

[...]Eu gostaria que a prática de enfermagem estivesse regulamentada como nos Estados Unidos da América. Não concordo com o fato de que qualquer pessoa vestida de branco e fale que é enfermeira passe por aqui[...]. (E11)

O posicionamento reivindicatório de prática regulamentada remete à divisão de trabalho, entendendo-a como uma possibilidade mas também como um grande obstáculo na organização do grupo, no compartilhar com os membros do endogrupo de enfermagem de interesses comuns, distanciando-os da autotipificação homogênea.

Neste fluxo de subjetividades, percebo que as enfermeiras interagem de modo externo às possíveis mudanças para orientar a prática, desvelando que tais processos devam vir do mundo social externo para serem assumidos como decisões superiores a serem acatadas. Na minha percepção os graus de consciência para atuar no mundo do trabalho e de suas relações mostram-se superficiais.

Outros conflitos emergiram nas falas evidenciando que as enfermeiras não têm controle porque estão localizadas na perspectiva da organização hospitalar, na qual se inscreve a prática da profissional juntamente com as outras categorias da enfermagem.

[...]aqui temos colegas que se formaram com mestrado e algumas têm cargos de chefia; porém, na realidade, o instituto continua privilegiando quem tem um pós-técnico do que de quem tem licenciatura[...] (E6).

[...]Nossas funções estão divididas sim, porém, poderiam estar melhor levando-se a cabo um estudo de análise de postos, para designar as enfermeiras de maior formação, atividades de maior complexidade, avaliação prévia da competência, ah...claro, e a remuneração deveria ser congruente[...] (E13).

Nos discursos as enfermeiras revelam que o processo de trabalho é fragmentado e precário. As políticas de recursos humanos não acompanharam as políticas e os programas de qualidade para a atenção à saúde. Desvelou-se para mim que, na expectativa idealizada das enfermeiras, o fato de congregar graus acadêmicos, por si só, não criariam espaços de trabalho qualificados e nem determinariam condições laborais diferenciadas.

Ainda sobre a formação profissional, as vivências das enfermeiras mostram graus de insatisfação com as interações no ambiente laboral:

[...]Temos aprendido que ser profissional significa ter uma formação especial e específica... mas nem todo o pessoal da enfermagem tem essa formação e muito menos tem esse carisma, portanto você não consegue estabelecer com seus colegas de trabalho essa relação de parceria[...] (E5)

[...]não concordo com o fato de que qualquer pessoa vestida de branco e fale que é enfermeira passe por aqui, me aborrece tanto que você não tem idéia, ter pseudo-enfermeiras por colegas, que... me estressa mais do que não ter materiais suficientes, inclusive mais do que ter pacientes em excesso[...] (E11)

Essas falas evidenciam uma busca insistente por uma maior consolidação que as diferencie pela competência de se relacionar e interagir; todavia, essa competência localiza-se na relação *Nós* que, segundo Schütz, requer proximidade, intersubjetividade.

Segundo Schütz, a estrutura do sentido do mundo social tem origem nas diversas articulações e formas de organização que constituem a realidade social. O mundo social é pré-constituído e pré-organizado, sendo sua estrutura resultado de um processo histórico pelo que é diferente em cada cultura e sociedade. Neste mundo, os sentidos subjetivo e objetivo não podem coincidir; todavia, as institucionalizações e estandarizações das situações sociais e as pautas de interação social permitem sua assimilação em graus suficientes para fins práticos.

As falas mostram diversos graus de compreensão quanto ao sentido subjetivo e objetivo da formação, assim como conexões com diversos problemas, passando pelos modos como a formação afeta a vida do grupo de enfermeiras, o distanciamento das demais categorias de enfermagem diante das mudanças na formação do nível superior, nas expectativas de melhoria no trabalho diante dos novos programas de formação. A dialética dos pré-julgamentos em torno da formação, reporta-me à Schütz no que tange à ordem e hierarquia e aos conceitos de oportunidade e de possibilidade (BRODERSEN, 1974).

O sentido da estrutura social permite às enfermeiras orientar-se no espaço hospitalar tanto quanto no sistema público de saúde, experienciando e interpretando a sua própria situação, segundo formas institucionalizadas de organização social, do sistema de *status* e de prestígio; essas dimensões podem ser interpretadas como referentes às tradições do endogrupo socialmente aceitas.

As tradições representam a herança social; todavia, a postura de pressupor o mundo, segundo tradições, contém o significado de mundo estático. No entanto, ele é dinâmico. Então, para Schütz, nesta situação o pressuposto passa a ser problemático já que a interpretação, tanto da vida individual como a do grupo, não pode ser realizada segundo esquemas tradicionais de interpretação.

A complexidade que as enfermeiras vivenciam no cenário social alude a uma rede de tipificações de seres humanos, de cursos de ação, dos seus motivos e dos processos sócio culturais. Essas tipificações foram elaboradas fundamentalmente, pelos antecessores e os contemporâneos e encontram-se disponíveis como ferramentas adequadas para entender a enfermagem e a prática profissional do enfermeiro. A referência da significatividade estabelece os limites entre o típico e aquele que não é típico, transmitindo-se aos membros do endogrupo no processo educacional.

Nas falas das enfermeiras, as tipificações relativas à prática, à formação e ao desempenho não estão em concordância com as mudanças que se sucedem no contexto social, com a interatividade necessária à construção de uma nova estrutura de sentido para a prática profissional, conflituando com as diretrizes das políticas e das demais práticas de saúde.

As tipificações da formação da profissional de enfermagem mostram-se insuficientes para compreender as relações de trabalho do endogrupo no movimento orientado pelas políticas de qualidade que são levadas para o espaço hospitalar na dimensão teórica, o que cria dificuldades para as enfermeiras desenvolverem um grau de compreensão genuína da prática profissional.

8 A COMPREENSÃO DO TIPO IDEAL DA PRÁTICA DO ENFERMEIRO.

Ao realizar a interpretação das descrições das enfermeiras participantes deste estudo, faz-se necessário voltar à origem do estudo de onde emergiu a minha inquietação para, novamente, orientar-me sobre a questão norteadora: o que é isto a prática da profissional enfermeira no hospital público?

Neste momento, posso compartilhar descrevendo o que foi para mim esta experiência de aproximação para compreender, na perspectiva das profissionais enfermeiras, a dimensão social da sua prática. A fenomenologia, como metodologia levou-me a explorar uma experiência de pesquisa voltada para a subjetividade da existência humana e, ao mesmo tempo, colocou-me uma nova orientação diante de minha formação positivista. Considero que esse conhecimento adquirido proporcionou-me uma perspectiva diferente de ser enfermeira e pesquisadora que tem como pressuposto básico o agir com outras pessoas, possibilitando-me uma via de acesso à uma dimensão da prática profissional até então desconhecida, mais que reclamava por minha compreensão.

A fenomenologia social de Alfred Schütz contribuiu para compreender o vivido das enfermeiras como grupo que se insere numa trama de relações sociais intersubjetivas derivadas da co-existência e da convivência, inscritas temporalmente em um espaço comum de trabalho. Esta compreensão permite-me, de acordo com os fundamentos teóricos de Schütz, delinear o típico ideal da prática do profissional enfermeiro.

Este é para mim, o quarto momento da pesquisa, o qual corresponde a interpretação da ordem de significatividades por parte do pesquisador; momento este, em que coloco em destaque a auto-interpretação do endogrupo (profissionais

enfermeiras) acerca do seu mundo de trabalho (a prática hospitalar). Esta é a construção de sentido comum, em cujos termos o pensamento cotidiano das enfermeiras lhes têm possibilitado interpretar o mundo social (BRODERSEN, 1974).

Tomando como pressuposto a sociologia da compreensão que refere que nosso conhecimento real e potencial de significado das ações humanas e de seus produtos é uma técnica que nos permite aproximarmos do mundo social e de sua subjetividade, não apenas como um método utilizado pelo cientista social, mas como forma particular de experiência através da qual o pensamento de senso comum toma conhecimento do mundo social e cultural (WAGNER,1979.p.269).

Para descrever o típico da prática do enfermeiro, retomo, então, os constructos de primeiro grau que, através do postulado da interpretação subjetiva, venho colocar neste momento os constructos de segundo nível, visando mostrar a compreensão alcançada da realidade social que me propus desvelar (WAGNER,1979).

A prática do enfermeiro nos hospitais públicos é uma atividade de natureza complexa, que implica em cuidar numa relação face a face de simultaneidade com a pessoa doente, que traz, na sua origem, a dimensão social de relações interativas no mundo do trabalho, com uma vivência das políticas de saúde de forma anônima, situada em um mundo distante, ainda como um cotidiano que solicita inovações tecnológicas para vivenciar a contemporaneidade social e que requer formação especial e específica.

Reconheço que essa formação requerida pelo profissional enfermeiro para dar conta de uma prática que é complexa, não se completa na graduação, todavia a educação universitária pode construir com os futuros enfermeiros uma compreensão de que a própria prática pode ser o ambiente comum para desenvolver

conhecimentos técnico, humano, ético, social, uma vez que podem permanentemente ser adquiridos através das relações sociais, dos antecessores, da cultura que circunda o espaço de trabalho.

Com esse posicionamento coloco-me interessada em um novo projeto para a prática docente e, concordo com FERRAZ (1989) que para uma escola de enfermagem é imprescindível ter currículo, programações, teorias; todavia é preciso estar alerta para não deixar a educação transformar-se em tarefa, mediada por mentalidades essencialmente pragmáticas. Nessa condição se estaria diante do fenômeno da instrução, em que a relação Nós, de educador e educando, praticamente inexistiria. Para a autora os processos educativos que incluem a perspectiva da reflexão sobre o vivido pelos enfermeiros, contribuem para que os futuros enfermeiros sejam capazes de refletir, de analisar experiências, de se sentirem motivados para transformar a prática.

A compreensão típico ideal da prática do enfermeiro em hospitais públicos, *mostra que não podemos lidar com fenômenos do mundo social como se pertencessem à esfera natural. Os fenômenos sociais, para Schütz somente podem ser compreendidos segundo as motivações humanas, os fins e meios humanos e o planejamento humano. Assim, desenvolvemos uma compreensão da prática do enfermeiro em termos de tipos ideais. Para tanto, o processo constitui-se em estabelecer interseções de experiências de enfermeiros, elaborando uma síntese de reconhecimento sobre o curso da ação prática.*

Nessa ordenação, através de códigos interpretativos, as experiências vividas das enfermeiras foram deslocadas do seu cenário e, por meio da síntese de reconhecimento que realizei no papel de pesquisadora, elaborei a formalização ou idealização da prática profissional. Dessa forma, o “tipo ideal” está expressando um

certo modo de linha de ação do enfermeiro no contexto hospitalar, o qual sistematizo a seguir.

A Complexidade de Cuidar numa Relação Face a Face de Simultaneidade com a Pessoa Doente, envolve relacionamentos face a face de alto grau de interatividade, acontece no mundo social, em que pessoas co-existem com outras pessoas em condições ímpares, onde se revela a intencionalidade para compreender a outra pessoa. O mundo social, contexto da prática profissional, acrescenta o grau de complexidade dada as mudanças em processo que incluem novos paradigmas no cuidado à saúde.

A Complexidade de uma Prática que Traz na sua Origem a Dimensão Social de Relações Interativas no Mundo do Trabalho Hospitalar, sendo relevante à produção de cuidado, o que implica um espaço no qual se age e que influencia a ação dado que esta não acontece isolada; o hospital é cenário onde se sucedem as práticas de saúde, o que pressupõe uma intersubjetividade que traz, em si mesma, conflitos que aludem à liberdade de escolha, comunicação, interesses do grupo de enfermagem, assim como os próprios de cada enfermeiro, que se enfrentam com as normas que determinam a organização de trabalho, criando um ambiente comum de relacionamentos problemáticos. Revelam intenção e motivações orientadas para compreender a profissão, mas mostram dificuldades dado o escasso conhecimento teórico que o grupo possui sobre o mundo social.

Uma Prática Complexa que Vivencia Políticas de Saúde de Forma Anônima, sendo que umas das escolhas possíveis é vivenciar as políticas de saúde como

diretrizes que dão movimento ao mundo de trabalho; todavia, o típico que se apresenta refere-se a um conhecimento distante, sem significado cotidiano para o grupo de enfermeiros; portanto essas diretrizes encontram-se anônimas e difíceis de serem assumidas. Muito embora as enfermeiras reconheçam que ter políticas de saúde é um avanço, não mostram compreensão plena da complexidade do trabalho no mundo do hospital, dado que a liberdade de escolha, interatividade e os projetos de relações de trabalho, permanecem como obstáculos à construção de uma consciência crítica.

Prática Complexa que Solicita Inovações Tecnológicas para Vivenciar a Contemporaneidade Social, nesse enfoque, o cuidado mostra-se como elemento fundamental da prática de enfermagem que, dada sua natureza e exigência no espaço hospitalar, reclama por uma profunda compreensão das múltiplas realidades e suas significatividades, uma vez que na singularidade está implicado atendimento orientado para pessoas. O típico da prática revela-se como o desejo de realizar ações concretas para construir os modos de cuidar a partir de novos esquemas que incorporem avanços científicos exigidos por aqueles que recebem o cuidado e compartilham o espaço hospitalar. O cuidado se mostra como algo dinâmico, em construção permanente.

Como Prática Complexa que Requer Formação Especial e Específica, neste horizonte, a formação do profissional enfermeiro mostra-se como elemento fundamental para compreender e reconstruir o mundo do trabalho que solicita inovações e ampliações para contemplar um cuidado inserido em um mundo em transformação que enfrenta singularidades e coletividades, revelando que seu valor

primordial está no sentido da contribuição que pode trazer para construir relações sociais mais satisfatórias.

Ao apreender a linha de ação do enfermeiro, na perspectiva de Schütz, acerca de conduta, ação e trabalho, compreendo que fundamentalmente a tipologia do vivido na prática profissional, revela um situar-se na esfera da conduta. Segundo o autor, o termo “conduta” refere-se ao fazer sem implicação à intenção. Interpreto que no plano da ação social, a prática profissional encontra-se em fase incipiente, uma vez que os enfermeiros nas suas motivações revelam desejos de ter condutas baseadas em projetos, todavia essas, ainda não se refletem num mundo social como ação.

Para Schütz quando se fala de ação já está implícita a intenção de realização, uma vez que vem acompanhada de um projeto colocado em tempo futuro e imediato. Assim o trabalho é a ação no mundo exterior baseada no projeto, que para o autor constitui-se na forma mais importante de construção da realidade social.

O típico em termos de *motivos porque* situa-se em programas que desenvolvem habilidades para executar técnicas e procedimentos e, neste sentido, pode-se criar perspectivas futuras de desenvolvimento de programas que proporcionem a alunos e professores possibilidades de construir um outro modo de cuidar do outro no mundo, diante da complexidade da vida social.

Esta possibilidade apresenta-se a mim, não como algo conclusivo mas como algo em construção, dado que a ação de formar é também uma ação subjetiva que implica um grau profundo de relacionamento, acompanhado de interação profunda com os pais dos alunos de enfermagem, com os outros

profissionais da saúde, com a população, com as políticas de formação de recursos humanos para a atenção da saúde. Essa complexidade da prática docente abre para mim, outras regiões de inquérito.

O estudo aclara a minha região de inquérito ao possibilitar-me esta aproximação com a compreensão da prática do profissional enfermeiro, na medida que os aspectos relevantes iam sendo compreendidos, proporcionando-me elementos de orientação da formação de enfermeiros. Nesta perspectiva é que posso entender que tal compreensão fornece a oportunidade de re-orientar os programas de formação, na tentativa de transformá-los.

Analiso ainda que os resultados desta investigação podem constituir-se em subsídios que possibilitem reflexão por parte dos enfermeiros, contribuindo para compreensão de sua ação social, dado que realizar essa reflexão de forma contínua no campo prático demandaria um exercício de proximidade e afastamento simultâneo, o qual se tem revelado como difícil pelos enfermeiros, diante da condição de se estar imerso na prática profissional.

Considero também que este estudo abre perspectivas para novas investigações quanto às relações geradas no mundo vida do trabalho em hospitais públicos em resposta às políticas de qualidade, buscando orientação para melhorar os serviços de atenção à população, num marco de racionalidade orientada para o humano.

9 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, M.C.P; Rocha Y.J.S, **O saber de enfermagem e sua dimensão prática**.Cortez Ed. São Paulo, 1986.127p.

ALMEIDA, Souza Alina Maria de. **Desenvolvimento dos Servicios de Assessoria de Enfermagem da Organização Pan.Americana da Saúde: Impacto na Educação de Enfermagem Latinoamericana 1940-1980** Tese 1982, Doutorado em Filosofia, The Ohio University State,USA, 1982.

ALVAREZ, Lara Celerina y Otros. **Mercado Laboral de Enfermería en el Estado de Guanajuato**. Universidad de Guanajuato. México. Agosto del 2000. 70p.

BOEMER M.R. et al. A quem oferecemos o cuidado de enfermagem- uma visão fenomenológica. ANAIS, Brasília, Secretaria da Saúde. 1987 p.95-103

_____. A condução de estudos segundo a metodologia de investigação fenomenológica. **Rev.latinoa-am.enfermagem-** Ribeirão Preto. V2-n.1. p.83-94, janeiro 1994

BOEMER,M,R. Rocha,Melo S.M. A pesquisa em enfermagem: Notas de orden histórica e metodológica.**Saúde e Sociedade** v,5 n,2 p.77-88. 1996.

BRODERSEN, Arvid. **Estudios sobre teoría social Alfred Schütz**. Amorrortu editores, Buenos Aires, 1974. 277p.

CAPALBO, Creusa. Abordando a enfermagem a partir da fenomenologia.**Rev. Enferm.EURJ**,v.2,n.1. p. 70-76 maio 1994

CRITELLI, Dulce Mara **Analítica do Sentido. Uma aproximação e interpretação do real de orientação fenomenológica**. Educ/Brasiliense,São Paulo, 1996. p7-49

_____. **Metodología das ciências sociais. A fenomenología de Alfred Schütz**. Zahar,2ª, edição,editora UEL,Londrina,PR,Brasil,1996,94p.

_____. **Metodología das ciências sociais. A fenomenología de Alfred Schütz**. Zahar,2ª, edição,editora UEL,Londrina,PR,Brasil,1998,97p.

_____. Considerações sobre o método fenomenológico e a enfermagem. **Revista de Enfermagem. UERJ**. Río de Janeiro. V, 2 , n,2, Out,1994. p. 192-197

_____. **O agir no mundo da vida**. Coletânea do I seminário de Alfred Schütz, Grupo de estudos de Schütz UNIRIO, Rio de Janeiro, Sep.1999.

CARDENAS, J. Margarita; ZARATE, G. Rosa. La formación y la práctica social de la profesión de enfermería en México. **Inv. Educ. Enferm.** 19(2)102,Sep. 2001. Disponible en: [http:// bases.bireme.br/cgi-bin](http://bases.bireme.br/cgi-bin) Acceso en 6 Nov.2003.

CASTRILLON, María Consuelo. **La dimensión social de la práctica de la enfermería**. Ed. Universidad de Antioquia. Colombia. Marzo.1997.p.128.

CECILIO, L,C, **Inventando a mudança na saúde**. Hucitec,São Paulo, 1994.

CORRÊA, A.K. Fenomenologia: uma alternativa para pesquisa em enfermagem.**Revista Latino Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto,v.5,No.1 p.83-88, janeiro1997.

_____.
DARTIGUES, André. **O que é a fenomenologia?**, Centauro editora,7ª. Edição, São Paulo,Brasil.

DEMO,Pedro.**Metodologia científica em ciências sociais**,3.ed.rev e ampl.São Paulo: Atlas,1995.293.p

ESPINO Villafuerte,Ma. Elena, Díaz Guerrero, Rosalina. **Sistema Nacional de Acreditación de Enfermería en México**. México. 1999.

ESPINO Villafuerte, Ma. Elena, Díaz Guerrero Rosalina. **Evaluación de la Educación de Enfermería en México**. México. FEMAFEE. 1999.

FEMAFEE. A.C. **Mínimos Curriculares de Enfermería**. Celaya, Gto. México. Octubre de 2001.

FEMAFEE.A.C. **Sub-Sistema Nacional de Acreditación de Enfermería 2001 SSNAE01**, 2da. Edición, México, 2003 41p.

FERRATER Mora,José. **Diccionario de filosofía**.Editora MartinsFontes,São Paulo,Brasil 1998. 733p.

FERRAROTTI, Franco. **Sociología**, Teorema, Portugal, 1986. 159p

FERRAZ,C; BOEMER,M; Sistematização da assistência de enfermagem no referencial fenomenológico. **ANAIS III semana Wanda Agiar Horta**. Universidade de São Paulo, EERP, 1990 p.111-119

FERRAZ,C,A, Compreensão do exercício profissional do enfremeiro- uma análise fenomenológica. 1989. 83p. Disertação (Mestrado) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1989.

_____.**A Transfiguração da administração em enfermagem da gerencia científica á gerencia sensível**.1995,248p. Tese(Doutorado em enfermagem fundmental) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1995.

_____. **Investigação qualitativa: Uma estratégia para la calidad de la práctica en enfermería.** *Revista Investigación y Educación en Enfermería*, Colombia,v XV, n.2, 1997,p. 15-34

GUARESHI, Pedrinho A. **Sociología da prática social.** Classe,estado e ideologia em diálogo com Erik Wright. 2ª. Ed. Vozes. 2ª. Ed. Brasil, 1995. 285p

INEGI. Instituto Nacional de Geografía Estadística e Informática,**Censo Estatal de Población.**Guanajuato, México. 2000.

IMSS. Instituto Mexicano del Seguro Social. **Diagnóstico Situacional del Hospital General de Zona no. 4 de la ciudad de Celaya,** Gto. México 2003

IMSS- COPLAMAR (**Instituto Mexicano del Seguro Social, Coordinación General del Plan de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados**) Tomado de Mínimos de Bienestar. Presidencia de la Republica. D.F. 6 tomos 1977.

ISSSTE. Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado. **Diagnóstico Situacional de la Clínica Hospital de la Ciudad de Celaya.** Gto. México 2003

LESTER, Embree, **Los grupos en Schütz: La estructura significativa concreta del mundo socio-histórico.** Florida University Atlantic.8p.

MALERBO, Ma. Bernardete, **Apresentação escrita de trabalhos científicos.** Edi. Holos, Brasil, 2003, 110p.

MARTINS,Joel. A ontologia de Heidegger. In: MARTINS,Joel; Bicudo, V. Maria A. **Existencialismo, Fenomenología e Educação,** Morães ed. São Paulo,1983, p.33-44.

MARTINS,Joel; Bicudo, V. Maria A. **Existencialismo, Fenomenología e Educação,** Morães ed. São Paulo,1983.80p

_____. **A pesquisa qualitativa em psicologia: fundamentos e recursos básicos,** Educ, São Paulo. 1989.

MARTINS,J;BOEMER,M.R,FERRAZ,C.A. A Fenomenología como alternativa metodológica para pesquisa: algumas considerações. **Rev.Esc.Enf.USP,** São Paulo, 24 (1) 139-147 Abril 1990.

MARTÍNEZ Benitez, Ma. Matilde. **Sociología de una Profesión, el caso de Enfermería.** Centro de Estudios Educativos. A.C. 2ª. Edición, México, 1993. 325

MELO, Cristina. **Divisão Social do Trabalho e Enfermagem.**Ed.Cortez,São Paulo, 1986, 94p.

MERHY,E,E. **A saúde Pública como Política,** Hucitec Ed. São Paulo,1992.

MERHY,E,E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY,E,E. e ONOCKO, Rosana, **Agir em Saúde**, Hucitec Ed, São Paulo, 1997. p. 71-112.

MERHY,E,E. et.al. Em busca de ferramentas analizadoras das tecnologias em saúde: a Informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: MERHY,E,E. e ONOCKO, Rosana, **Agir em Saúde**, Hucitec Ed, São Paulo, 1997. p.113-160.

MINAYO de Souza Maria Cecília (organizadora) **Pesquisa Social. Teoria Método e criatividade**. 20ª . edição, Petrópolis, R.J : Vozes, 1994.

MÉXICO, **Ley General de Salud**. Decimoquinta edición, tomo 1, México 1998.625p.

MORA, Martínez Irene y Ledesma Delgado Ma. Elena. “ **Proyección de las necesidades del mercado de trabajo para el área de Enfermería en el Estado de Guanajuato**” Universidad de Guanajuato, Gto. México. 1991

MOREIRA,Daniel Augusto. **O método fenomenológico na pesquisa**. Pioneira-Thomson.SãoPaulo, Brasil,2002.152 p.

MORSE,M. Janice. **Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa**, Editorial. Universidad de Antioquia, Contus, Colombia.Junio 2003. 447p.

NATANSON, Maurice. **El problema de la Realidad Social Alfred Schütz**. Amorrortu editores, Argentina, 1995. 327 p.

_____. **El problema de la realidad social**. Traducción Néstor Miguez. Buenos Aires. Amorrortu Editores, 1974 a. 327p.

OJEDA, R; FIRNKORN, M. Reconocimiento social de la profesión de enfermería. **Temas de Enfermería Actual** 10(49): 19-22 Dic. 2002. Disponible en: http://bases.bireme.br/cgi_bin Acceso en 6 Nov. 2003.

PALMER, Richard. E. **Hermêutica. O saber da filosofia**, edições 70. 1997, 284p.

PARGA,Nina Luiz,**Estudo das informações não estruturadas do ENDF e de sua integração com os dados quantificados**. Parte 1, IBGE, Brasil, 1976,215p.

POPIM, R,C. **O cuidador na ação de cuidar na enfermagem oncológica. Uma perspectiva orientadora sob o enfoque de Alfred Schütz**,2001,122p.Tese(Doutorado em enfermagem fundamental)Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto,Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto.2001.

SECRETARIA DE SALUD, **Sistema de Información Administrativa de Recursos Humanos de Enfermería**, DGRSS, México, 1999. 38p.

SECRETARIA DE SALUD, **Programa Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud**. México. Enero 2001.

SEP.DIRECCIÓN GENERAL DE PROFESIONES. **Fascículo 9 Enfermería**. Progresión XX-XXI de las profesiones..Mexico Julio 2001.pp.51

SCHUTZ, Alfred, **Fenomenología del mundo social, Psicología social y sociología Paidos**. Ed. Paidos, Buenos Aires, 1972, 279p.

SILVA, Graciete Borges, **Enfermagem Profissional Análise Crítica**. Cortez. Ed, São Paulo, 1986.143p.

SIMÕES,S.M,F; SOUZA,I,O. Um caminhar na aproximação da entrevista fenomenológica. **Revista Latino Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v,5 No. 3, p 13-17, julho 1997.

SOLIS Ortiz Elodía **Reseña Histórica de la Escuela de Enfermería y Obstetricia de León**. Memórias del programa conmemorativo del XX Aniversario de la Escuela. 1978.

VALLE, E.R.M do. **Ser-no-mundo-com-o-filho portador de câncer**: hermeneútica de discursos de pais. 1988. 203p. Tese (Doutorado) Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.1988.

VIGGIANI, Bicudo María Aparecida, **FENOMENOLOGÍA. Confrontos e avanços**.Cortez editora, São Paulo,Brasil, 2000,167p.

WAGNER R. Helmut. **Fenomenologia e relações sociais. Textos escolhidos de Alfred Schütz**. Zahar editores,Brasil.1979.

ANEXO A

ANEXO B

ANEXO C

ANEXO D

ANEXO E