**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

DALVANI MARQUES

**O GÊNERO E O TRABALHO DA ENFERMAGEM
NA ATENÇÃO BÁSICA: PERCEPÇÕES DAS ENFERMEIRAS**

**SÃO PAULO
2008**

DALVANI MARQUES

**O GÊNERO E O TRABALHO DA ENFERMAGEM
NA ATENÇÃO BÁSICA: PERCEPÇÕES DAS ENFERMEIRAS**

Tese apresentada à Escola de
Enfermagem da Universidade
de São Paulo para obtenção
do título de Doutor em
Enfermagem.

Área de concentração:
Fundamentos e Práticas em
Saúde Coletiva

Orientadora:
Profa. Livre-docente Suely
Itsuko Ciosak

SÃO PAULO
2008

AUTORIZO A REPRODUÇÃO TOTAL OU PARCIAL
DESTE TRABALHO POR QUALQUER MEIO
CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE
ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura: _____ Data: ____/____/____

Catálogo na Publicação (CIP)
Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta” da EEUSP

Marques, Dalvani

O gênero e o trabalho da enfermagem na atenção básica: percepções das
enfermeiras. / Dalvani Marques. – São Paulo, 2008.

125 p.

Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.
Orientadora: Profa. Livre-docente Suely Itsuko Ciosak.

1. Enfermagem em Saúde Pública 2. Gênero (grupos sociais) 3. Trabalho
Feminino 4. Saúde da Família. I. Título

Nome: Dalvani Marques

Título: O gênero e o trabalho da enfermagem na atenção básica: percepções das enfermeiras.

Tese apresentada à Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

Aprovado em: ____/____/____

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

*Às trabalhadoras de Enfermagem, pelo olhar que nos ajuda
a construir e a pensar a profissão.*

AGRADECIMENTOS

À professora Suely, pela orientação e pela paciência.

Aos membros da Banca Examinadora, pela atenção, disponibilidade e provocações que movimentaram o meu trabalho.

A todas as enfermeiras que participaram direta e indiretamente deste estudo, pelas suas valorosas contribuições, que marcaram e deram um rosto à enfermagem da rede básica de saúde de Campinas.

A todos os colegas do Departamento de Enfermagem da FCM-UNICAMP, pelo apoio e parcerias. Em especial, às minhas companheiras enfermeiras do departamento.

Aos amigos, profissionais da área, que leram, fizeram sugestões, discutiram o texto comigo, me estimularam e me apoiaram durante todo este processo, sendo quase co-autores deste trabalho. Com carinho, agradeço principalmente à Eliete, à Márcia, à Ana Paula, ao Claudinei e à Antonieta.

Aos amigos que pacientemente esperaram a conclusão desta dissertação, pelo estímulo e afeto sempre presentes.

À minha família de sangue e de coração, a meus pais e minhas irmãs, por estarem sempre comigo, torcendo, rezando, mentalizando, rindo e chorando, cujo encorajamento, apoio e amor têm feito de mim o que eu sou.

A todos aqueles que de inúmeras maneiras contribuíram para a conclusão deste trabalho.

*Fruto de enganos ou de amor,
nasço de minha própria contradição.*

*O contorno da boca,
a forma da mão, o jeito de andar
(sonhos e temores incluídos)
virão desses que me formaram.
Mas o que eu traçar no espelho
há de ser armar também
segundo o meu desejo.*

*Terei meu par de asas
cujo vôo se levanta desses
que me dão a sombra onde eu cresço
- como, debaixo da árvore,
um caule
e sua flor*

Lia Luft

Marques D. O gênero e o trabalho da enfermagem na atenção básica: percepções das enfermeiras [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Escola de Enfermagem; 2008.

RESUMO

A enfermagem foi construindo suas práticas entrelaçadas aos modelos de atenção à saúde, aos modos de organização dos serviços e ao processo de trabalho em saúde, este vinculado aos contextos histórico, político, social e de gênero. Na atenção básica de saúde, as enfermeiras construíram e modificaram seu trabalho, ampliando e diversificando suas atividades, de acordo com as transformações exigidas pelos modelos de atenção à saúde. Com a implantação do PSF, em Campinas, mudanças ocorreram no trabalho das enfermeiras nos serviços municipais. Este estudo qualitativo objetivou apreender o trabalho das enfermeiras na rede básica de saúde de Campinas/SP. Os referenciais teóricos foram Gênero e Trabalho, sendo a enfermagem compreendida como um trabalho feminino, subordinado ao trabalho médico, masculino, que mantém e perpetua a divisão social e sexual do trabalho, entre homens e mulheres, refletindo a dicotomia entre o cuidar das enfermeiras e o tratar dos médicos, bem como suas respectivas relações de gênero. Os dados foram as respostas sobre as atividades típicas de um dia de trabalho de 133 enfermeiras assistenciais e as falas transcritas de uma oficina de trabalho realizada com seis enfermeiras, selecionadas entre as enfermeiras assistenciais. Na análise temática, emergiram dois temas: apreendendo o trabalho da enfermagem na atenção básica (com as categorias, a dimensão do cuidado e entendendo o processo de trabalho) e entendendo a enfermagem como um trabalho feminino (com as categorias, a enfermagem como trabalho feminino e as relações de gênero). Os resultados e discussão indicaram o trabalho das enfermeiras na atenção básica como: - *cuidador*, pelo cuidado direto e a gerência deste cuidado, realizado com predomínio de atividades assistenciais sobre as gerenciais, com destaque para as atividades assistenciais individuais, indicando mudança do enfoque no trabalho das enfermeiras com a manutenção da finalidade do trabalho - cuidar do corpo biológico doente; - *diferente, porém semelhante*, pelos modos diversos de organização dos serviços; - *complexo*, pelo objeto de trabalho, os sujeitos sociais em várias fases do ciclo de vida, e pelo trabalho em si, para o qual as enfermeiras percebem-se despreparadas e vivenciam adoecimentos; - *específico*, pelo uso amplo de tecnologias leves, que potencializam as relações singulares de cuidar, e pelo saber generalista, necessário para exercer esse trabalho; - *feminino*, pelas marcas femininas do trabalho das enfermeiras, pela subjetividade do trabalho como um saber e um fazer em relações, com afetividade e emoção, e pelas formas de dominação e resistência às relações desiguais de gênero. Consideramos que o trabalho das enfermeiras na atenção básica é rico, diverso, complexo e marcado pelo feminino, permeado por relações sociais, afetivas e subjetivas. Assim, estratégias que dêem visibilidade e potencializem o trabalho feminino da enfermagem devem ser estimuladas, possibilitando novas construções sociais e políticas, visando a um projeto mais específico para a enfermagem brasileira.

Palavras-chave: Enfermagem em Saúde Pública. Gênero. Trabalho Feminino. Saúde da Família.

Marques D. Gender and Work of Nursing in Primary Health: nurses' perceptions. [thesis]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Escola de Enfermagem; 2008.

ABSTRACT

Nursing practices have been built associated with health care policies, related to the way services were organized and to health work processes which have been connected to historical, political, social and gender associated contexts. In the case of primary health, nurses have planned and altered their tasks, enhancing and diversifying activities, according to changes and demands from public health care policies. With the implementation of PSF (Family Health Program), in Campinas, there were changes in the city nurses' work. This is a qualitative research which aimed to grasp the way the city nurses perceive their jobs in the primary health system in Campinas. Theoretical references were Gender and Work, and nursing has been understood as a feminine career, subordinated to the masculine work of doctors, and it maintains and perpetuates the social and gender related division of the work system, as well as the dichotomy between the caring of nurses and the healing of doctors, and all the gender related consequences of these. The analyzed data included the responses of 133 nurses about their activities on a typical day at work and the transcribed material of a workshop attended by six nurses, volunteers from the nurse group. Two broader themes have emerged from the thematic analysis of the data: grasping the work of a nurse in primary health (with the categories, the caring dimension, and understanding the process of work) and understanding nursing as a feminine career (with the categories, nursing as a feminine career, and gender relations). The results and the considerations have indicated the following characteristics of the work of nurses in primary health: - *caring*, because of direct taking care and the management of this procedure, it includes the predominance of assisting activities over the managing role, with emphasis on individual assistance, which also shows a shift of focus at work with the maintenance of their professional goal – caring for the biological sick body; - *different, but similar*, due to the several ways the services have been organized; - *complex*, because of the object of the work, social subjects in several phases of their lives, and because of the work itself, which the nurses feel they have not been prepared for, and it has led to diseases; - *specific*, due to broad use of light technologies, which have empowered singular caring relations, and because of the general knowledge that is necessary to do the job; - *feminine*, because of the feminine traces of the nurses' job, due to the subjectivity of the work as knowing and doing in relationship, with affection and emotion, and as a result of the way they suffer and resist gender related control. We have considered the work of nurses in primary health as rich, diverse, complex, feminine, and marked by social, caring and subjective relations. Therefore, strategies which may give focus and empowerment to the feminine work of the nurses must be stimulated, allowing new social and political relations, directed towards a more specific project for the Brazilian nurses.

Key-words: Nursing in Public Health. Gender. Feminine Work. Family Health.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 01	Características das Enfermeiras Participantes da Oficina de Trabalho	43
Quadro 02	Apreendendo o Trabalho na Atenção Básica, categorias e subcategorias	44
Quadro 03	Entendendo a Enfermagem como um Trabalho Feminino, categorias e subcategorias	44
Quadro 04	Atividades Citadas pelas Enfermeiras na Rede Básica de Saúde de Campinas – 2007	46
Quadro 05	Atividades Assistenciais Voltadas ao Indivíduo Citadas pelas Enfermeiras na Rede Básica de Saúde de Campinas – 2007	48
Quadro 06	Atividades Assistenciais Voltadas à Coletividade Indivíduo Citadas pelas Enfermeiras na Rede Básica de Saúde de Campinas – 2007	53
Quadro 07	Atividades Gerenciais Relativas à Equipe de Enfermagem Citadas pelas Enfermeiras na Rede Básica de Saúde de Campinas – 2007	57
Quadro 08	Atividades Gerenciais Relativas à Unidade de Saúde Citadas pelas Enfermeiras na Rede Básica de Saúde de Campinas – 2007	60
Quadro 09	Outras Atividades Citadas pelas Enfermeiras na Rede Básica de Saúde de Campinas – 2007	63
Figura 1	Mandala	100

LISTA DE ABREVIATURAS

ABEn	Associação Brasileira de Enfermagem
ACS	Agente Comunitário de Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CIE	Conselho Internacional de Enfermagem
CIPE	Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem
CIPESC	Cl. Int. das Pr. de Enfermagem em Saúde Coletiva
CLS	Conselho Local de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CO	Citologia Oncótica
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
CS	Centro de Saúde
ESF	Equipe de Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
INAMPS	Inst. Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
MH	Moléstia de Hansen
NOAS	Norma Operacional da Atenção à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
PIASS	Prog. Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PREPS	Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde
PSF	Programa de Saúde da Família
SAMU	Serviço de Atendimento Médico de Urgência
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TB	Tuberculose

SUMÁRIO

RESUMO	viii
ABSTRACT	ix
LISTA DE ILUSTRAÇÕES	x
LISTA DE ABREVIATURAS	xi
Apresentação	1
1 – Introdução	5
2 – Objetivos	21
2.1 – Objetivo Geral	21
2.2 – Objetivos Específicos	21
3 – Referenciais Teóricos: Gênero e Trabalho	22
4 – Percorso Metodológico	29
4.1 – Natureza e Percorso do Estudo	29
4.2 – Cenário do Estudo	30
4.2.1 – Sistema de Saúde Municipal	31
4.3 – Sujeitos do Estudo	33
4.4 – Procedimento de Coleta de Dados – escolha e desenvolvimento... ..	35
4.5 – Aspectos Éticos	38
4.6 – Análise dos Dados	39
4.7 – Caracterizando os Sujeitos do Estudo	42
5 – Resultados e Discussão	44
5.1 – Apreendendo o Trabalho na Atenção Básica	45
5.1.1 – A Dimensão do Cuidado	45
5.1.1.1 – O Cuidado Direto	47
5.1.1.2 – A Gerência do Cuidado	56
5.1.2 – Entendendo o processo de trabalho	68
5.1.2.1 – A Complexidade (objeto / trabalho)	69
5.1.2.2 – As Tecnologias Leves	72
5.1.2.3 – Semelhanças e Diferenças no Trabalho	74
5.2 – Entendendo a Enfermagem como um Trabalho Feminino	78
5.2.1 – A Enfermagem como Trabalho Feminino	79
5.2.1.1 – Sendo Mulher e Enfermeira	80
5.2.1.2 – O Reconhecimento Social	83
5.2.1.3 – A subjetividade do trabalho	87
5.2.2 – As Relações de Gênero	90
5.2.2.1 – A (In)Subordinação como Forma de Resistência	91
5.2.2.2 – As Relações Intra-Gênero (isolamento e competição)	94
Considerações Finais – A Enfermagem e a Mandala	98
Referências Bibliográficas	104
ANEXO A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	110
ANEXO B - Carta Convite	111
ANEXO C - Programação Geral da Oficina	112
ANEXO D – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da EEUSP	113

*“O que atrapalha ao escrever
é ter que usar palavras ...”
A descoberta do mundo
Clarice Lispector*

Apresentação

Ao longo dos últimos dez anos, trabalhando como enfermeira e professora, convivi com mudanças na organização dos serviços de saúde em Campinas que influenciaram e transformaram as práticas da enfermagem na rede básica.

Atuei por pouco tempo em hospitais públicos, por outros sete anos na rede básica de saúde do município de Campinas, e nos quatro últimos anos tenho trabalhado como professora de Enfermagem em Saúde Coletiva, acompanhando os alunos do curso de graduação em atividades práticas em vários Centros de Saúde (CS) no mesmo município.

Quando trabalhava como enfermeira no CS, desenvolvia algumas atividades assistenciais, porém predominavam as atividades gerenciais em relação à equipe de enfermagem e em parceria com a coordenadora da unidade com a própria equipe de saúde, ou seja, gerenciava o cuidado desenvolvido pela equipe de enfermagem e participava do planejamento da unidade. A assistência direta ao usuário era feita esporadicamente, como para atender a agenda do médico quando este faltava. Realizava ações educativas e preventivas conforme as demandas externas, sem, contudo, haver um planejamento com análises das necessidades mais globais.

Essas práticas sempre me provocaram dúvidas sobre se esse deveria ser o meu trabalho como enfermeira, se deveria atuar predominantemente na gerência do cuidado e da unidade de saúde. Parecia que o que fazia era o trabalho de outro. Ficava cansada de tanto resolver problemas do processo de trabalho da unidade, vivia “apagando incêndios”. Tudo que era problema da unidade era “problema da enfermeira”, fosse a falta de lâmpada para o foco do consultório de ginecologia, um usuário gritando na recepção ou a organização da agenda dos médicos! Toda equipe de saúde, inclusive eu, achava que competia à enfermeira resolvê-los!

As únicas atividades realizadas que vinculava diretamente à minha responsabilidade como enfermeira eram o gerenciamento, a supervisão e o controle das atividades relacionadas às imunizações, como também a notificação, investigação e ações de controle das doenças de notificação compulsória.

No meu ideal, ser enfermeira era cuidar diretamente dos usuários, realizando consultas de enfermagem para os grupos de risco como crianças menores de um ano, crianças desnutridas, gestantes, hipertensos e diabéticos, e não o que estava realizando!

Desse modo, fui trabalhar como enfermeira em um módulo de saúde da família¹, imaginando que enfim poderia realizar meu desejo: ser enfermeira assistencial. Trabalhei em uma das primeiras três equipes de saúde da família (ESF) do município.

Em Campinas, a implantação do Programa Saúde da Família (PSF) iniciou-se em 1998, de modo incipiente e focal, com somente três ESF, e após 2001, com a implantação do projeto Paidéia/PSF, expandiu-se para toda rede básica de saúde, ocorrendo reestruturações das equipes de saúde dos CS, visando adequarem-se à nova diretriz municipal (Marques, 2003). O projeto será posteriormente detalhado.

Ao participar de uma ESF constituída anteriormente ao projeto Paidéia/PSF, vivenciei uma prática diferente. Atuava em uma equipe composta somente por uma enfermeira, eu, e duas auxiliares de enfermagem, atendendo a uma população de 1200 pessoas. Nesse momento, nossa atuação foi assistencial, realizávamos atendimentos individuais na unidade e nos domicílios, predominantemente preventivos e educativos, para o usuário, sua família e a comunidade.

Parecia que meu trabalho como enfermeira de Saúde da Família era o que sempre desejei, pois desenvolvia o cuidado direto ao usuário, realizava consultas de enfermagem na unidade ou no domicílio, coordenava grupos educativos, como também procedimentos, e assim entendia que estava desenvolvendo o cuidado da enfermagem.

¹ Em Campinas, o módulo de saúde da família corresponde ao espaço físico e a abrangência territorial de apenas uma equipe de saúde da família.

Com o projeto Paidéia/PSF, a equipe se readequou, constituindo-se com uma enfermeira (eu), quatro auxiliares de enfermagem, quatro agentes comunitários de saúde e um médico generalista, atendendo a uma população de 4000 pessoas, gerenciada pela coordenadora do CS mais próximo ao serviço. A mudança da política de saúde municipal, com a implantação do projeto Paidéia/PSF, provocou modificações na organização do trabalho na rede básica de saúde, transformando as práticas dos trabalhadores de saúde, inclusive da enfermagem.

Em minha prática também ocorreram transformações como sobrecarga e mudança no processo de trabalho, desencadeadas pelo aumento de demanda (a população adscrita ampliou de 1200 para 4000 pessoas) e pela incorporação de novos trabalhadores à equipe (o médico e os agentes comunitários de saúde – ACS). Assim, passei a atuar predominantemente dentro da unidade, realizando menos visitas domiciliárias, coordenando menos grupos educativos, exercendo novamente as atividades gerenciais da equipe de saúde, resolvendo problemas de organização do processo de trabalho da unidade, ou seja, respondendo a todas as demandas.

Sentia que tinha voltado no tempo, pois meu trabalho na ESF, após a implantação do projeto Paidéia/PSF, se aproximava daquele que realizava anteriormente quando estava no CS, com uma complicação: tanto as atividades assistenciais como as gerenciais tinham como finalidade garantir a assistência médica individual. As consultas de enfermagem individuais que realizava garantiam o atendimento à demanda espontânea, fazia uma triagem para o trabalhador médico, e, em muitos momentos, eu, inclusive, parecia ser uma auxiliar do médico e/ou uma pseudo-médica.

Por que essas mudanças no meu trabalho ocorreram? O que ocorria que fazia com que deixasse o trabalho que desejava, modificava-o? O que fazia com que eu o realizasse de outro modo?

Nos últimos quatro anos, em virtude de minha inserção no ensino de Graduação em Enfermagem, tenho desenvolvido atividades práticas com os alunos em vários CS e essas experiências têm mostrado que o trabalho das

enfermeiras varia de um serviço ao outro e de uma equipe para outra, dentro de um mesmo serviço.

Atualmente em alguns CS ou ESF, o trabalho das enfermeiras parece centrado nas atividades gerenciais, em outras, predominam as atividades assistenciais, na maioria, individuais.

Essas mudanças vividas e observadas como enfermeira e professora nestes anos na rede básica de saúde de Campinas têm provocado inquietações, cada vez mais intensas, sobre qual é o trabalho das enfermeiras na rede básica. Por que as enfermeiras modificam seu trabalho, adaptando-se às mudanças exigidas pelo contexto em que estão inseridas? Por que continuam perpetuando um trabalho complementar ao trabalho médico? Por quê?

Essas questões me levaram a este estudo, aqui apresentado em seis partes, além desta apresentação.

No Capítulo 1 – Introdução, trazemos o tema e o recorte do estudo, resgatando o contexto histórico, político, social e de gênero que perpassaram a construção do trabalho das enfermeiras na atenção básica.

O Capítulo 2 – Objetivos – apenas relaciona, a partir desse recorte, o objetivo geral e os específicos desta tese de doutorado.

No Capítulo 3 – Referenciais Teóricos, apresentamos as categorias de gênero e trabalho, importantes para este estudo.

O Capítulo 4 – Percorso Metodológico – discute a natureza do estudo, apresenta o cenário, os sujeitos, a coleta de dados, os aspectos éticos e a análise dos dados.

O Capítulo 5 – Resultados e Discussão – traz os resultados encontrados sobre as percepções das enfermeiras sobre seu trabalho na atenção básica, divididos em dois grandes temas: apreendendo o trabalho na atenção básica e entendendo a enfermagem como um trabalho feminino.

E, finalmente, em Considerações Finais, encerramos este estudo, retomando alguns resultados à luz dos referenciais teóricos de gênero e trabalho. Nele concluímos nossa análise.

*“Por isso escrevo... para instigar o meu
leitor...a buscar em si e compartilhar comigo
tantas inquietações quanto ao que estamos
fazendo com o tempo que nos é dado”*

Perdas & Ganhos

Lia Luft

1 – Introdução

Ao longo dos últimos séculos, principalmente no século XX, a enfermagem brasileira foi construindo seu trabalho² entrelaçado aos modelos de atenção à saúde, aos modos de organização dos serviços e ao processo de trabalho em saúde, vinculado ao contexto histórico, político e social do local onde se desenvolve.

A enfermagem também foi se constituindo como um trabalho feminino, trazendo para suas práticas todas as características, relações e contradições a que as mulheres estavam sujeitas. Portanto, a construção das práticas da enfermagem deve ser compreendida não apenas levando-se em consideração o contexto histórico, político e social, mas também as relações de gênero.

Durante o século XIX, tanto no Brasil, como em outros países, em razão do conhecimento a respeito da enfermagem e das poucas exigências para desenvolver as atividades de cuidado ao doente, chegou a ser realizada por escravos e religiosos. As atividades de enfermagem eram consideradas tarefas do âmbito doméstico ou religioso, sem caráter técnico ou científico (Moreira e Oguisso, 2000).

Ao final do século XIX, com o início das primeiras escolas de enfermagem do país, esta perspectiva de ausência de caráter técnico começou a mudar. Escolas como a Escola de Enfermeiras Alfredo Pinto do Rio de Janeiro, de 1890, ou a Escola do Hospital Samaritano de São Paulo, de 1894, começaram a formar enfermeiros e enfermeiras para atuar em

² Neste estudo consideraremos trabalho “como um processo dinâmico, que se articula com os outros trabalhos da sociedade e que se transforma no atendimento das necessidades sociais” (Almeida, 1991).

hospitais, e eram absorvidos em sua maioria pelas próprias instituições formadoras (Mott, 1999; Mott e Tsunechiro, 2002). Entretanto, outras instituições, que não eram atreladas às escolas, continuavam empregando trabalhadores leigos sem preparo ou religiosos, que aprendiam as atividades de enfermagem na prática do dia-a-dia, nos hospitais, executando-as, ou seja, predominava a prática leiga e subserviente da enfermagem (Moreira e Oguisso, 2000).

Nesse momento, tanto homens como mulheres exerciam a enfermagem. Historicamente, a feminilização da enfermagem ocorreu após o advento da enfermagem moderna³, cuja característica foi reforçada pelos cursos de enfermagem da época (Mott, 1999). O Curso de Enfermeiras da Policlínica de Botafogo, de 1917, destacava a preferência por mulheres, sendo os requisitos para ingresso, a bondade, a inteligência, o ânimo tranqüilo, a moralidade e a docilidade às ordens médicas (Mott e Oguisso, 2003).

O'Brien (1987) ressaltou que os contornos da enfermagem foram baseados no discurso que permeou o século XIX no qual o lar tornou-se o lugar da mulher, separando-o do mundo do trabalho. Portanto, as mulheres realizavam suas funções de mães, esposas e cuidadoras no lar.

Desde o final do século XIX até a década de 20 do século passado:

se construiu, para a mulher, uma concepção do trabalho fora de casa como ocupação transitória, a qual deveria ser abandonada sempre que se impusesse a verdadeira missão feminina de esposa e mãe. (Louro, 1997, p.453)

O trabalho era aceitável para as moças solteiras até se casarem, ou para as solteironas e viúvas, porém também se aceitava o trabalho das mulheres das camadas populares como uma fatalidade, pois *“ainda que indispensável para a sobrevivência”* poderia ameaçar a verdadeira carreira feminina – o casamento e a maternidade. Ao homem, o trabalho era sinal de sua capacidade provedora e de sua masculinidade (Louro, 1997, p. 453).

Assim, algumas ocupações, como a enfermagem e o magistério, *“tomaram emprestadas as características femininas de cuidado, sensibilidade, amor, vigilância etc.”* Podendo-se dizer que levaram *“a dupla*

³ Entendemos enfermagem moderna, como sinônimo de enfermagem profissional, científica ou nightingaliana (Alcântara, 1966; Silva, 1986).

marca do modelo religioso e da metáfora materna: dedicação-disponibilidade, humildade-submissão, abnegação-sacrifício” (Louro, 1997, p.454).

Originada em hospitais, a enfermagem brasileira, entre o final do século XIX e a década de 20, exercia um cuidado cujo saber estava vinculado ao fazer da mulher no lar, sendo transferido para as instituições as mesmas relações que ocorriam em âmbito doméstico, ou seja, o homem/marido/médico manda e a mulher/esposa/enfermeira obedece. Essa relação que se estabeleceu desde o começo da enfermagem era reforçada pelos requisitos esperados das alunas, como obediência e bondade, que juntamente com o cunho religioso marcaram a enfermagem até a atualidade (O’Brien, 1987).

Neste contexto, em 1922, foi criada a Escola Anna Nery, que, apesar de não ser apresentada em vários trabalhos como a primeira escola de enfermagem do país, é considerada um marco para a enfermagem moderna brasileira, por implementar a enfermagem idealizada por Florence Nightingale no século XIX na Inglaterra, definida como um ícone da enfermagem mundial, e por formar enfermeiras para atuar em todo território nacional, visto que as escolas de enfermagem anteriores absorviam, em suas próprias instituições, todas as pessoas que formavam (Gastaldo e Meyer, 1989; Fonseca, 2002).

Nessa escola, a enfermagem moderna nasceu contraditória, tentaram transpor um modelo americano, hospitalar, para a formação na saúde pública. Mesmo tendo disciplinas teóricas preventivas, as alunas desenvolviam atividades práticas em hospitais. Pretendiam formar enfermeiras para atuar na saúde pública, mas acabaram formando enfermeiras para atuar na área hospitalar (Gastaldo e Meyer, 1989).

A enfermagem da Escola Anna Nery pretendia constituir-se, na época, em uma alternativa de trabalho remunerado para as jovens da nova classe média, cuja única carreira possível era o magistério. Mas, a aceitação da nova “profissão” foi problemática, visto que o período, dadas às condições sociais do país, não comportava o incremento de uma nova profissão feminina, com a formação educacional requerida (Fonseca, 2002).

Nessa época, a sociedade se apoiava em princípios morais para educar suas “moças de boa família”, as candidatas ideais para a nova escola, e as mulheres tinham que ser permanentemente vigiadas, pouco saíam, apenas em certos horários e jamais sozinhas (Sena et al, 1998).

Desse modo, as mesmas regras foram implementadas na Escola Anna Nery, visando atender às expectativas das famílias em relação à educação de mulheres e se contrapor ao preconceito em relação à *“posição de uma enfermeira, pouco mais elevada do que era na Inglaterra antes do aparecimento de Florence Nightingale”* (Sena et al, 1998; Parsons, 1997).

Profissões como parteira, professora ou enfermeira, permitiam não uma escolha às mulheres, mas uma oportunidade de colocar em prática as atitudes que aprenderam desde criança como o servilismo, a bondade, a paciência, a dedicação e o carinho (Lopes, 1988). As mesmas idéias do final do século XIX permaneciam. Das mulheres, era esperado serem mães, esposas, cuidadoras e educadoras dos filhos, nos lares. Quando as “moças de boa família” precisavam trabalhar, deveriam desenvolver atividades similares às que desenvolviam no mundo privado, sendo educadoras e cuidadoras, ou seja, professoras, parteiras ou enfermeiras no mundo público. Do mesmo modo, as relações entre homens e mulheres no mundo privado deveriam se manter no mundo público, sendo valorizadas as atitudes citadas.

Na enfermagem moderna brasileira, entrelaçou-se a influência da religião com a rigidez disciplinar do modelo vocacional nightingaliano, reforçando ainda, além das atitudes citadas, a humildade, a abnegação e o respeito à hierarquia, entre outras (Gastaldo e Meyer, 1989).

Meyer (1995) ressaltou algumas características das profissionais de enfermagem que ainda hoje permanecem, como o conformismo, a falta de ambição profissional e a submissão. Na década de 20, o saber continuava se expressando como no século XIX, acrescentando-se os cuidados com o ambiente e a execução de ordens médicas.

Esse período instituiu como características da enfermagem: o cuidado como um saber/fazer doméstico, a relação desigual de poder entre o médico e a enfermeira, e as atitudes de obediência, bondade, servilismo e respeito à

ordem, que fortaleceram o entendimento do cuidado prestado e a relação de hierarquia.

Nas décadas de 30 a 50, consolidou-se a expansão do ensino de enfermagem, fortalecendo a demanda social por profissionais (Gastaldo e Meyer, 1989).

Continuava nesse período até a década de 60, a imagem da mulher como esposa e mãe, sendo:

o espaço público moderno definido como esfera essencialmente masculina, do qual as mulheres participavam apenas como coadjuvantes na condição de auxiliares, assistentes, enfermeiras, secretárias, ou seja, desempenhando as funções consideradas menos importantes nos campos produtivos que lhes eram abertos. (Rago, 1997, p. 603)

No período entre as décadas de 60 a 80, ocorreram transformações na sociedade, com a industrialização, a urbanização, o crescente aumento de assalariados, o golpe militar de 1964, o período de ditadura militar, o fim do “milagre econômico” no final dos anos 70 e a crescente insatisfação com a política econômica e política do país, o que desencadeou movimentos sociais, como o da saúde e os das mulheres (Carvalho, Martin e Cordoni Jr, 2001, Giuliani, 1997).

As discussões promovidas pelos movimentos das mulheres, sejam as trabalhadoras do campo ou da cidade, as donas de casa ou as feministas, levaram ao questionamento das atribuições típicas de homens e mulheres (domésticas e extradomésticas), do papel da mãe e do pai, assim como as responsabilidades da mulher como esposa, chefe de família, dona de casa, educadora e militante sindical (Giuliani, 1997, p. 651).

Tais reflexões e mobilizações sociais influenciaram e repercutiram-se na Constituição Federal de 1988, garantindo algumas conquistas como o aumento da licença maternidade, a criação da licença paternidade, a fixação de limites diferentes de idade para a aposentadoria de mulheres e homens, o reconhecimento do direito de chefe de família à mulher, a instituição da reciprocidade no casamento e a igualdade entre mulheres e homens, e o direito do registro de títulos de propriedade de terra em nome das mulheres (Giuliani, 1997, p. 658).

Na saúde, houve o movimento social conhecido como Reforma Sanitária, tendo como principal característica a formulação crítica da política de saúde, estimulando reflexões e propostas de mudanças, contrapondo-se à política do período, décadas de 70 e 80, que expandiu a cobertura assistencial curativa e individual agravando a crise da saúde com grandes gastos e fraudes, fortalecendo e consolidando o modelo médico-assistencial privatista, em detrimento da saúde pública (Carvalho, Martin e Cordoni Jr, 2001).

No modelo médico-assistencial privatista, a ênfase era na assistência médico-hospitalar e nos serviços de apoio diagnóstico e terapêutico (Teixeira, Paim e Vilasbôas, 1998).

Iniciaram-se, desse modo, algumas experiências como o PIASS (Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento do Nordeste), o Sistema Integrado de Saúde do Norte de Minas, o Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde (PREPS) e experiências das secretarias municipais de saúde de Londrina, Campinas e Niterói, baseadas nos princípios da Atenção Primária à Saúde e da Medicina Comunitária (Carvalho, Martin e Cordoni Jr, 2001).

Esse contexto político, histórico e social influenciou a enfermagem no país, desencadeando mudanças em suas práticas e, principalmente, inserindo e expandindo o trabalho de enfermeiras nos serviços públicos federais, estaduais e municipais.

Entre 1956-1957, em um levantamento citado por Alcântara (1966, p.50), das 2012 enfermeiras que forneceram informações sobre seu trabalho, apenas 16,4% atuavam em serviços de saúde pública, enquanto 63,2% atuavam em hospitais, 12,2% em escolas e 7% em outras instituições, o que refletia a política de saúde do período com o predomínio de hospitais baseado no modelo “médico-assistencial privatista”.

Na saúde pública, a enfermagem iniciou-se nas primeiras décadas do século XX, principalmente nos programas de combate à tuberculose, desenvolvendo as atividades de controle de dispensários de medicações, visitas domiciliárias e controle dos pacientes em tratamento (Barreira, 1992). As enfermeiras atuaram nessas atividades até ocorrerem mudanças no

modelo de atenção à saúde a partir da década de 60, quando expandiram seu trabalho para além do programa de combate à tuberculose nos serviços públicos de saúde.

No estado de São Paulo, as enfermeiras inseriram-se nos serviços de saúde pública no período em que vigorou o modelo tecnológico de Programação em Saúde, de 1969 a 1983, caracterizado pela ampliação e diversificação da assistência médica individual. As práticas desenvolvidas foram a supervisão, o treinamento e o controle do trabalho do pessoal de enfermagem em todas as áreas de atendimento; a intermediação entre os trabalhadores e os diversos setores; e a seleção dos pacientes de maior risco nos programas (Villa, Mishima e Rocha, 1997).

Este estudo exemplifica a expansão e a diversificação do trabalho das enfermeiras para outras áreas, como a saúde da criança, gestante e imunizações, além da gerência da equipe de enfermagem, na saúde pública.

Outro estudo realizado entre 1982/1983, sobre a força de trabalho em enfermagem no país, destacou que os enfermeiros na área para-hospitalar, ou seja, centros e postos de saúde, unidades mistas e pronto-socorros, policlínicas e postos de assistência médica do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), desempenhavam as funções de: supervisão de pessoal de enfermagem, treinamento em serviço, trabalho na comunidade, administração e supervisão de serviço de enfermagem, além da supervisão de estagiários e estudantes (Brasil, 1985).

O mesmo estudo indicou que, em relação ao trabalho na comunidade, que incluía o planejamento, a supervisão e execução de atividades junto às comunidades, dos 69,5% enfermeiros que mencionaram essa função, apenas 14,6% exerciam-na de maneira regular ou freqüente (Brasil, 1985, p.160).

Percebe-se nos estudos de Villa, Mishima e Rocha (1997) e de Brasil (1985) um predomínio das atividades gerenciais, em relação às atividades assistenciais individuais ou coletivas, coerente com o modelo de atenção à saúde do período, o modelo médico-assistencial privatista, no qual apesar da expansão dos serviços de saúde pública, estimulados pelo movimento da

Reforma Sanitária e por experiências inovadoras no país, o trabalho continuava centrado na consulta médica individual e nos desdobramentos deste.

Nas últimas décadas, expandiu-se o número de enfermeiras atuando na Saúde Pública, ampliando-se também suas práticas, devido à expansão dos serviços de saúde públicos, principalmente, municipais, com a descentralização da saúde estimulada pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Convém ressaltar que, na Constituição Federal de 1988, o SUS foi definido com as diretrizes de universalização, eqüidade, integralidade, descentralização, hierarquização e participação da comunidade, integrando as ações curativas e preventivas, a partir de outro paradigma, a saúde como um direito social e universal, garantido pelo Estado (Brasil, 1990).

Na década de 90, a atenção básica à saúde se expandiu, em parte estimulada pelas Normas Operacionais Básicas (NOB) de 91, 93 e 96, como também atualmente pela Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS) de 2001, que regulamentaram a implantação do SUS, definindo as formas de financiamento, organização e gestão da atenção à saúde.

Mesmo com essas definições, na década de 90 continuou o embate entre o projeto da reforma sanitária contemplado na Constituição Federal, que garantiu a saúde como direito de cidadania, e as tendências estruturais organizadas pelo projeto neoliberal, que visava *“reduzir o papel do Estado e a remeter a regulação da saúde para o mercado”* (Mendes, 1994).

Este embate da Saúde como direito de cidadania ou um bem de mercado continua até hoje. Assim, há quase vinte anos estamos construindo e consolidando nosso sistema de saúde público, investindo em uma mudança do modelo assistencial, em substituição ao modelo biomédico, curativista, individual e procedimento-centrado.

Franco e Merhy (2003, p.73) utilizaram o termo procedimento-centrado para definir *“um modelo no qual o principal compromisso de ato de assistir a saúde é com a produção de procedimentos”*. Referiam-se ao modelo assistencial predominante, médico-centrado, biomédico e hospitalocêntrico.

Em relação ao trabalho feminino, na década de 90, consolidaram-se o acesso e a manutenção das mulheres no mercado de trabalho, ocorrendo uma maior concentração feminina em algumas áreas de conhecimento como artes, humanas, biológicas e saúde (Bruschini e Lombardi, 2001/02). Apesar das oportunidades econômicas vivenciadas pelas mulheres, para muitas seu papel continuava sendo o de mãe e de cuidadora do lar, enquanto que aos homens permanecia a idéia de provedores (Pena e Correia, 2003).

Mesmo com os movimentos sociais das mulheres e as conquistas políticas e jurídicas na Constituição Federal de 1988, permaneceu na década de 90 a imagem de mulher como mãe, esposa e cuidadora do lar, com relações de subordinação ao homem, nas quais eles mandam e elas obedecem. O trabalho remunerado foi agregado à vida das mulheres, iniciando-se a dupla jornada feminina de trabalho, o doméstico e o remunerado. Na década de 90, 41% da força de trabalho era feminina (Bruschini e Lombardi, 2001/02).

Na enfermagem, o trabalho se consolidou no país, expandindo-se, ampliando e diversificando as atividades desenvolvidas pelas enfermeiras. Entretanto, permaneceu como complementar e parcelar ao trabalho médico.

A enfermagem, no modelo biomédico e procedimento-centrado, é um instrumento do trabalho médico, sendo parte deste trabalho, caracterizando suas ações como parcelares e complementares a este trabalho e saber (Almeida e Rocha, 1997). Com isso, as enfermeiras são duplamente subordinadas ao homem e ao saber médico (Fonseca R., 1996).

As relações entre as enfermeiras e os médicos permaneceram semelhantes as que vivenciavam nos lares, subordinadas pelo gênero e pelo saber, visto que predominava o modelo biomédico, procedimento-centrado, no qual o trabalho da enfermagem é auxiliar, complementar ao trabalho médico dominante (Fonseca R., 1996; Almeida e Rocha, 1997). Essas relações de gênero refletem-se no trabalho da enfermagem nas diversas áreas, inclusive na Saúde Pública.

No trabalho das enfermeiras na rede básica de saúde, podemos ressaltar transformações contemporâneas às discussões de modelo de atenção à saúde e às experiências de modos diferentes de organização dos

serviços e dos processos de trabalho em saúde, como apontamos a seguir.

Almeida (1991), em estudo sobre o trabalho na rede básica de saúde em Ribeirão Preto/SP, relatou que as enfermeiras exerciam, predominantemente, atividades administrativas, tais como organização, coordenação e articulação do trabalho da enfermagem e dos outros trabalhos, em detrimento das atividades de assistência de enfermagem, realizadas diretamente com os usuários. A autora destacou que as atividades, tanto administrativas quanto assistenciais, assumiam caráter parcelar e complementar ao trabalho médico.

Neste estudo nota-se que as atividades das enfermeiras são parecidas com as descritas nos estudos anteriores (Brasil, 1985; Villa, Mishima e Rocha, 1997), refletindo o mesmo modo de organização do modelo biomédico, centrado na assistência médica individual, porém se tratava de um momento de transição, onde alguns serviços de saúde municipais começaram a se constituir.

A expansão da rede básica de saúde se consolidou na década de 90, estimulada pelas normas NOB/91, NOB/93, NOB/96 e NOAS 01/2001, como já citadas, iniciando-se diversas formas de organização do SUS, vivenciando-se estratégias para reordenar o modelo assistencial biomédico, procedimento-centrado e hegemônico, para usuário-centrado. O PSF iniciado em 1994, oficialmente pelo Ministério da Saúde, é um exemplo.

A constituição histórica e social do trabalho das enfermeiras na saúde coletiva também foi ressaltada por Almeida (1991) e Villa, Mishima e Rocha (1997), que destacaram seu caráter organizativo e gerencial do trabalho coletivo em saúde e reiteraram a característica parcelar e complementar ao trabalho médico. Nas unidades de saúde, o trabalho das enfermeiras se dirigia à organização, à coordenação e à intermediação dos trabalhos de diversos trabalhadores de saúde, refletindo o modelo de atenção à saúde e a política pública vigente no período.

Em Campinas, cenário deste estudo, essa constituição do trabalho das enfermeiras se repercutiu, conforme a rede básica de saúde foi se constituindo, com a sua inserção progressiva e a ampliação das atividades desenvolvidas, centradas inicialmente na gerência, com transformações das

práticas conforme ocorriam mudanças no modelo de atenção à saúde e na política pública municipal.

Nascimento (2002) ao estudar a inserção das enfermeiras nas décadas de 70 e 80, no município, ressalta o gradual e contínuo aumento do seu número e, conseqüentemente, das atividades desenvolvidas.

As três primeiras enfermeiras da rede básica de saúde de Campinas foram contratadas em 1978, para assumirem a função de desenvolver ações de: promoção e proteção à saúde, diagnóstico e tratamento de agravos mais freqüentes, organização de serviço, treinamento e supervisão dos auxiliares de saúde pública. Neste momento, a rede contava com 20 Postos Comunitários de Saúde, onde atuavam médicos e auxiliares de saúde pública (Nascimento, 2002).

A mesma autora relata que a inserção de enfermeiras foi lenta e gradual até 1985, quando existiam 21, sendo que em 1987, admitiram-se 13 novas enfermeiras. Provavelmente estas admissões decorreram da assinatura do convênio do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), com vistas à municipalização da saúde e à implantação do Projeto Larga Escala de profissionalização de pessoal de enfermagem de nível elementar, atendendo aos requisitos da Lei do Exercício Profissional da Enfermagem de 1986, que estabelecia um prazo de 10 anos para esse processo (Brasil, 1986).

O Projeto Larga Escala, cujo objetivo era a formação de auxiliares de enfermagem, adotava a pedagogia de problematização, no qual os trabalhadores tinham o próprio local de trabalho como cenário de estudo. Desse modo, as enfermeiras dos CS eram responsáveis pelo ensino teórico e supervisão do aprendizado prático dos educandos. Essa estratégia de profissionalização resultou em um grande impacto na qualificação da força de trabalho em enfermagem, pois formou os auxiliares de enfermagem, antes auxiliares de saúde pública (Silva et al, 2001).

No ano de 1988, iniciou-se um governo municipal por um partido de esquerda, que destinou 16,5% do orçamento municipal para a área de saúde, fato particularmente relevante considerando que antecede à regulamentação do SUS. Este incremento provocou o aumento de salários,

a ampliação do quadro de recursos humanos de 400 para dois mil funcionários em dois anos e a transformação do modelo assistencial com a incorporação de tecnologias diagnóstica e terapêutica. Nesse período, foram contratadas 56 enfermeiras (Nascimento, 2002).

Na década de 90, ocorreu um aumento gradativo do número de enfermeiras admitidas para a Secretaria Municipal de Saúde (SMS): 90 em 1992, 139 em 1995, 202 em 1996, 233 em 1998 e 265 em 2001 (Nascimento, 2002).

Em 2006, havia 310 enfermeiras na SMS de Campinas de acordo com informações do Departamento de Gestão e Desenvolvimento Organizacional da SMS da Prefeitura Municipal de Campinas.

Em relação ao trabalho, ao final da década de 90, as enfermeiras, em Campinas, concentravam sua atuação em atividades como o treinamento e supervisão do pessoal de enfermagem; a assistência e as ações educativas e preventivas, nas áreas de saúde da criança e adolescente, mulher, adulto e idoso; bem como as ações de vigilância epidemiológica e sanitária. Além de atividades de organização de campanhas de vacinação, ações extramuros e intersetoriais, junto a escolas, creches, indústrias, empresas e demais instituições de sua área de abrangência (Silva et al, 2001).

Destacavam-se neste momento, as atividades chamadas de “co-gerência” (junto ao coordenador) da unidade local de saúde e o planejamento das atividades do CS nas diferentes áreas de atenção (Silva et al, 2001).

Estas atividades predominaram no município até a implantação do PSF, quando, devido à proposta de mudança do modelo de atenção à saúde, as práticas das enfermeiras modificaram-se como reflexo do contexto político, histórico e social em que estavam inseridas.

O PSF iniciou-se em 1998, de modo focal e incipiente, com três ESF e, a partir de 2001, com a implantação do projeto Paidéia/PSF, expandiu-se para toda rede básica de saúde do município (Marques, 2003).

Destacamos que o Projeto Paidéia/PSF foi uma proposta de Campinas, sendo uma versão adaptada do PSF proposto pelo Ministério da

Saúde, para grandes centros urbanos. Neste projeto existem duas composições de ESF:

- a clássica: similar à ESF do PSF Nacional, composta por um médico-generalista, uma enfermeira, auxiliares de enfermagem e os ACS, que atende em torno de 4500 pessoas;
- a ampliada: onde são incorporados a composição citada acima mais dois médicos, dependendo da necessidade da população ou complementando a experiência do médico-generalista da equipe (sendo um pediatra e/ou um ginecologista e/ou clínico geral), atendendo por volta de 7000 pessoas (Campinas, 2001).

Cada ESF deveria ser a responsável principal pelos acompanhamentos dos casos na sua população adscrita, assim existiriam equipes de saúde mental, do núcleo de saúde coletiva e de reabilitação, que, através de ações de suporte técnico, acompanhamento de casos, discussão de projetos terapêuticos, entre outras ações, constituiriam uma parceria, apoiando matricialmente de quatro a cinco ESF (Campinas, 2001).

As atividades desenvolvidas nas ESF anteriores ao projeto Paidéia/PSF, de 1998 a 2001, eram as visitas domiciliárias, atendimentos individuais de puericultura, pré-natal, saúde da mulher, incluindo a coleta de citologia oncológica, atendimentos coletivos como grupos de hipertensos, gestantes, idosos, acompanhamento de crianças desnutridas, vacinação, curativos e outros procedimentos de enfermagem, bem como ações intersetoriais em parceria com a educação e a promoção social (Marques e Silva, 2004).

Percebe-se, claramente, nestas primeiras ESF, uma mudança no enfoque das atividades desenvolvidas para a assistência direta aos usuários, diferentemente do que foi descrito no estudo anterior de Silva et al (2001), quando o enfoque voltava-se às atividades gerenciais, tanto em relação à equipe de enfermagem como à própria equipe de saúde em parceria com o coordenador do CS.

Estas primeiras ESF deveriam ser compostas por uma enfermeira, duas auxiliares de enfermagem e um médico generalista, mas pelas dificuldades enfrentadas como ausência de diretriz municipal ou definição de

estrutura física, na maior parte do período, foram compostas exclusivamente pela enfermagem (Marques e Silva, 2004).

Assim, nessas ESF, anteriores ao projeto Paidéia/PSF, a finalidade do trabalho da enfermagem focava-se nas necessidades da comunidade, talvez pelo fato de as equipes serem compostas essencialmente pela enfermagem, enquanto que no Paidéia/PSF, pela presença do médico, o trabalho da enfermagem tornou-se complementar ao trabalho médico, ficando limitado aos desdobramentos deste (Marques e Silva, 2004).

Nos primeiros anos de implantação do Projeto Paidéia/PSF, de 2001 a 2002, as enfermeiras desenvolveram seu trabalho dentro da unidade, atuando a nível predominantemente gerencial sendo limitada pela dinâmica do processo de trabalho da unidade, focando-se nos procedimentos, no acolhimento da clientela, sendo complementar ao trabalho médico (Marques, 2003). Resultado semelhante foi encontrado por Takemoto (2005) nos anos seguintes.

Takemoto (2005), em estudo realizado sobre o trabalho da enfermagem nos CS de Campinas, após dois anos e meio da implantação do Projeto Paidéia/PSF, revelou algumas transformações percebidas pela equipe de enfermagem no seu trabalho, como a ampliação da oferta de ações assistenciais, a incorporação do acolhimento, a adscrição da clientela rearranjando as relações entre trabalhadores e usuários e o planejamento das ações a serem desenvolvidas.

Mesmo sendo algumas transformações consideradas positivas e um avanço para a construção de um modelo usuário-centrado, a autora ressaltou que o objeto de trabalho da enfermagem permanecia o “corpo biológico doente”, cuja prática continuava pautada no modelo biomédico, hegemônico e procedimento-centrado (Takemoto, 2005).

Em relação às práticas das enfermeiras, esse estudo destacou uma valorização do cuidado direto através da realização de consultas de enfermagem individuais, das visitas domiciliares, da sistematização da assistência de enfermagem e dos grupos educativos, em detrimento de outras atividades ligadas à organização do serviço de saúde e a supervisão da equipe (Takemoto, 2005).

Marques (2003) e Takemoto (2005) apontam em seus estudos, uma tendência de transformação no enfoque das atividades desenvolvidas pelas enfermeiras no município, de gerenciais para assistenciais, diferente do que ocorria antes da implantação do PSF, o que ressalta como as enfermeiras mudam seu trabalho para se adaptarem ao contexto, adequando-se ao modelo de atenção à saúde, ao processo de trabalho em saúde e à equipe de saúde em que estiverem inseridas.

Estes estudos realizados sobre a construção social e histórica do trabalho das enfermeiras em Campinas, ao longo dos últimos anos, demonstram mudanças nas práticas das enfermeiras, tais como um predomínio de atividades assistenciais em contraponto com as atividades gerenciais e um enfoque nas atividades assistenciais individuais em relação às coletivas. Mas, ao mesmo tempo, perpetua-se a característica parcelar e complementar ao trabalho médico, e, a finalidade do trabalho continua sendo o corpo biológico doente.

Portanto, mesmo com a ampliação, a expansão e a tendência à mudança do enfoque do trabalho das enfermeiras, suas práticas parecem refletir as disputas dos projetos políticos, mantendo seu trabalho parcelar e complementar ao trabalho médico e se adaptando aos contextos em que estão inseridas.

Considerando o contexto histórico, político, social e de gênero da construção das práticas das enfermeiras ao longo das últimas décadas, especificamente na Atenção Básica e, a compreensão da enfermagem como um trabalho feminino, sintetizamos a seguir alguns pontos:

- 1- A enfermagem é marcada por características femininas de cuidado, sensibilidade, dedicação, humildade, abnegação, entre outras.
- 2- As marcas femininas na enfermagem fizeram com que incorporasse as questões de gênero vivenciadas pelas mulheres ao longo das décadas, tais como, a relação de poder entre homem/médico e mulher/enfermeira, o cuidado como um saber/fazer doméstico e feminino e, o espaço público masculino

aceita a mulher, principalmente nessas últimas três décadas, como coadjuvante/complementar ao trabalho do homem.

- 3- A enfermagem é constituída por várias categorias de trabalhadores, refletindo internamente as divisões sociais e de gênero nas suas práticas.
- 4- As enfermeiras foram construindo suas práticas, ao longo dos anos, vinculadas ao modelo de atenção à saúde predominante em cada época, adaptando-se às mudanças exigidas nos processos de trabalho, ampliando e transformando suas práticas de acordo ao contexto em que estão inseridas.
- 5- As práticas das enfermeiras na Atenção Básica oscilam entre a gerência e a assistência, de acordo com a época e o modelo de atenção à saúde, mantendo-se parcelar e complementar ao trabalho médico.

Agregando a essa construção das práticas das enfermeiras na Atenção Básica, no país e em Campinas, a nossa vivência e nossas inquietações enquanto enfermeira e professora, parece pertinente, após seis anos da implantação do PSF em Campinas, estudar o trabalho desenvolvido pelas enfermeiras na rede básica de saúde no município, na perspectiva de gênero e trabalho.

Para isso, consideramos as seguintes questões norteadoras:

- Como se constitui o trabalho das enfermeiras na rede básica de saúde em Campinas contemporaneamente?
- Como as enfermeiras percebem seu trabalho?
- Quais relações de gênero permeiam o trabalho das enfermeiras na rede básica de saúde?

“O mundo não tem sentido sem o nosso olhar”

Perdas & Ganhos

Lia Luft

2 – Objetivos

2.1 – Objetivo Geral

- Apreender o trabalho das enfermeiras na rede básica de saúde de Campinas, nas perspectivas de gênero e trabalho.

2.2 – Objetivos Específicos

- Descrever as atividades citadas pelas enfermeiras na rede básica de saúde de Campinas;
- Compreender as percepções das enfermeiras sobre seu trabalho na rede básica;
- Analisar as relações sociais no trabalho das enfermeiras, sob a ótica de gênero.

“Somos mais que corpo e ansiedade: somos mistério, o que nos torna maiores do que pensamos ser – maiores do que os medos”.

Perdas & Ganhos

Lia Luft

3 – Referenciais Teóricos: Gênero e Trabalho

O feminismo colocou o gênero como uma questão “visível” ao mundo, porém, mesmo sendo identificado no século XIX, somente surgiu como campo acadêmico no final do século XX.

Como movimento social, o feminismo, tem vivido algumas ondas. A primeira desenvolvida no final do século XIX, centrava-se na reivindicação dos direitos políticos, sociais e econômicos, como o direito ao voto, ao trabalho remunerado e ao estudo. A segunda onda, que surgiu após a Segunda Grande Guerra, situava-se na tradição marxista e procurava um compromisso com as críticas feministas (Scott, 1995, p.6), com atenção às *“lutas pelo direito ao corpo, ao prazer, e contra o patriarcado – entendido como o poder dos homens na subordinação das mulheres”*, com as palavras de ordem: *“o privado é político”* (Pedro, 2005, p.79).

A terceira fundamentalmente dividida entre o pós-estruturalismo francês e as teorias anglo-americanas das relações de objeto, inspira-se nas várias escolas de psicanálise para explicar a produção e a reprodução da identidade de gênero do sujeito (Scott, 1995, p.6).

Nota-se que o movimento feminista apresenta como principal característica a constante superação teórica.

A primeira geração de feministas apresentava um equívoco, pois considerava *“a definição do olhar masculino como o certo e o verdadeiro, resultando numa mutilação da identidade feminina e da sua visão de mundo”*, desse modo reproduzia-se o discurso e as práticas androcêntricas, patriarcais e iluministas, pelas próprias mulheres (Pereira e Silva, 1999).

A segunda geração de feministas procurou redefinir a especificidade e a diferença do feminino, iniciando o período de reconstrução da mulher no mundo (Pereira e Silva, 1999), baseou-se no marxismo, e teve a

desvantagem de pensar as relações de sexo baseadas nas relações de produção e nos domínios do capitalismo e do patriarcado. Assim, o conceito de gênero foi entendido *“como um subproduto de estruturas econômicas mutantes”* não tendo o seu próprio estatuto de análise (Scott, 1995).

A terceira e atual geração começou *“a utilizar o conceito de gênero para enfatizar a construção e a organização social da relação entre os sexos”*, tal perspectiva deslocou o foco da determinação biológica e econômica, e ressaltou o que ocorre na *relação* entre os sexos (Meyer, 1996). Nesta geração duas correntes teóricas se definem: a francesa, salientando a repressão e estudando a subjetividade feminina, e a anglo-americana, salientando a expressão e estudando a construção social da identidade feminina, centrando-se nos processos de socialização da mulher (Pereira e Silva, 1999).

Convém destacar que, no Brasil, o feminismo repercutiu quase dez anos depois o que ocorreu na Europa e nos Estados Unidos, através da academia. Com isso, as tendências teóricas se misturaram e as discussões ocorreram simultaneamente. Tal fato é destacado por Machado (1992), quando salienta que as estudiosas de gênero acompanharam as mudanças do movimento feminista internacional, introduzindo novas temáticas, sem deixar de lado as anteriores. Aparentemente, isto ocorre devido à nossa história de desrespeito e desvalorização social a determinados grupos como as mulheres, os negros ou os deficientes físicos e mentais.

As pesquisadoras de gênero discutiam e buscavam nas várias ciências por que as mulheres eram submetidas à autoridade masculina, de diversas formas e graus, em diferentes sociedades. *“Assim, constatavam, não importava o que a cultura definia como sendo atividade de mulheres: esta atividade era sempre desqualificada em relação àquilo que os homens, desta mesma cultura, faziam”* (Pedro, 2005, p.83).

Scott (1995) define que gênero:

tem duas partes e diversas subpartes. Elas são ligadas entre si, mas deveriam ser distinguidas na análise. O núcleo essencial da definição repousa sobre a relação fundamental entre duas proposições: o gênero é um elemento constitutivo de relações sociais fundadas sobre as diferenças percebidas entre os sexos e o gênero é um primeiro modo de dar significado às relações de poder. (Scott, 1995, p.14)

Segundo Scott, o gênero é constituído por relações sociais, sendo estas baseadas nas diferenças percebidas entre os sexos e no interior de relações de poder. A autora afirmou que esta definição de gênero significa saber a respeito das diferenças sexuais, e este saber, baseando-se em Foucault, é sempre relativo, pois, os usos e significados *“nascem de uma disputa política e são os meios pelos quais as relações de poder – de dominação e de subordinação – são construídas”* (Scott, 1994, p.11). O poder, a dominação e a subordinação serão discutidos a posteriori.

Desse modo, Scott concluiu que o gênero é a organização social da diferença sexual, sendo esta relativa e mutável, e que o gênero reflete um saber que institui significados às diferenças corporais (Scott, 1994).

Esta autora tencionava propor uma análise sobre as hierarquias de gênero, apontando as desigualdades entre homens e mulheres, que são construídas, legitimadas, contestadas e mantidas. Baseava-se nos pós-estruturalistas, *“que se preocupavam com o significado, pois enfatizam a variedade e a natureza política destes”*. Assim, propunha que a história fosse escrita sobre como foram construídos os significados subjetivos e coletivos de homens e mulheres (Pedro, 2005, p.87).

Neste estudo, optamos pela categoria de gênero com suas duas proposições, definida por Scott (1995, p.14) e citada anteriormente, a primeira, *“um elemento constitutivo de relações sociais fundadas sobre as diferenças percebidas entre os sexos”*, e segunda, *“um primeiro modo de dar significado às relações de poder”*.

A autora, segundo Meyer (1996, p.44), apresentou uma proposta teórico-metodológica, cuja primeira proposição é o efeito de gênero nas relações sociais e institucionais, de acordo com a relação de quatro elementos constitutivos: *“os símbolos culturalmente disponíveis, os conceitos normativos expressos nas doutrinas religiosas, educativas, científicas, políticas e/ou jurídicas, a organização social e suas instituições, a construção das identidades subjetivas”*.

As questões de gênero são assim concebidas para além das identidades subjetivas, sendo também compreendidas imersas e impregnadas pela ordem social onde se inserem (Meyer, 1996).

A segunda proposição de Scott é a questão das relações de poder que Meyer (1996) destaca como sendo mesmo o primeiro modo, no sentido literal do termo, de retratar o poder, assim coloca que é:

primeiro porque a relação hierarquizada com base na diferença sexual antecede e atravessa todas as relações sociais; primeiro porque a diferença sexual estabelece limites e indica possibilidades desde o nascimento (hoje até mesmo antes do nascimento); primeiro porque é bem provável que, em algumas sociedades, reconheçamo-nos antes como meninas e meninos do que como brancas(os) ou negras(os), de elite ou classe trabalhadora (Meyer, 1996, p.45).

O poder e suas relações são discutidos por Foucault (2005), que argumenta que o poder se constitui em um feixe de relações, aberto, mais ou menos coordenado, organizado e piramidalizado, sendo possível analisá-lo onde se manifesta, ou seja, nas relações. Portanto, para este autor ao estudar as relações de poder, precisamos orientar a pesquisa *“para a dominação, os operadores materiais, as formas de sujeição, os usos e as conexões da sujeição pelos sistemas locais e os dispositivos estratégicos”*, ou seja, *“a partir das técnicas e táticas de dominação”* (Foucault, 2005, p.186).

A esta idéia de um poder dinâmico, em rede, se vincula as questões de dominação e resistência, desse modo, os indivíduos são um efeito e um centro de transmissão do poder, podendo exercer um saber dominado ou dominante, como também modificar essa dominação através da resistência, que é coextensiva e contemporânea ao poder (Foucault, 2005).

Para Foucault (2005, p. 241), *“a partir do momento em que há uma relação de poder, há uma possibilidade de resistência”*, ou como havia referido *“onde há poder há resistência”* (Foucault, 1999, p.91). Assim, pontuou que as relações de poder se correlacionam com a resistência, sendo que a mesma não pode ser entendida como um oposto, mas como interlocutora, ou seja, dissemina-se de modo irregular, com mais ou menos densidade no tempo e no espaço (Foucault, 1999).

A dominação ocorre de múltiplas formas na sociedade, sendo que não há uma dominação global de um sobre outro, ou de um grupo sobre outro. Tanto as pessoas são efeitos como transmissores do poder, desenvolvendo um saber dominado e também dominante (Foucault, 2005).

Ao definirmos como categoria de análise o gênero, estamos considerando-o como a primeira forma de significar as relações de poder, do mesmo modo que a autora Scott (1995). Assim, consideraremos os aspectos sociais, históricos, políticos e relacionais que permeiam, sustentam e possibilitam as transformações no trabalho das enfermeiras, o objeto deste estudo.

O trabalho da enfermeira é entendido, então, como parte do trabalho da enfermagem, feminino, e parte do trabalho coletivo em saúde, em um contexto histórico, político, social e masculino.

Trabalho, como citado anteriormente, é entendido *“como um processo dinâmico, que se articula com os outros trabalhos da sociedade e que se transforma no atendimento das necessidades sociais”* (Almeida, 1991).

Portanto, a enfermagem está sendo entendida como uma prática social que se relaciona com outros trabalhos na saúde, em resposta as demandas sociais, no contexto em que está inserida. Tal entendimento da enfermagem iniciou-se nos anos 80, tendo uma produção significativa como exemplos os trabalhos de Germano (1983), Almeida e Rocha (1989) e Pires (1989).

Como todos os trabalhos desde o início do capitalismo, a enfermagem sofreu influências, transformando suas ações de acordo com o modo de produção, a cultura e a sociedade da época. No início deste trabalho, na introdução, destacamos alguns aspectos na história desta construção das práticas da enfermagem brasileira. Neste momento, reforçamos os aspectos de gênero na enfermagem que embasaram nosso estudo.

A produção científica baseada na categoria analítica de gênero tem crescido significativamente nas últimas décadas em várias áreas, inclusive na enfermagem, sendo tema de vários estudos, destacando-se o trabalho das enfermeiras, com questões de identidade profissional, subordinação ao trabalhador médico, valorização social, relações de poder, entre outras (Fonseca R., 1996; Waldow, Lopes e Meyer, 1995; Lopes, Meyer e Waldow, 1996; Pereira e Silva, 1999; Coelho, 2001, 2003).

Por ter um corpo de conhecimentos em construção, sendo duplamente subalternizada – ao homem e ao médico, subordinação esta em

gênero e saber, a enfermagem tem desqualificada a sua prática no conjunto das práticas em saúde (Fonseca R.,1996).

A subordinação é entendida como um *“estado de dependência ou obediência em relação a uma hierarquia (de posição ou de valores)”* (Ferreira, 1975, p.1330). Na enfermagem, esta subordinação ocorre pelo gênero, ao homem, e pelo saber, dominante da biomedicina, do qual o médico é o detentor principal, assim, é duplamente subordinada ao médico e ao homem. Isso ocorre desde o início da enfermagem moderna, mantendo e perpetuando uma hierarquia onde os homens mandam e as mulheres obedecem. Um dos principais fatores desta subordinação está na relação público – privado: o homem está no mundo público e a mulher no mundo privado (Fonseca R.,1996).

Desde o século XIX, quando o mundo público foi apartado do mundo privado, coube às mulheres o lar, o privado/feminino, e aos homens, o social, o público/masculino, determinando-se assim algumas funções como típicas de cada gênero. Alguns exemplos femininos são o trabalho doméstico, o cuidado com os filhos e o gerenciamento da casa (O'Brien, 1987; Lopes, 1996; Devreux, 2005).

As mulheres sempre foram responsáveis pelo cuidar na sociedade e, ao se institucionalizar este cuidado nos hospitais, continuaram a exercê-los, inicialmente com baixa remuneração (Fonseca R.,1996). O cuidado, assim, também foi desvalorizado duplamente: pelo gênero, por ser uma atividade considerada feminina, doméstica, e economicamente, por ser realizado por baixa remuneração.

Desse modo, a enfermagem está associada a um fazer feminino, o cuidado, considerado um ato repetitivo e banal do cotidiano da mulher, enquanto o médico está ligado a um fazer masculino, a cura, um ato cheio de simbolismos (Pereira e Silva, 1999).

A relação que existe entre as práticas médicas (o tratar) e as da Enfermagem (o cuidar), traduz, por exemplo, as ligações que existem entre natureza e legitimidade, entre gênero, classe e poder. A (re) construção cotidiana do poder médico e a dominação que exercem as práticas do tratar sobre as práticas do cuidar se articulam na dupla conjunção entre sexo e classe. Essa dupla conjunção define os conteúdos das primeiras – masculinas, científicas, portadoras de valores de verdadeira qualificação

profissional – frente às segundas – relacionadas às “qualidades” femininas, empíricas, etc. (Lopes, 1996, p. 82)

Ao estudar “o sexo no hospital”, Lopes (1996), relatou que, mesmo sendo um lugar de concentração de trabalho feminino, ele é masculino, por predominarem as práticas do tratar, do curar, caracterizando assim os espaços dos “experts”, o que valoriza este trabalho, este profissional – o médico, em detrimento de atividades “de suporte”, como a enfermagem, considerados rotineiros, massivos, mesmo que indispensáveis, onde se realizam economias nas instituições. Ao analisar a enfermagem e as enfermeiras nesse espaço, observou as mesmas relações de subordinação ao gênero e ao saber.

A partir dos elementos constitutivos de gênero apresentados por Scott, concordamos com Lopes (1996, p.80) quando os decodifica e os projeta para a enfermagem e a enfermeiras:

os símbolos culturalmente disponíveis em relação ao sexo – feminino, maternal, devotamento, dedicação, etc, os conceitos normativos repousando sobre essa base – que estruturam condutas de feminilidade, organizam e dividem, no caso, o trabalho, uma noção do político – definidora de uma hierarquização de práticas, no caso da enfermagem a posição de trabalho auxiliar no campo da saúde, e, finalmente, uma noção de identidade subjetiva do sujeito – ser enfermeira é feminino, as identificações subjetivas do “feminino” marcando o sujeito social e vice-versa.

Assim, considerando as categorias de análise de Gênero e Trabalho, a enfermagem é compreendida como um **trabalho feminino, subordinado** ao trabalho médico, masculino, que **mantém e perpetua a divisão social e sexual do trabalho, entre homens e mulheres, a dicotomia entre o cuidar das enfermeiras e o tratar dos médicos, bem como reflete essas relações de gênero.**

*“Tudo me toca, me assombra e me comove:
o mais cotidiano, e o mais inusitado.
Tudo forma o cenário e caminho”.
Perdas & Ganhos
Lia Luft*

4 – Percurso Metodológico

4.1 – Natureza e Percurso do Estudo

Este estudo é de natureza qualitativa, sendo escolhido um método qualitativo para o seu desenvolvimento. Esta opção deu-se pelo objeto de estudo, o trabalho das enfermeiras, considerando suas percepções a respeito do mesmo e das relações que o permeiam.

Consideramos necessário abordar alguns pontos deste objeto, o trabalho das enfermeiras: o primeiro é que se trata de um objeto histórico, temporal, contextualizado sócio, cultural e politicamente; o segundo é que as enfermeiras e a pesquisadora são autoras e *“frutos de seu tempo histórico”*; e, por último, que é um objeto complexo, contraditório e em transformação (Minayo, 2000, p.21).

Concordamos assim com Minayo (2000, p.22) quando diz que ao considerar o aspecto qualitativo do objeto estamos considerando *“sujeito de estudo: **gente, em determinada condição social, pertencente a determinado grupo social ou classe com suas crenças, valores e significados**”* (grifo da autora).

Entendemos a pesquisa qualitativa como aquela capaz de *“incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações, e às estruturas sociais”* (Minayo, 2000, p.10). Desta forma, o método qualitativo foi considerado mais adequado para atender ao objeto-sujeito e aos objetivos deste estudo: as enfermeiras e suas relações e percepções com seu trabalho, um fazer feminino.

Ao compreendermos a enfermagem como um trabalho feminino, sendo determinada pelos contextos históricos, políticos, sociais e de gênero e influenciada pelas relações vivenciadas por seus trabalhadores,

consideramos relevante delimitar os sujeitos deste estudo, as enfermeiras da rede básica de saúde de Campinas, o que faremos a seguir.

Para este estudo, consideramos duas fontes de dados. A primeira foram respostas das enfermeiras à pergunta da pesquisa “Perfil profissional e práticas das enfermeiras da rede municipal de saúde de Campinas”, desenvolvida por Nozawa, Benetti e Marques (2007): Descreva dez atividades que realiza em um dia típico de trabalho.

Nesta pesquisa foram entrevistadas 184 enfermeiras da SMS de Campinas: destas, 17 enfermeiras supervisoras estavam lotadas nos distritos de saúde, 18 nas equipes distritais de vigilância à saúde e 149 enfermeiras nos CS ou Módulos de Saúde da Família, sendo 133 assistenciais e 16 coordenadoras de CS.

Optamos pelas respostas das 133 enfermeiras assistenciais dos CS ou Módulos de Saúde da Família por serem estas as que desenvolvem especificamente o trabalho de enfermagem na rede básica de saúde em Campinas, em âmbito local.

Como segunda fonte de dados, utilizamos as falas transcritas das enfermeiras que participaram de uma Oficina de Trabalho, desenvolvida para este estudo, cuja coleta de dados será discutida posteriormente, juntamente com a sua respectiva análise.

4.2 – Cenário do Estudo

O estudo foi desenvolvido em Campinas, município do interior do estado de São Paulo, com 233 anos de emancipação política, distante cerca de 100 km da capital, uma das maiores cidades do interior do país e que constitui importante pólo da indústria de alta tecnologia. Tem uma população de 1.059.420 residentes, segundo dados do IBGE (2007).

Campinas é um dos dezenove municípios que compõem a Região Metropolitana de Campinas, criada em 2000.

A região é considerada a décima maior região metropolitana do país, tendo aproximadamente 2.687.099 habitantes, segundo estimativa de 2006

do IBGE, que corresponde a 1,4% da população nacional e a 6,3% da estadual, sendo que destes, 43,7% residem no município de Campinas.

A Região Metropolitana de Campinas comporta uma moderna e diversificada área industrial, com uma estrutura agrícola e agroindustrial significativa, além de importante desempenho em atividades terciárias especializadas. Ressalta-se ainda a presença de centros universitários e de pesquisas importantes na região. Desse modo, vem ocupando e consolidando uma destacada posição econômica no estado e no país.

A região possui uma malha viária importante, o que favoreceu uma densa ocupação urbana, com áreas de conurbação já consolidadas ou emergentes. Com isso, também enfrenta alguns problemas como a proliferação de favelas, violência e pobreza urbana, apesar de ocupar o quarto lugar no ranking do IDH (Índice de Desenvolvimento Humano) de 2000 para regiões metropolitanas no país.

4.2.1 – Sistema de Saúde Municipal

A rede municipal de saúde de Campinas iniciou-se no final da década de 70, com recursos próprios, quando o governo municipal, a exemplo do que ocorreu em outros municípios pioneiros como Londrina, Niterói e Montes Claros, investiu em serviços próprios para o atendimento à saúde da população, visando a democratizar e ampliar a atenção médica, através de uma rede hierarquizada, com participação popular (Carvalho, 1993; Pimenta, 1993).

No decorrer das últimas décadas, iniciou-se, organizou-se, ampliou-se e consolidou-se a rede municipal de saúde, com serviços de atenção básica, ambulatoriais e hospitalares especializados.

Atualmente, o município é gestor pleno do sistema de saúde, gerenciando os recursos e serviços próprios, conveniados e contratados que ocorrem a nível municipal.

Devido à complexidade do sistema de saúde municipal, este foi distritalizado, ou seja, foi dividido em cinco distritos com aproximadamente

200 mil habitantes, em um processo progressivo de descentralização do planejamento e gestão da saúde, que se iniciou com a rede básica, seguido dos serviços secundários próprios e posteriormente pelos serviços conveniados ou contratados. Assim, os cinco distritos de saúde são: Norte, Noroeste, Leste, Sul e Sudoeste (Campinas, 2007).

As equipes dos Distritos de Saúde atuam no planejamento e gestão dos serviços sob sua responsabilidade, em parceria e consonância com as equipes do nível central da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), gerindo e efetivando a política municipal de saúde.

O sistema de saúde municipal é constituído por diferentes tipos de unidades de saúde, que são:

- quarenta e nove Centros de Saúde, unidades básicas de saúde que comportam equipe multiprofissionais e/ou equipes de saúde da família, atuando em território definido;
- treze módulos de Saúde da Família, unidades de saúde que comportam uma equipe de saúde da família;
- três Policlínicas, unidades de saúde secundárias que concentram ambulatorios de especialidades médicas;
- catorze centros de referência, unidades de saúde com atenção à saúde a grupos de risco específicos, como os nove CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) da atenção à saúde mental e/ou a formação de recursos humanos;
- Sistema de Urgência e Emergência composto por três serviços de pronto atendimento e um Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU);
- Laboratório de patologia clínica;
- três Serviços de Atendimento Domiciliar;
- Ambulatório no CEASA;
- cinco Equipes de Vigilância à Saúde, vinculadas aos distritos de saúde;
- Botica da Família, farmácia de manipulação municipal;
- Hospital Municipal (Campinas, 2007).

Além de seis hospitais e oito serviços, contratados ou conveniados, prestadores de serviços para o SUS municipal (Campinas, 2007).

Destaca-se que as equipes de saúde da rede básica municipal, localizadas nos Centros de Saúde e Módulos de Saúde da Família, atuam na atenção básica à saúde da população adscrita, com território definido, gerenciando os dados epidemiológicos e de morbi-mortalidade, elaborando diagnósticos e planejando as ações locais.

As equipes das unidades de saúde são compostas por enfermeiras, auxiliares de enfermagem, dentistas, auxiliares de consultório dentários, agentes comunitários de saúde, médicos das especialidades básicas (clínico-geral, pediatria, gineco-obstetra), auxiliares administrativos, guardas, zeladoras e atualmente, algumas unidades contam com recepcionistas e auxiliares de farmácia.

A maioria dos Centros de Saúde conta com equipes de saúde mental, com psiquiatras, psicólogos e terapeutas profissionais, que apóiam os demais trabalhadores da unidade.

4.3 – Sujeitos do Estudo

Em 2006, existiam 310 enfermeiras na SMS de Campinas atuando em vários setores, de acordo com informações do Departamento de Gestão e Desenvolvimento Organizacional, sendo que destas 211 atuavam em CS ou em Módulos de Saúde da Família ou nos Distritos de Saúde.

Neste estudo, os potenciais sujeitos foram as 133 enfermeiras assistenciais da rede básica de saúde de Campinas que participaram da pesquisa “Perfil profissional e práticas das enfermeiras da rede municipal de saúde de Campinas”, desenvolvida por Nozawa, Benetti e Marques (2007).

Como este estudo compreendeu o trabalho das enfermeiras em determinada rede básica de saúde, considerando o contexto histórico, político e social em que estão inseridas, elegemos aqueles sujeitos que já vivenciaram pelo menos uma mudança do governo municipal, ou seja, que atuavam desde 2003.

Para este estudo, os critérios de inclusão foram:

- ser efetiva em um CS ou módulo de saúde da família,
- não estar em cargo de gerência,
- ter mais de três anos, no mínimo, de trabalho na SMS,
- concordar em participar da oficina de trabalho, através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo A).

Entre as 133 enfermeiras assistenciais que participaram da pesquisa anterior, 98 enfermeiras tinham três ou mais anos de trabalho na SMS.

Para definir quem participaria da Oficina, o procedimento de coleta de dados deste estudo, foram realizadas cinco listas de potenciais sujeitos, divididas por distrito de saúde e por tempo de atuação na SMS. Assim, na lista de cada distrito constavam as enfermeiras com mais tempo de trabalho, as com no mínimo três anos de trabalho, e as intermediárias entre os extremos.

Durante o mês de março e início de abril de 2007, os contatos foram realizados para a definição dos sujeitos, para isto foram enviadas cartas-convite (Anexo B) por fax ou e-mail às enfermeiras nos locais de trabalho, sendo a seguir realizado contato telefônico com as mesmas.

Das 98 potenciais enfermeiras, 34 foram contatadas, sendo que sete estavam em férias, licença médica/gestante ou mudaram de função, nove concordaram em participar e três ficaram de confirmar a participação.

Convém destacar que nesses meses, Campinas enfrentava uma grave epidemia de dengue, o que foi um dos motivos alegados pelas enfermeiras da não participação, além de outros como a oficina ser ou não ser em horário de serviço, ou mesmo impossibilidade de sair do serviço mais de um dia naquele momento.

Assim, na oficina participaram seis enfermeiras, cinco das que concordaram e uma das que ficaram de confirmar. Sendo que seis participaram no primeiro encontro e cinco participaram no segundo. O desenvolvimento da oficina foi descrito a seguir.

4.4 – Procedimento de Coleta de Dados – escolha e desenvolvimento

Optamos pela Oficina de Trabalho, como procedimento de coleta de dados, por este poder condensar a um só tempo a função de investigação, reflexão e síntese de novos conhecimentos (Silva e Fonseca, 2002).

Este método tem sido utilizado por pesquisadores, em vários contextos como os serviços de saúde, tanto para desenvolver temas relacionados a gênero, como outros, sendo exemplos os estudos de Fonseca R. (1996), Salcedo Barrientos (2002), Aranha Silva (2003) e Amaral (2005).

A discussão de grupo, como estratégia de coleta de dados, é geralmente usada para:

focalizar e formular questões mais precisas; complementar informações sobre conhecimentos peculiares a um grupo em relação a crenças, atitudes e percepções; desenvolver hipóteses de pesquisa para estudos complementares. (Minayo, 2000, p.127)

Concordamos com a autora acima e, em nosso caso, a escolha por esta metodologia ocorreu por compreendermos que o grupo possibilitaria momentos de reflexão a respeito do trabalho das enfermeiras, aprofundando os conhecimentos e as percepções sobre o mesmo. Aliás, esta é uma das funções da oficina de trabalho, superar a função de fonte de dados, integrando o processo de refletir sobre o fazer-saber e a apropriação deste, propiciando ao grupo a reflexão imediata das contradições detectadas nos temas, constituindo assim em um espaço pedagógico e emancipatório que favorece a todos, pesquisadores e pesquisados, uma maior compreensão da realidade (Silva e Fonseca, 2002).

Desse modo, a oficina de trabalho foi uma técnica que correspondeu à natureza deste estudo, possibilitando a coleta de dados em um processo coletivo e dinâmico, no qual as percepções e as relações das enfermeiras sobre seu trabalho puderam ser expostas e discutidas.

Silva e Fonseca (2002) relatam vários encontros para o desenvolvimento da oficina de trabalho, sendo desenvolvidas em oficina-preparatória, oficinas-partes e oficina-síntese. A oficina-preparatória conta com duas partes, o aquecimento e a construção do material empírico. As

oficinas-partes visam à reflexão e à apropriação dos significados do fazer-saber, sendo introduzido um tema articulador. E a oficina-síntese consiste em sistematizar as discussões a partir de um tema síntese, como o referencial teórico de processo de trabalho em saúde, utilizado pelas autoras.

Neste estudo a técnica da Oficina de Trabalho foi modificada, pois realizamos as fases de oficina-parte e oficina-síntese. Entendendo que a oficina-apresentação foi contemplada na coleta de dados da pesquisa anterior de Nozawa, Benetti e Marques (2007), pois o material empírico – as atividades desenvolvidas pelas enfermeiras, já havia sido construído.

Assim, foi desenvolvida em abril de 2007 a oficina de trabalho intitulada “O trabalho da enfermeira na rede básica de saúde”, dividida em dois encontros de duas horas. O Anexo C traz a programação geral.

A oficina de trabalho teve como finalidade a captação da realidade, com os objetivos de incentivar a reflexão sobre as práticas desenvolvidas pelas enfermeiras no seu trabalho na rede básica e compreender as relações implicadas no desenvolvimento do mesmo.

A oficina foi gravada, sendo posteriormente transcrita, garantindo-se o sigilo e privacidade, renomeando as enfermeiras com pseudônimos por elas mesmas escolhido. Cada enfermeira, ao escolher seu pseudônimo, homenageou uma mulher importante em sua vida.

No primeiro encontro realizamos as apresentações, discutimos os objetivos da oficina e o “contrato do trabalho” (referente ao horário, local, atrasos, falta, desistência, sigilo, dinâmica de funcionamento e as gravações), solicitando o preenchimento do termo de consentimento livre e esclarecido da oficina (Anexo A), no qual ressaltamos a autorização para gravarmos os encontros.

Apresentamos os resultados referentes à pergunta sobre as dez atividades mais freqüentes e mais importantes que realizavam em um dia típico de trabalho. Para isso, utilizamos as dez primeiras atividades freqüentes e importantes extraídas dos resultados da dissertação de Mestrado intitulada “Perfil e Práticas de Enfermeiras da rede básica de saúde de Campinas” de Marcelle Regina Silva Benetti (2007). Ressalta-se

que este estudo baseou-se em parte dos dados da pesquisa realizada por Nozawa, Benetti e Marques (2007), já citada anteriormente.

Em seguida, foi solicitado que, com base nos dados apresentados e nas suas percepções, respondessem à questão norteadora: “por que fazemos o que fazemos?”.

Ao final do primeiro encontro, foi disponibilizado às enfermeiras para o encontro seguinte o texto de apoio “Atenção: Mulheres trabalhando!” de Rosa Maria Godoy Serpa da Fonseca (In: Fonseca RMGF. *Mulher e Cidadania na nova ordem social*. São Paulo, NEMPE/USP. 1996). Este texto foi escolhido por introduzir a discussão da questão de gênero no trabalho das enfermeiras. Sendo também solicitado que a mesma questão norteasse sua leitura. O primeiro encontro durou duas horas, sendo que, com as apresentações, o acordo do “contrato de trabalho” e o preenchimento do termo de consentimento livre e esclarecido, o período real de discussão do grupo foi de uma hora.

No segundo encontro, o “aquecimento” foi dado pelas próprias enfermeiras, que relataram o que havia ocorrido no dia anterior na reunião com o secretário municipal de saúde, colocando as outras enfermeiras a par do que estava acontecendo. Destacamos que, naquele momento, coincidentemente, as enfermeiras estavam em processo de negociação com o secretário municipal de saúde a respeito do plano de cargos e carreira da prefeitura, estando descontentes com a proposta feita. Tal “incentivo” permeou toda discussão do segundo encontro.

Iniciamos o segundo encontro, solicitando que recordassem o que fora discutido no primeiro encontro. A seguir, com base no texto lido, retomamos a questão norteadora. Ao final, o encontro foi avaliado pelas participantes.

A oficina contou com duas facilitadoras, sendo que a autora deste estudo conduziu a oficina, enquanto que a outra, uma pesquisadora de temas correlatos, além da observação, ficou responsável por controlar o equipamento de gravação e registrar por escrito as intercorrências, as comunicações não verbais e as reações das participantes.

A oficina transcorreu sem dificuldades, todas as enfermeiras participaram, sendo necessário apenas controlar o tempo de encerramento dos encontros, visto que as enfermeiras demonstraram uma necessidade em falar, o que fez com que o segundo encontro se estendesse, durando duas horas e quarenta minutos.

No primeiro encontro, uma oficina-parte, as enfermeiras discutiram e refletiram sobre seu trabalho na rede básica de saúde. Já o segundo, pela apropriação da discussão de gênero, proporcionou a elas uma maior compreensão de seu trabalho, facilitando sua sistematização, constituindo-se uma oficina-síntese.

Consideramos desta forma que a Oficina de Trabalho contemplou seus objetivos: não foi só um espaço de reflexão e troca de vivências sobre o trabalho destas enfermeiras na rede básica de saúde de Campinas, como também possibilitou o conhecimento da discussão de gênero na enfermagem.

Enquanto procedimento de coleta de dados, a Oficina de Trabalho contemplou a função de investigação, possibilitando momentos de reflexão e síntese de novos conhecimentos para as pesquisadoras.

A princípio, a coleta de dados para este estudo foi pensada com a proposta de mais de uma Oficina, mas devido às dificuldades enfrentadas pelos trabalhadores na SMS no primeiro semestre do ano de 2007, com a epidemia de dengue e as mobilizações referentes ao dissídio salarial e ao plano de cargos e carreira da prefeitura, ponderamos após analisar o material transcrito da Oficina, que ele já contemplava aos objetivos deste estudo, sendo descartada a realização de novas oficinas.

4.5 – Aspectos Éticos

Em atendimento aos dispositivos das Resoluções CNS 196/96 e 251/97, o estudo foi autorizado pelo Secretário Municipal de Saúde de Campinas e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da USP, processo no. 608/2007/CEP-EEUSP (Anexo D).

4.6 – Análise dos Dados

Os dados deste estudo foram as respostas das 133 enfermeiras a respeito de uma pergunta sobre as atividades desenvolvidas em um dia típico de trabalho e o material transcrito da Oficina de Trabalho.

Especificamente, o material sobre as atividades referidas que se constituía de um conjunto amplo e diversificado de 1259 atividades, primeiramente foi tabulado e quantificado, gerando 12 grupos de atividades, para, a seguir, constituir, juntamente com as transcrições da Oficina, o conjunto dos dados deste estudo.

As transcrições das falas das enfermeiras na Oficina de Trabalho foram analisadas pela Análise de Conteúdo.

Para Minayo (2000, p.203), operacionalmente, a Análise de Conteúdo inicia-se de uma leitura superficial para atingir profundidade, ultrapassando *“os significados manifestos”*, relacionando *“estruturas semânticas (significantes) com estruturas sociológicas (significados) dos enunciados”*, articulando os textos descritos e analisados com *“fatores que determinam suas características: variáveis psicossociais, contexto cultural, contexto e processo de produção da mensagem”*.

Várias técnicas de Análise de Conteúdo têm sido buscadas para *“atingir os significados manifestos e latentes no material qualitativo”*, neste estudo utilizaremos da Análise Temática (Minayo, 2000, p. 204).

Segundo Bardin (1994, p.105), a Análise Temática *“consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem a comunicação e cuja presença, ou frequência de aparição, pode significar alguma coisa para o objeto analítico escolhido”*.

Segundo Minayo (2000, p. 209 e 210), operacionaliza-se em três etapas: **a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados obtidos e a interpretação.**

Na **pré-análise** escolhemos os documentos a serem analisados, retomando as hipóteses e os objetivos iniciais da pesquisa, reformulando-os frente ao material coletado e elaboramos indicadores que orientam a interpretação final (Minayo, 2000, p.209).

Esta etapa pode ser decomposta nas seguintes tarefas: a *leitura flutuante*, quando tomamos contato exaustivo com o material, impregnando-nos com seu conteúdo, tornando a leitura progressivamente mais sugestiva e capaz de ultrapassar a sensação de caos inicial; a *constituição do corpus*, que consiste na organização do material de forma que possa responder a algumas normas de validade como: exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência; a *formulação de hipóteses e objetivos*, que prevê que possam surgir novas hipóteses além das iniciais, a partir dos procedimentos exploratórios (Minayo, 2000, p.209 e 210).

Nesta etapa determinam-se as unidades de registro, de contexto, os recortes, a forma de categorização, a modalidade de codificação e os conceitos teóricos mais gerais, que orientaram a análise (Minayo, 2000, p.210).

Na etapa da **exploração do material**, operamos a codificação, primeiro, com as unidades de registro que podem ser uma palavra, uma frase, um tema, um personagem, um acontecimento, a seguir, escolhemos as regras de contagem e realizamos a classificação e a agregação dos dados, escolhendo as categorias teóricas ou empíricas que comandaram a especificação dos temas (Minayo, 2000, p.210).

Por último, realizamos o **tratamento dos resultados obtidos e a interpretação**, no qual, a partir dos resultados brutos, fazemos inferências e interpretações com base no quadro teórico previsto ou sugerido pela leitura do material (Minayo, 2000, p.210).

O processo de análise de dados em uma pesquisa qualitativa é dinâmico, intuitivo e dedutivo, sendo um “*movimento incessante que se eleva do empírico para o teórico e vice-versa, que dança entre o concreto e o abstrato, entre o particular e o geral é o verdadeiro movimento dialético visando o concreto pensado*” (Minayo, 2000, p. 236).

Os dados das transcrições da Oficina de Trabalho foram exaustivamente lidos, através de leituras flutuantes, realizando-se a primeira organização dos mesmos.

Esta fase da pré-análise foi exaustiva, por realizar a Oficina e as transcrições, estava impregnada pelas minhas impressões, sendo

necessárias várias leituras e distanciamentos do material para proceder à sistematização dos dados.

As leituras flutuantes foram fundamentais nesse momento, somente através de uma leitura menos aderente foi possível passar da minha ordem para um caos inicial, e, assim, para uma nova ordem, realizando os recortes do material.

O quadro geral das atividades citadas pelas enfermeiras foi agregado ao material pré-analisado, para serem selecionadas as unidades de análise.

Os objetivos do estudo e os referenciais teóricos orientaram a seleção das unidades de análise, que baseou-se nas normas de validade de exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência. Essa fase foi dinâmica e intuitiva para o pesquisador, com a definição dos trechos, parágrafos ou frases, as unidades de análise.

Campos (2002, p.77) referiu a dificuldade de *“delinear com absoluta transparência os motivos da escolha dos fragmentos, sem levar em consideração que a relação que se processa entre o pesquisador e o material pesquisado é de intensa interdependência”*.

Os temas e as categorias com suas subcategorias, que emergiram da análise dos dados, serão apresentados e discutidos no próximo capítulo.

Com o propósito de facilitar a compreensão do texto, editoramos, diferentemente, as citações de autores das citações de trechos das falas transcritas da oficina de trabalho, adotando a seguinte padronização:

- citações de autores com mais de três linhas: fonte arial, tamanho 10, espaço simples, recuo 4 cm da margem esquerda, sem aspas;
- citações de trechos de falas transcritas da oficina: fonte century gothic, tamanho 10, espaço simples, recuo de 1,25 cm da margem esquerda, com aspas.

4.7 – Caracterizando os Sujeitos do Estudo

Optamos por apresentar as características neste momento, para facilitar a compreensão dos resultados e discussões, visto considerarmos que as enfermeiras da rede básica de saúde de Campinas, são “**gente, em determinada condição social, pertencente a determinado grupo social ou classe com suas crenças, valores e significados**” (grifo da autora) (Minayo, 2000, p.22). Assim, destacamos suas vivências e histórias, valorizando-as.

Sobre as 133 enfermeiras assistenciais, cujas respostas específicas a uma pergunta utilizamos, extraímos os dados da dissertação de Mestrado “Perfil e Práticas de Enfermeiras da rede básica de saúde de Campinas” de Marcelle Regina Silva Benetti (2007), que estudou o perfil desta população.

Assim, destacamos algumas características gerais como:

- 95,5% são mulheres;
- 56,4% são casadas, 36,8% solteiras e 6,8% separadas/divorciadas;
- 55,6% têm filhos;
- 20,8% têm menos de 30 anos, 31,6% de 30 a 39 anos, 39,1% de 40 a 49 anos e 12% 50 anos ou mais;
- 39,8% atuam há menos de 10 anos como enfermeira, 43,6% de 10 a 20 anos e 16,5% há mais de 20 anos;
- 44,4% trabalham há até 5 anos na SMS de Campinas, 14,3% de 6 a 9 anos, 17,3% de 10 a 13 anos, 11,3% de 14 anos ou mais e 12,7% não responderam (Benetti, 2007).

Nota-se que as mulheres são a maioria, sendo casadas e com filhos, concentrando-se nas idades acima de 30 anos, o que corresponde ao tempo de atuação como enfermeira, predominando as com mais de 10 anos de experiência. Em relação ao tempo de atuação na SMS de Campinas, uma porcentagem significativa (44,4%) tem até cinco anos de trabalho na rede básica, indicando que foram admitidas após a implantação do PSF no município.

Quanto ao grupo de enfermeiras participantes da oficina de trabalho, apresentaremos as características no quadro seguinte, com seus pseudônimos:

Quadro 1 – Características das Enfermeiras Participantes
da Oficina de Trabalho

Nomes	Idade	Estado Civil	Número de filhos	Tempo de formada	Tempo de trabalho na SMS
Bia	51	casada	0	27	17
Linda	33	casada	03	11	10
Luli	50	casada	02	08	05
Maria	49	casada	03	25	15
Maria de Fátima	43	casada	02	19	19*
Odete	56	separada	02	31	18

*Destes 19 anos, 16 anos de trabalho foram no hospital municipal, estava há três anos na rede básica de saúde.

As participantes da oficina foram mulheres, com mais de trinta anos de idade, experientes profissionalmente, formadas há mais de oito anos, sendo a maioria casada e com filhos.

Todas trabalhavam na SMS há mais de cinco anos, sendo que, na rede básica de saúde, uma estava há três anos, uma há cinco anos e quatro há mais de dez anos. Destas enfermeiras, quatro vivenciaram as mudanças de modelo de atenção à saúde com a proposta do Paidéia/PSF e duas iniciaram seu trabalho após a implantação deste.

*“Ainda que a gente nem perceba, tudo é
avanço e transformação, acúmulo de experiência,
dores do parto de nós mesmo, cada dia feito.
Somos melhores do que imaginamos ser.”*

Perdas & Ganhos

Lia Luft

5 – Resultados e Discussão

Foram definidos dois grandes temas das unidades de análise selecionadas: **apreendendo o trabalho na atenção básica e entendendo a enfermagem como um trabalho feminino**.

Dentro de cada tema emergiram as categorias, com suas respectivas subcategorias apresentadas nos quadros a seguir:

Quadro 2 – Apreendendo o Trabalho na Atenção Básica,
categorias e subcategorias

Categorias	Subcategorias
5.1.1 A dimensão do cuidado	5.1.1.1 O cuidado direto 5.1.1.2 A gerência do cuidado
5.1.2 Entendendo o processo de trabalho	5.1.2.1 A complexidade (objeto/trabalho) 5.1.2.2 As tecnologias leves 5.1.2.3 As semelhanças e as diferenças do trabalho

Quadro 3 – Entendendo a Enfermagem como um Trabalho Feminino,
categorias e subcategorias

Categorias	Subcategorias
5.2.1 A enfermagem como trabalho feminino	5.2.1.1 Sendo mulher e enfermeira 5.2.1.2 O reconhecimento social 5.2.1.3 A subjetividade do trabalho
5.2.2 As relações de gênero	5.2.2.1 A (in) subordinação como forma de resistência 5.2.2.2 As relações intra-gênero (competição e isolamento)

Esta divisão é uma maneira didática escolhida para apresentar os resultados e as discussões, pois entendemos que os temas e as categorias são complementares e inter-relacionados.

Do mesmo modo, para facilitar a apresentação, as atividades citadas pelas enfermeiras foram inseridas na categoria **a dimensão do cuidado** dentro do tema 5.1 – Apreendendo o Trabalho na Atenção Básica.

5.1 – Apreendendo o Trabalho na Atenção Básica

Iniciaremos a apresentação dos resultados e a discussão por este tema e suas categorias, **a dimensão do cuidado e entendendo o processo de trabalho**, visando a apreender o trabalho desenvolvido pelas enfermeiras na rede básica de saúde de Campinas.

5.1.1 – A Dimensão do Cuidado

O cuidado tem sido amplamente discutido na enfermagem, considerado como sua essência, e significa universalmente assistir o ser humano. Na prática profissional, tornou-se uma atividade complexa, por ser histórico, contextualizado, variável e dependente das relações que se estabelecem para realizá-lo (Rocha e Almeida, 2000, p. 98).

Esta categoria engloba duas subcategorias: **o cuidado direto e a gerência do cuidado**. Esta divisão foi um recurso didático, visto que as entendemos intrinsecamente relacionadas e interdependentes.

No quadro 4, seguinte, apresentamos um panorama geral com os resultados encontrados sobre as práticas citadas pelas enfermeiras na rede básica de saúde de Campinas, referentes às respostas das 133 enfermeiras assistenciais lotadas em CS ou Módulos de Saúde da Família sobre um dia típico de trabalho.

Optamos por consolidar estas atividades em dois grandes enfoques – a assistência e a gerência, que denominamos **Atividades Assistenciais**, **Atividades Gerenciais** e **Outras Atividades**. Embora no dia a dia esta

divisão seja tênue, sendo difícil separar a gerência da equipe de enfermagem ou da unidade de saúde, da assistência prestada.

As enfermeiras citaram um conjunto amplo e diversificado de atividades, totalizando 1259, que foram agrupadas em 12 grupos de atividades, de acordo com a divisão citada.

Quadro 4 – Atividades Citadas pelas Enfermeiras na Rede Básica de Saúde de Campinas – 2007

Grupo de Atividades	Freq.. Absoluta	Freq. Relativa
Atividades Assistenciais	747	59,3%
Ação educativa	76	6,0%
Atendimento individual	346	27,4%
Execução de procedimentos/técnicas de enfermagem	94	7,4%
Recepção de usuários, controle de fluxo interno, encaminhamentos e entrega de medicamentos	45	3,5%
Vigilância em saúde e Imunizações	102	8,1%
Visita domiciliária (VD)	84	6,6%
Atividades Gerenciais	401	31,8%
Coordenação, organização, treinamento, controle e supervisão do trabalho de enfermagem	153	12,1%
Coordenação de áreas, programas e equipes que não a de enfermagem	87	6,9%
Gerência conjunta da unidade, atividade gerencial	61	4,8%
Planejamento, organização e avaliação da unidade	100	7,9%
Outras Atividades	111	8,8%
Participação em Conselho Local de Saúde e Colegiado Gestor	14	1,1%
Atividades não relacionadas à gerência ou à assistência	97	7,7%
Total	1259	100%

Observa-se, no quadro acima, um predomínio das **Atividades Assistenciais** (59,3%), sobre as **Atividades Gerenciais** (31,8%) e as **Outras Atividades** (8,8%).

Este resultado em si confirma os achados de Marques (2003) e Takemoto (2005), nos quais indicam mudanças no trabalho das enfermeiras com o PSF, ocorrendo um predomínio das atividades assistenciais sobre as gerenciais. Isto difere do que ocorria antes da implantação desta estratégia para a atenção básica no município, quando predominavam as atividades gerenciais no trabalho das enfermeiras (Silva et al, 2001).

Detalharemos cada grupo de atividades nas subcategorias, seguindo a divisão estabelecida, sendo que nos quadros seguintes apresentaremos as principais terminologias citadas para cada grupo, pormenorizando-as, quando necessário, no decorrer do texto. Para isso, consideramos o cuidado direto como basicamente atividades assistenciais e a gerência do cuidado como atividades gerenciais.

5.1.1.1 – O Cuidado Direto

Entendemos o cuidado direto como as ações e/ou as atividades realizadas diretamente com o indivíduo, a família ou a comunidade. No nosso estudo consideramos essas atividades assistenciais.

O cuidado direto é citado como trabalho desejado pelas enfermeiras como demonstrado pela fala abaixo:

“Quero ficar no atendimento. Quero colocar soro. Eu quero fazer parte da coleta, não é supervisionando coleta, eu fico lá puncionando veia, colhendo sangue. Ah, essa veia tá difícil. É nessa que eu vou. É uma coisa. É isso que me dá satisfação.” (Maria de Fátima)

Para compreendermos como o mesmo está sendo realizado, considerando que a implantação do PSF em Campinas foi um marco na mudança no enfoque do trabalho desenvolvido pelas enfermeiras, dividimos as atividades assistenciais em aquelas voltadas ao indivíduo e à coletividade.

Para as **Atividades Assistenciais voltadas ao indivíduo**, foram consideradas a **Recepção de usuários** (3,5%), o **Atendimento individual** (27,4%) e **Execuções de procedimentos/ técnicas de enfermagem** (7,4%) (Quadros 4 e 5).

Dessas atividades, destacamos as terminologias mais freqüentes apresentadas em cada grupo (Quadro 5).

No Grupo **Recepção de usuários, controle de fluxo interno, encaminhamentos e entrega de medicamentos** (3,5%), as principais atividades citadas foram: o **atendimento na recepção** (2,4%) e a **entrega de medicamentos** (1,1%) (Quadro 5).

Quadro 5 – Atividades Assistenciais Voltadas ao Indivíduo Citadas pelas Enfermeiras na Rede Básica de Saúde de Campinas/2007

Atividades Assistenciais voltadas ao indivíduo e terminologias mais utilizadas	Freq. Absoluta	Freq. Relativa
Recepção de usuários, controle de fluxo interno, encaminhamentos e entrega de medicamentos:	45	3,5%
Atendimento na recepção	31	2,4%
Entrega de medicamentos	14	1,1%
Atendimento individual	346	27,4%
Atendimento individual agendado ou especificado:	216	17,1%
Consulta de enfermagem em geral	33	2,6%
Consulta de enfermagem à mulher	85	6,7%
Consulta de enfermagem à criança	28	2,2%
Consulta de enfermagem ao adulto	20	1,5%
Consulta de enfermagem à mulher, à criança e ao adulto	19	1,5%
Demais atividades	31	2,4%
Atendimento individual eventual:	130	10,3%
Acolhimento	112	8,8%
Atendimento às urgências	18	1,4%
Execução de procedimentos/técnicas de enfermagem	94	7,4%
Procedimentos de enfermagem inespecíficos	13	1,0%
Procedimentos de enfermagem específicos um exemplo ou mais	81	6,4%
Sub-Total	485	38,5%
Total Geral	1259	100%

O **Atendimento Individual** (27,4%) foi o mais diverso e polêmico, visto que esperávamos que fosse um dos poucos consensos na área, considerando que o termo “consulta de enfermagem” é amplamente utilizado na enfermagem, inclusive consta na Lei 7498/86 do Exercício Profissional, com uma resolução específica COFEN-159/93. Assim, encontrar tanta diversidade para nomear uma atividade definida e legalizada, suscita-nos inquietações e questionamentos sobre como as enfermeiras a compreendem.

Neste grupo foram utilizados diversos termos como **consulta de enfermagem, atendimento de consulta de enfermagem, atendimento individual, consulta, atendimento de enfermagem, atendimento em geral, acolhimento**, entre outros. Inclusive, uma enfermeira desmembrou uma etapa da consulta de enfermagem, citando separadamente a

prescrição de enfermagem como uma atividade específica, diferente do ***atendimento*** ou do ***acolhimento***.

Tal diversidade sugere que o termo “consulta de enfermagem” é no mundo acadêmico amplamente utilizado, mas o mesmo não ocorre no mundo do trabalho, pelo menos na atenção básica. Talvez, pela construção histórico-social do termo, primeiro, associada ao hospital, segundo, pela história recente tanto da atenção básica, como pela introdução dessa atividade somente nos anos 70, na rede básica com a programação em saúde.

Optamos por apartar os **atendimentos individuais agendados ou especificados** (17,1%) dos **atendimentos individuais eventuais** (10,3%) para facilitar a descrição e compreensão dos mesmos, destacando este aspecto da organização do trabalho (Quadro 5).

Sobre os **atendimentos individuais agendados ou especificados**, 12% das citações foram especificadas, sendo 6,7% voltados para a mulher, 2,2% para a criança e 1,5% para o adulto. Nas **consultas de enfermagem à mulher**, o destaque continua para o pré-natal, com 52% das consultas citadas, sendo colocado em segundo plano os outros atendimentos à mulher nas outras fases de sua vida. Garantir o pré-natal é uma prioridade da atenção básica, mas não pode ser o único tipo de atendimento, visto que a área da Saúde da Mulher abrange mais do que somente gestantes.

No Quadro 5, destaca-se que citaram a **consulta de enfermagem para a mulher, a criança e o adulto** (1,5%), juntos, sem os separar, o que evidencia uma possibilidade de entender a consulta de enfermagem como uma atividade, independentemente de a quem se destina, aproximando-se da atenção à saúde proposta pelo PSF, sobre ações que contemplem do recém-nascido ao idoso (Brasil, 2000).

Neste grupo os **atendimentos individuais** foram especificados predominantemente pelo modelo clínico de atenção à saúde (**pré-natal, puericultura**), pela fase no ciclo de vida (**criança, gestante, idoso**), pelas patologias (como **consulta de enfermagem hipertenso/diabético**), ou pelo procedimento “*per si*” (como **coleta de CO - Citologia Oncótica**).

A atenção individual realizada pelas enfermeiras permanece direcionada aos grupos tradicionalmente prioritários na Saúde Pública, ou seja, as gestantes e as crianças, tendo sido incorporado à atenção o adulto hipertenso e/ou diabético, o que também corresponde em parte à NOAS 01/2001, na qual o controle da hipertensão arterial e do diabetes mellitus e ações de saúde da criança e de saúde da mulher são algumas das estratégias mínimas a serem desenvolvidas pelos municípios (Brasil, 2002).

Os **atendimentos individuais eventuais** (10,3%) referem-se ao **Acolhimento** (8,8%) e aos **Atendimentos de urgência** (1,4%) (Quadro 5).

A atividade **Acolhimento** foi nomeada pela exata terminologia “**acolhimento**” em 81 citações (6,4%), sendo também citada como **atendimento eventual, avaliação de risco, escuta qualificada e triagem**.

O acolhimento pode ser entendido de duas maneiras: como uma postura investigativa diante do usuário e suas necessidades, negociando modos de satisfazê-las pelas ofertas do serviço de saúde, ou como um dispositivo capaz de reorganizar o trabalho na unidade, atendendo à demanda espontânea, humanizando e favorecendo o acesso no serviço (Takemoto e Silva, 2007). As duas maneiras são complementares e incluídas.

A frequência das denominações confirma os dados encontrados por Takemoto e Silva (2007), em que relataram que o acolhimento foi incorporado como uma atividade pela equipe de enfermagem em Campinas e organizado de diferentes modos nas unidades, após a implantação do PAIDÉIA/PSF em 2001, com a característica de um pronto-atendimento, favorecendo o atendimento da demanda espontânea, garantindo o acesso às unidades e humanizando o atendimento.

Para essas autoras, mesmo rearranjando a prática da enfermagem nas unidades, o acolhimento continuou “*marcado pela baixa resolutividade e baixa autonomia da enfermagem*”, funcionando no enfoque médico-centrado (Takemoto e Silva, 2007).

Algumas falas das enfermeiras referem-se a modos diferentes de organização do acolhimento nas unidades, a dúvidas sobre a resolutividade de sua atuação nesta atividade e à compreensão do que seja acolhimento.

“... essa coisa da administração passada do acolhimento que começou. Eu senti um peso muito grande, porque o que acontece, esse acolhimento, essas pastas vêm tudo amontoadas pra mim de manhã, e daí eu, eu. Graças a Deus, eu, hoje, eu tenho um generalista que eu posso dividir essa angústia com ele, porque essa questão da avaliação de risco, eu não tenho esse conhecimento e eu tenho medo também a questão da, dessa devolutiva, porque o que eu posso devolver? Então eu consigo dividir com ele... Mas esse acolhimento é todo dia de manhã, fica lá aquele mundo de pasta pra mim resolver, quem vai e quem não vai conseguir uma consulta. E aquele então, é muito difícil isso!” (Maria)

“O acolhimento, ela pega ficha para eu fazer acolhimento sim, mas o que ela não dá conta na recepção. Eu estipulei pra ela cinco vagas na minha agenda de manhã. No dia que tem coleta que eu começo atender depois das nove, cinco pessoas, às vezes ela tem mais, às vezes menos. Mas é coisa que ela não consegue resolver na recepção, coisa que o paciente não consegue falar ali, quer falar comigo, pede pra ela e coloca a ficha. E é organizado dessa maneira.” (Luli)

“E outra coisa que eu questionei com elas foi é, esse termo acolhimento, né? Porque o acolhimento, ele não é exclusivo do enfermeiro, né? Quem faz acolhimento? Acolher é ouvir, qualquer pessoa que tenha duas orelhas... O acolhimento, existe no posto uma demanda, e se o guarda tá lá na frente e a pessoa fala: — Olha, onde eu procuro a sala de vacina? E ele orientou, ele fez um acolhimento.” (Maria de Fátima)

Os depoimentos evidenciam que o acolhimento está sendo entendido de modo diverso, continuando a funcionar como um pronto-atendimento, visando uma “triagem” para o acesso às consultas médicas.

O acolhimento é uma atividade desenvolvida pelas enfermeiras na rede básica que pode potencializar a mudança do modelo de atenção à saúde se for incorporado como uma etapa do processo de trabalho da ESF, sendo um espaço de escuta e avaliação das necessidades do usuário. Mantendo-o como uma atividade, cujo fim é o acesso à consulta médica, limitamos sua potência, tornando-o um pronto-atendimento com baixa resolatividade.

No grupo **Execução de procedimentos/técnicas de enfermagem** (7,4%) existe uma diversidade de procedimentos citados como **coleta de exames, curativos, eletrocardiograma, administração de medicamentos, sondagens, inalação, aferição de sinais vitais, verificação de pressão arterial**, etc (Quadro 5).

Tais procedimentos, ao serem citados, apontam que uma parcela do trabalho das enfermeiras na rede básica permanece procedimento-centrado, reforçando a sua prática como complementar e parcelar ao trabalho médico,

ou seja, indica limites na sua atuação e nas possibilidades de mudança do modelo de atenção à saúde.

Do mesmo modo, as respostas encontradas sobre as **atividades assistenciais voltadas ao indivíduo**, em sua maioria, sugerem o mesmo entendimento, continuam voltadas ao modelo biomédico, baseadas nos grupos prioritários tradicionais da Saúde Pública, caracterizando o trabalho das enfermeiras como parcelar e complementar ao trabalho médico.

Contudo, as respostas citando a **consulta de enfermagem para a mulher, a criança e o adulto**, juntas, sugerem uma ruptura, entendendo-se essa atividade de assistência ao indivíduo em outra perspectiva. Ao nomear desse modo (mulher, adulto e criança), tanto as enfermeiras poderiam estar atendendo os indivíduos em sua totalidade, pelo que são reconhecidos na nossa sociedade, distanciando-se de suas necessidades estritamente biológicas e se aproximando de suas necessidades sociais, quanto poderiam compreender esta atividade como mais uma ação, parte de seu trabalho, independentemente de a quem se destina. Sob qualquer perspectiva, essa ruptura torna-se positiva, pois se distancia do modelo procedimento-centrado.

Em relação às **atividades assistenciais voltadas a coletividade**, consideramos três grupos: a **Ação Educativa** (6%), a **Visita Domiciliária** (6,6 %) e a **Vigilância em Saúde e Imunizações** (8,1%) (Quadros 4 e 6).

Na **Ação Educativa** (6,0%), a principal atividade citada foi **grupo** (5,0%), sendo nomeado de diversos modos: **grupos, grupo educativo, participação em grupos, reunião do grupo, atividades em grupo ou trabalho com grupo** (Quadro 6). Aparentemente, é a mesma atividade, com diversidade de denominações. Vale destacar que há diferenças dentro de um grupo educativo, entre realizar algo em grupo, ser responsável por ele ou coordená-lo, ou somente participar do mesmo.

Apesar das diversas maneiras como se referiram a essa atividade, **grupo**, as enfermeiras ressaltaram-na como uma tecnologia em seu trabalho para a atenção à coletividade.

Quadro 6 – Atividades Assistenciais Voltadas à Coletividade Citadas pelas Enfermeiras na Rede Básica de Saúde de Campinas/2007

Atividades Assistenciais voltadas à coletividade e terminologias mais utilizadas	Freq. Absoluta	Freq. Relativa
Ação Educativa	76	6,0%
Grupos	63	5,0%
Outras Ações	14	1,1%
Visita Domiciliária	84	6,6%
Visita Domiciliar/ Visitas Domiciliares (termos)	79	6,2%
Atendimento Domiciliar	05	0,3%
Vigilância em Saúde e Imunizações	102	8,1%
Vigilância Epidemiológica	48	3,8%
Imunizações	41	3,2%
Participação no Núcleo de Saúde Coletiva	07	0,5%
Ações Específicas para Tuberculose (TB) e Moléstia de Hansen (MH)	06	0,4%
Sub-Total	262	20,8%
Total Geral	1259	100%

O **grupo** mais citado foi o de Hipertensos e/ou Diabéticos, o que indica que a atenção ao adulto hipertenso e/ou diabético tem sido incorporada ao trabalho na atenção básica, correspondendo ao indicado pela NOAS 01/2001. Entretanto, o uso do nome de uma patologia para designar uma ação educativa denota compreensão restrita na atividade. Apesar de sugerir o controle de riscos ou complicações, a mesma pode estar promovendo a qualidade de vida destes usuários.

Outras ações educativas foram citadas, algumas com um enfoque aparentemente social como **trabalho de geração de renda, programa de cozinha experimental com idosos** ou **trabalha o social (bazar, por exemplo, beleza/higiene)** e outras para promoção da saúde como o **Lian Gong**. Apesar da baixa frequência (1,1%), estas ações indicam um discreto enfoque do trabalho das enfermeiras na Atenção Básica voltado à comunidade e aparentemente às necessidades específicas de saúde de sua população adscrita.

O Grupo **Visita domiciliária** (6,6%) foi o mais uniforme gramaticalmente, com 79 referências (6,2%) para o termo **visita domiciliar** (Quadro 6).

Tal atividade é clássica na Saúde Pública sendo parte do trabalho da enfermeira nesta área desde os primórdios, na década de 20. Mas, apesar de a considerarmos uma atividade para a atenção à coletividade, no caso do PSF, à família, a mesma pode estar sendo focada no modelo biomédico curativo, enfatizando a atenção individual no domicílio. Com isso, sua potencialidade como ação educativa e promotora da saúde das famílias estaria comprometida.

O resultado encontrado indica que esta atividade faz parte do trabalho das enfermeiras na rede básica, embora se desconheça o foco de sua atenção.

O Grupo **Vigilância em Saúde e Imunizações** (8,1%) ressalta ações de **vigilância epidemiológica** (3,8%), de **imunizações** (3,2%), do **núcleo de saúde coletiva** (0,5%) e de **ações específicas para a Tuberculose (TB) e a Moléstia de Hansen (MH)** (0,4%) (Quadro 6).

Sobre a **Vigilância Epidemiológica**, os termos **vigilância epidemiológica/vigilância/vigilância a Saúde** aparecem em metade das citações, além de **atividades**, **ações de vigilância epidemiológica**, **notificação de doenças** e **acompanhamento de casos**.

As **ações específicas para a TB e a MH** foram destacadas, mesmo com poucas referências (0,4%), conforme quadro 6, por serem uma das primeiras atividades historicamente desenvolvidas pelas enfermeiras na área. Ainda que as mesmas façam parte das ações de Vigilância Epidemiológica.

As **ações de imunizações** (3,2%) também são nomeadas de maneiras diversas, pelos termos **imunização/vacina/vacinação**, por **Sala de vacina**, por **Campanha**, por **aplicação de vacinas** e por **Pedido de vacinas mensal** ou **Controle de temperatura de geladeira**.

Esse resultado demonstra que as imunizações representam 3,2% do total das atividades referidas pelas enfermeiras, o que pode indicar tanto uma desresponsabilização das enfermeiras por essas ações desenvolvidas, por si mesma ou pela equipe de enfermagem, como também que estas não sejam consideradas uma atividade específica de seu núcleo de trabalho,

enquanto enfermeira de Saúde Coletiva, mas somente mais um setor/local onde sua equipe atua e que deve supervisionar.

Outra atividade discretamente citada foi a **participação em Núcleo de Saúde Coletiva** (0,4%). Com a implantação do PSF/Paidéia em 2001, surgiu a proposta da formação de Núcleo de Saúde Coletiva em cada CS, o qual deveria trabalhar com as ações de vigilância epidemiológica, como uma de suas atribuições, deixando as mesmas de serem responsabilidade principal da enfermagem, passando a ser de toda equipe de saúde local.

Em Campinas, na década de 90, as ações de vigilância epidemiológica faziam parte do trabalho da enfermagem (Silva et al, 2001).

Após a implantação do PSF/Paidéia no município em 2001, reduziram-se as ações de Vigilância Epidemiológica desenvolvidas pela Enfermagem e especificamente pelas enfermeiras, não sendo citadas por Takemoto (2005), como parte do trabalho da enfermagem.

Vilela (2005) estudou a implantação dos Núcleos de Saúde Coletivas nos CS, comprovando que as ESF re-inventam e funcionam de múltiplas maneiras nos CS, dessa forma, os impactos são diferentes nos modos de produzir a atenção à saúde local, por articulações distintas entre as ações coletivas e individuais. Contudo, ressaltou que as enfermeiras distanciaram-se desses núcleos após a implantação do PSF, sendo marcante neles a presença dos ACS.

O resultado encontrado de 4,2% entre **Vigilância Epidemiológica** (3,8%) e **ações específicas para a TB e a MH** (0,4%) confirma o fato de que as ações de Vigilância Epidemiológica deixaram de ser significativas no cotidiano das enfermeiras na rede básica (Quadro 6).

De modo geral, em relação às **Atividades Assistenciais** nota-se um predomínio das **ações individuais** (38,1%) em relação às **ações coletivas** (20,8%), como também se destaca o **atendimento individual eventual**, o **acolhimento**, como uma das principais atividades desenvolvidas pelas enfermeiras e a diminuição de atividades usualmente associadas à Enfermagem na Atenção Básica de Campinas como a **Vigilância Epidemiológica e a Imunização**.

5.1.1.2 – A Gerência do Cuidado

As atividades gerenciais foram atribuídas às enfermeiras, desde o início da enfermagem moderna na Inglaterra com Florence Nightingale, com a divisão técnica do trabalho (Almeida e Rocha, 1986).

Na Saúde Pública, histórica e socialmente, esse era o principal enfoque do trabalho das enfermeiras até a expansão do PSF na rede básica de saúde de Campinas (Silva et al, 2001; Marques, 2003; Takemoto, 2005). Entretanto, com o PSF, ocorreu um declínio destas atividades como citado anteriormente.

As atividades gerenciais foram agrupadas em dois âmbitos: a gerência da equipe de enfermagem e a gerência da unidade de saúde.

Consideramos o grupo **Coordenação, organização, treinamento, controle e supervisão de trabalho de enfermagem** como as atividades referentes à gerência da equipe de enfermagem, enquanto que as demais foram relacionadas à gerência da unidade de saúde, sendo estas: **Coordenação de áreas, programas e equipes que não a de enfermagem, Gerência conjunta da unidade, e Planejamento, organização e avaliação da unidade** (Quadros 1 e 7).

No grupo **Coordenação, organização, treinamento, controle e supervisão de trabalho de enfermagem** (12,1%) notam-se muitas formas de nomear as atividades, sendo mais freqüentes a **supervisão do trabalho da enfermagem** (3,1%), a **escala** (2,7%), **Apoio / Avaliação / Suporte / Verifica setores** (1,9%) e **avaliação de curativo** (1,3%) (Quadro 7).

A freqüência para a atividade **Escala** (2,7%) aponta o uso do nome de um instrumento de trabalho para nomear uma atividade gerencial da organização do trabalho de enfermagem, sendo designada de diversas maneiras como **escala, escala de atividades, escala de enfermagem, escala de serviço, escala de trabalho**, entre outras. O uso deste termo para citar uma atividade reflete uma dificuldade das enfermeiras em nomear o que realiza em seu trabalho, limitando-o e empobrecendo-o. A **escala** é um instrumento, uma tecnologia para organizar ou planejar o processo de trabalho, e não a atividade em si.

Quadro 7 – Atividades Gerenciais Relativas à Equipe de Enfermagem
Citadas pelas Enfermeiras na Rede Básica de Saúde de Campinas/2007

Atividades Gerenciais relativas à equipe de enfermagem e terminologias mais utilizadas	Freq. Absoluta	Freq. Relativa
Coordenação, organização, treinamento, controle e supervisão de trabalho de enfermagem	153	12,1%
Supervisão do trabalho da enfermagem	40	3,1%
Escala	35	2,7%
Avaliação de curativo	17	1,3%
Apoio / Avaliação / Suporte / Verifica setores	24	1,9%
Apoio técnico / Retaguarda / Suporte / Orientação aos auxiliares	11	0,8%
Coordenação da equipe de enfermagem	12	0,9%
Educação permanente / Reunião de Enfermagem/ etc	14	1,0%
Sub-Total	153	12,1%
Total Geral	1259	100%

A atividade **avaliação do curativo** poderia ser agrupada em outra seção, mas como sua frequência foi relevante, resolvemos destacá-la. Do mesmo modo, não a incluímos nas atividades de assistência pelo uso do termo **avaliação**, o que sugere que outro trabalhador realiza o procedimento, mas quem determina a conduta é a enfermeira, como uma atividade de supervisão.

Em relação à atividade **supervisão do trabalho da enfermagem** (3,1%), foi citada especificamente como **supervisão da equipe de enfermagem**, **supervisão em enfermagem**, **supervisão de setores** e **supervisão dos auxiliares**.

Os termos **supervisão em enfermagem** e **supervisão de setores** podem indicar supervisão do trabalho executado pela equipe de enfermagem, enquanto os termos **supervisão da equipe de enfermagem** e **supervisão dos auxiliares** podem indicar a supervisão dos agentes que realizam este trabalho. A diferença é sutil, mas pode trazer o entendimento de trabalhadores de enfermagem como meros executores/máquinas que simplesmente realizam um trabalho técnico, e de trabalhadores que são sujeitos, responsáveis pelo trabalho que executam.

As demais atividades gerenciais citadas pelas enfermeiras (Quadro 7) mantêm essa contradição, ora referem-se aos locais onde o trabalho se realiza, ora aos trabalhadores que realizam esse trabalho.

As enfermeiras coordenam a equipe de enfermagem e, com isso, os espaços onde a equipe atua como sala de procedimentos, sala de vacina, farmácia, recepção, expurgo e sala de esterilização, ou as atividades realizadas como os procedimentos de enfermagem. Ao coordenar, também organizam o processo de trabalho da equipe de enfermagem e conseqüentemente influenciam o trabalho da unidade como um todo.

Retomando a questão da **supervisão**, as atividades de **Apoio / Avaliação / Suporte / Verifica setores** (1,9%) e **Apoio técnico / Retaguarda / Suporte / Orientação aos auxiliares** (0,8%) podem ser consideradas variações em nomear essa atividade (Quadro 7). Assim como o uso dos termos **ajuda, apoio, auxílio, checagem, inspeção, orientação, retaguarda, suporte**, indica uma dificuldade no conceito de supervisão, enfocando-a, predominantemente, no controle e na fiscalização.

Silva (1997), ao estudar a supervisão do trabalho de enfermagem em Saúde Pública, na rede básica de Ribeirão Preto/SP, definiu-a como uma etapa do processo de trabalho humano que contempla ações de ensino, controle e articulação política. É um instrumento gerencial, e histórica e socialmente determinada.

Considerando essa compreensão de supervisão, os resultados encontrados indicam que as enfermeiras entendem-na de um modo restrito, apenas como atividade de controle e fiscalização sobre a equipe de enfermagem, nomeando-a de diversos modos.

Mesmo citando a supervisão como parte do trabalho, as enfermeiras indicam que a mesma não deve ser o único foco de seu trabalho e que também pode distanciá-las do cuidado direto, dificultando a compreensão das necessidades de saúde dos usuários.

“...eu acho que se o enfermeiro tá só na supervisão ele não vivencia isso. Não tem essa oportunidade, esse contato direto com o paciente, colher essas informações dele. Muitas vezes eles não abrem. Eles vão na consulta médica e muitas vezes eles não falam isso lá, vão falar pra gente.” (Maria de Fátima)

Essa fala exemplifica uma valorização do cuidado direto e indica a supervisão como uma atividade limitada e desvinculada da assistência. Esta compreensão restrita da supervisão limita-a como uma etapa do processo de trabalho, pois a desvincula das ações educativas com os agentes de trabalho da enfermagem, que poderiam ser realizadas pelas enfermeiras ao prestar cuidados ao usuário em conjunto com a equipe ou ao acompanhar os cuidados prestados por ela, em um processo dinâmico e interativo, no qual todos aprendem, a enfermeira, a equipe de enfermagem e os usuários, valorizando e reconhecendo o saber de todos.

Em relação à **coordenação da equipe de enfermagem** (0,9%), a mesma foi citada como **coordenação, organização ou gerenciamento da equipe de enfermagem** (Quadro 7).

Ainda foram citadas as atividades de **Reunião de Enfermagem** (0,3%) e **Passagem de plantão** (0,2%). Ambas parecem ser atividades que auxiliam a gerência da equipe de enfermagem. Citou-se a **Educação permanente da equipe de enfermagem** (0,5%), sendo que o termo mais mencionado foi **treinamento** (Quadro 7).

As enfermeiras gerenciam a equipe de enfermagem, quando se referem a coordenar, organizar, treinar, controlar e supervisionar, lidando com os trabalhadores de enfermagem e com espaços físicos onde estes atuam.

Para as **atividades gerenciais relacionadas à gerência da unidade** foram considerados os três grupos: **Coordenação de áreas, programas e equipes que não a de enfermagem, Gerência conjunta da unidade, e Planejamento, organização e avaliação da unidade** (Quadros 4 e 8).

No grupo **Coordenação de áreas, programas e equipes que não a de enfermagem** (5,6%) encontramos as atividades referentes às áreas/programas como **Encarregada / Supervisão dos serviços** (1,6%) e **Abastecimento e manutenção de materiais** (1,2%); às equipes citadas como **supervisão do trabalho da equipe de saúde** (2,3%), **Coordenação / Referência da equipe** (1,1%) e **Orientação / Organização / Suporte aos ACS** (0,3%) (Quadro 8).

Quadro 8 – Atividades Gerenciais Relativas à Unidade de Saúde Citadas pelas Enfermeiras na Rede Básica de Saúde de Campinas/2007

Atividades relacionadas à gerência da unidade e terminologias mais utilizadas	Freq. Absoluta	Freq. Relativa
Coordenação de áreas, programas e equipes que não a de enfermagem	87	6,9%
Supervisão do trabalho da equipe de saúde	30	2,3%
Encarregada / Supervisão dos serviços	21	1,6%
Coordenação / Referência da equipe	15	1,1%
Abastecimento e manutenção de materiais	16	1,2%
Orientação / Organização / Suporte aos ACS	05	0,3%
Planejamento, organização e avaliação	100	7,9%
Reunião	43	3,4%
Organização do serviço / da equipe	25	1,9%
Educação permanente de funcionários	17	1,3%
Planejamento do trabalho	07	0,5%
Demais atividades	08	0,6%
Gerência conjunta da unidade / atividade gerencial	61	4,8%
Parte administrativa / Parte burocrática	27	2,1%
Resolução de problemas/Mediação de conflitos/Bombeirismo	13	1,0%
Co-gestão da unidade	11	0,8%
Gerenciamento da equipe / da unidade	10	0,7%
Sub-Total	248	19,6%
Total Geral	1259	100%

No grupo **Planejamento, organização e avaliação** (7,9%) predominaram a atividade **reunião** (3,4%), seguida da **organização do serviço / da equipe** (1,5%), **educação permanente de funcionários** (1,3%) e **planejamento do trabalho** (0,5%) (Quadro 8).

Em relação à **Supervisão do trabalho da equipe de saúde**, tal qual a **supervisão do trabalho da equipe de enfermagem**, a mesma foi nomeada diversamente, como **supervisão, orientação e suporte aos ACS**. Mantendo a mesma compreensão de supervisão da equipe de saúde como atividade de controle e fiscalização.

Em **Gerência conjunta da unidade/atividade gerencial** (4,8%) encontramos diversas formas de nomear as ações gerenciais referentes à unidade, desde **Parte administrativa / Parte burocrática** (2,1%), **Resolução de problemas / Mediação de conflitos / Bombeirismo** (1,0%),

Co-gestão da unidade (0,8%) até **Gerenciamento da equipe / da unidade** (0,7%) (Quadro 8).

As citações de **Parte administrativa / Parte burocrática** (2,1%) exemplificam a dificuldade das enfermeiras em nomear as atividades gerenciais que realizam e podem até significar certa desconsideração por estas atividades.

Em relação às atividades gerenciais, as enfermeiras as consideram como parte de seu trabalho, indicando-as como algo intrínseco, que aprenderam e precisam fazer, denotando o entendimento de gerência como um trabalho de um chefe, logo, alguém que tem subordinados a comandar, ou talvez, controlar e fiscalizar. Como nos trechos seguintes:

“A gente tem também que ser um pouco chefe, não só enfermeira assistencialista. Sabe? (Odete).

— Eu acho que isso é parte da profissão. (Linda)”

“A gente tem que aprender a ser chefe... Eu não quero mandar em ninguém. Se eu te mandar fazer um curativo, eu quero que você faça do jeito que eu quero! E se você não fizer do jeito que eu quero, eu vou desmanchar e fazer de novo.” (Maria de Fátima)

Os resultados encontrados em **Atividades Gerenciais relacionadas à unidade de saúde** reforçam o papel assumido pelas enfermeiras na Saúde Pública, desde a década de 70, de intermediadoras entre os trabalhadores, desenvolvendo atividades gerenciais na unidade, podendo ser parceiras dos coordenadores das unidades.

A dinâmica na gerência da enfermeira em uma unidade, sendo uma agente intermediadora do processo de trabalho no âmbito local, favorecendo o trabalho da equipe de saúde, pode ser exemplificada pela seguinte fala:

“Às vezes, eu me sinto bombeira lá, porque eu vou lá na sala 5, eu vou lá..., eu vou aqui, volto lá dentro, ligo na vigilância, ligo no distrito, mas é uma atividade que eu gosto de fazer, esse gerenciamento.” (Luli)

A ausência de supervisão para seu trabalho foi outra questão que emergiu na discussão das enfermeiras sobre suas práticas em relação à gerência.

Em Campinas, com a distritalização da saúde, a supervisão das unidades é de responsabilidade dos supervisores distritais, chamados de

apoiadores, responsáveis por gerir e efetivar a política pública municipal de saúde nos serviços, em parceria com a equipe local (Campinas, 2007).

Para as enfermeiras, a ausência dos supervisores distritais é considerada como falta de apoio e parceria para discutir os problemas da unidade, causando a impressão de que os mesmos não estão sensibilizados com as dificuldades das equipes de saúde locais, por não vivenciar seu cotidiano nas unidades.

"O nosso apoio assim não é apoio, né?" (Linda)

"Eles não estão sensibilizados pra extensão dos problemas que a gente está administrando. Muitas vezes a gente fica lá administrando e conflito aqui, conflito ali, você, né? Que a hora que eles chegam, tá tudo em paz. Tudo calmo. Aí, tudo bem por aí?" (Maria de Fátima)

— Aí, quando você conta a história sua é diferente, eles vão entender de uma maneira diferente. Não é a mesma coisa que vivenciar. (Luli)

— Você já coloca a história de uma forma assim, resolvida! Agora, a pessoa que está lá, está vivenciando esse problema e enxerga de uma outra maneira. (Maria de Fátima)"

"Eu tenho que ter o apoio de alguém. Eu tenho que fazer um relatório, eu tenho que ligar pra alguém, uma referência, e, eu não tô tendo isso!" (Luli)

Portanto, ao desenvolver seu trabalho na rede básica de saúde de Campinas, as enfermeiras:

- executam atividades gerenciais sejam diretamente relacionadas à equipe de enfermagem ou à equipe de saúde, contribuindo para a organização do trabalho nos serviços de saúde locais;

- realizam predominantemente as atividades relacionadas à gerência da unidade (19,6%) sobre a gerência da equipe de enfermagem (12,1%), sugerindo que continuam intermediando o trabalho dos diversos trabalhadores de saúde nos serviços, prática essa histórica e socialmente construída;

- nomeiam de diversas maneiras as atividades gerenciais;

- citaram a supervisão como a principal atividade gerencial, tanto na gerência da equipe de enfermagem (**Supervisão do trabalho da equipe de saúde** (2,3%), **Apoio / Avaliação / Suporte / Verifica setores** (1,9%) e **Apoio técnico / Retaguarda / Suporte / Orientação aos auxiliares** (0,8%)) como na gerência da unidade (**Encarregada / Supervisão dos serviços**

(1,6%), **supervisão do trabalho da equipe de saúde** (2,3%) e **Orientação / Organização / Suporte aos ACS** (0,3%).

Com relação às atividades citadas pelas enfermeiras em um dia típico de trabalho, agrupamos algumas em **Outras atividades**, por considerarmos que não correspondiam exatamente nem às atividades assistenciais nem às atividades gerenciais.

Em **Outras Atividades**, relacionamos a **Participação em Conselho Local de Saúde e Colegiado Gestor** e **Atividades não relacionadas à gerência ou à assistência** (Quadros 4 e 9).

Quadro 9 – Outras Atividades Citadas pelas Enfermeiras
na Rede Básica de Saúde de Campinas/2007

Outras Atividades citadas pelas enfermeiras e terminologias mais utilizadas	Freq. Absoluta	Freq. Relativa
Participação em Conselho Local de Saúde e Colegiado Gestor	14	1,1%
Conselho Local de Saúde	12	0,9%
Conselho Gestor	02	0,1%
Atividades não relacionadas a gerência ou a assistência	97	7,7%
Avaliação / Convocação de resultados de exames	41	3,2%
Cobertura de setores por falta de funcionários	22	1,7%
Discussão de caso em equipe multiprofissional	11	0,8%
Marcação de especialidades / consultas / agenda médica	09	0,7%
Atendimento de telefone	06	0,4%
Demais atividades	08	0,6%
Sub-Total	111	8,8%
Total Geral	1259	100%

A **Participação em Conselho Local de Saúde (CLS) e Colegiado Gestor** foi agrupada neste item, por considerarmos que a mesma representa uma atividade não contemplada nem na assistência e nem na gerência, sendo parte do trabalho em uma unidade de local de saúde, que traduz uma ação “política” que pode influenciar a organização do serviço.

Apesar do discreto resultado encontrado, com 0,9% para o Colegiado Gestor e 0,1% para o CLS, a sua menção chamou-nos a atenção, por ser uma atividade realizada esporadicamente (as reuniões do CLS são mensais e as do Colegiado Gestor são quinzenais ou mensais). Será que essas

atividades podem ser consideradas cotidianas? Apesar de discreto, esse resultado pode indicar que as enfermeiras valorizam esses fóruns.

O estudo de Benetti (2007) sobre o perfil das enfermeiras na rede básica de saúde de Campinas considerou que, em relação ao perfil político-social, 18,8% das enfermeiras eram membros do CLS, 4,5% da Associação Brasileira de Enfermagem, 7,5% de outras entidades civis, 6% de partidos políticos e 5,3% em sindicatos profissionais. Destacando a participação no CLS, podemos supor que a participação no conselho é uma atividade significativa para as enfermeiras na rede básica e, talvez, valorizada, visto que mesmo não sendo uma atividade cotidiana, foi assim citada.

Em relação às **Atividades não relacionadas à gerência ou à assistência**, ao mesmo tempo em que surpreenderam, também causaram preocupações, pelas citações como a **Avaliação / Convocação de resultados de exames** (3,2%) ou a **cobertura de setores por falta de funcionários** (1,7%), principalmente de auxiliares de enfermagem, pela falta destes (Quadro 9). Apesar de a enfermeira estar realizando as atividades que rotineiramente seriam delegadas ao auxiliar ou técnico de enfermagem, mesmo quando está realizando o trabalho do outro, consideramos que seu trabalho não deverá ser igual, devido a sua formação e atuação diferenciada. Tal atividade também pode indicar uma característica de gênero incorporada ao seu trabalho. As enfermeiras realizam o trabalho do outro por acreditar que ele deva ser realizado e não por avaliarem as necessidades dos usuários que atendem, pois estas “substituições” poderiam ser oportunidades para a construção de vínculo com os usuários, para a avaliação dos cuidados prestados pela equipe e mesmo para a supervisão indireta do trabalho da equipe.

As atividades **atendimento de telefone e marcação de especialidades / consultas / fazer agenda médica** são atividades que podem ser delegadas a outros funcionários e podem ser feitas esporadicamente pelas enfermeiras, se contextualizadas em um processo de trabalho, mas ao serem citadas como atividades típicas de um dia de trabalho são preocupantes, pois tanto podem indicar a mesma **cobertura de**

setores por falta de funcionários, quanto uma dificuldade em entender qual é seu trabalho na atenção básica.

As enfermeiras relataram a **cobertura de setores por falta de funcionários** como um fato real e cotidiano em suas práticas nos serviços, por falta de funcionários, principalmente, dos auxiliares de enfermagem. Para gerenciar essa realidade, primeiro remanejam funcionários para manter a continuidade dos atendimentos e, quando necessário, executam as atividades designadas a esses funcionários.

"...substituição de auxiliar, pelo menos na minha prática é quando falta auxiliar, aí você vai lá fazer as vezes dele. Então aquele dia, por exemplo, essa semana eu fiquei no acolhimento porque não tinha auxiliar na minha equipe. Então eu fiquei no acolhimento, e daí, eu também não chamo de acolhimento, eu já chamo de consulta de enfermagem porque o que a gente faz ali, muitas vezes o auxiliar agendaria, já faz ali. Então é bom pro paciente. Eu acho isso, a gente só pensa no paciente, a gente briga, não gosta de tá ali substituindo, mas a gente pensa no paciente, não quer que ele fique retornando, né? Então a gente acaba fazendo isso." (Bia)

"...essa questão de, a organização do serviço fica a desejar porque sempre a gente fica patinando com relação à questão de número de auxiliares." (Maria)

"Só que a realidade da rede de Campinas, falta muito auxiliar. E às vezes a gente se vê tendo que participar da ação junto com o funcionário pra ajudar, porque não dá conta. Eu fiquei muito tempo com três auxiliares, muito tempo. Então eu tinha que dividir com eles todas as atividades. E fazer a minha parte também de supervisão, acolhimento. É complicado!" (Luli)

"...a gente tem que fazer esse remanejamento e muitas vezes a gente tem que assumir sala porque não tem, não tem pessoal." (Maria de Fátima)

Contudo, ao realizar o trabalho no lugar do outro, reconhecem que executam essas atividades com suas especificidades como enfermeiras.

"...a gente faz esse papel do auxiliar, mas com uma visão do enfermeiro, de um tratamento diferenciado, porque o curativo não é igual." (Luli)

"Agora, eu acho que tudo que a gente põe a mão vira consulta de enfermagem, um atendimento mais qualificado né." (Bia)

Já a **Discussão de caso em equipe multiprofissional**, apesar do resultado discreto (0,8%), demonstra um modo diferente do fazer, voltado ao trabalho em equipe, numa aproximação ao modelo usuário-centrado. Embora sem possibilitar conhecer o foco desta atividade, indica um caminho para o trabalho das enfermeiras na atenção básica, na perspectiva de um trabalho em equipe, baseado na interdisciplinaridade e na comunicação

entre os trabalhadores, onde os diversos saberes se agreguem possibilitando a atenção centrada nas necessidades do usuário.

Para finalizar a categoria **a dimensão do cuidado**, destacamos alguns pontos comuns na análise dos resultados das atividades citadas como típicas pelas enfermeiras:

- dificuldade em nomear de modo específico, sistematizado, claro e inteligível profissionalmente as atividades desenvolvidas, como exemplo **“escala”, “reunião”, “parte burocrática”**;

- uso de diversos nomes para caracterizar uma mesma atividade, por exemplo, a consulta de enfermagem era citada como **“atendimento individual”, “consulta”, “atendimento”, “atendimento de consulta de enfermagem”, “consulta de enfermagem”**;

- utilização da identificação das atividades desenvolvidas por referência às patologias ou procedimentos *“per si”* para designar as mais freqüentes, exemplos **“grupo de hipertenso”, “consulta de desnutridos”, “coleta de Citologia Oncótica (CO)”, “injeção”**;

- uso de termos variados para designar o usuário, como pela patologia (**diabético, tuberculoso**), pela fase no ciclo vital (**recém-nascido, criança, adulto, idoso**), pela característica de gênero (**mulher**), pelos termos usados no modelo clínico de atenção à saúde (**puericultura, pré-natal**), sem nenhuma referência aos motivos de tamanha diversidade, muitas vezes, na mesma entrevista.

Estes resultados mostram que as enfermeiras na rede básica de saúde têm dificuldade em nomear o seu fazer, mas refletem em suas respostas as contradições que vivenciam no dia a dia. O uso de uma terminologia padronizada para a enfermagem tem sido discutido no Brasil e em outros países, visando a apoiar e visibilizar a produção da enfermagem, sendo estimuladas e desenvolvidas pesquisas que visam a construção de uma terminologia internacional para a enfermagem, assim, alguns exemplos são a Classificação das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva (CIPEsc) da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) e a Classificação das Práticas de Enfermagem (CIPE) do Conselho Internacional de Enfermagem (CIE, 2005; Nóbrega e Garcia, 2005).

A implantação do PSF em Campinas visou a uma mudança de modelo de atenção à saúde, mas as atividades em geral traduzem o enfoque fragmentado e procedimento-centrado do cuidado desenvolvido pelas enfermeiras, contrapondo-se ao enfoque integral e usuário-centrado. Transformaram-se também os modos de prestar esse cuidado. Antes do PSF, as enfermeiras respondiam pela gerência da unidade em parceria com o coordenador. Atualmente isso diminuiu, ampliando-se nos serviços as ações de cuidado direto aos usuários, tanto da demanda organizada como da espontânea.

O trabalho desenvolvido pelas enfermeiras na rede básica de saúde de Campinas está assim modificado, ocorrendo um predomínio das **atividades assistenciais** (59,3%) em relação às **atividades gerenciais** (31,8%).

As **atividades assistenciais voltadas ao indivíduo** (38,5%) prevalecem sobre as **atividades assistenciais voltadas à coletividade** (20,8%), do mesmo modo, as **atividades gerenciais relacionadas à gerência da unidade** (19,6%) predominam sobre as **atividades gerenciais relacionadas à equipe de enfermagem** (12,1%).

Desta maneira, novas atividades estão sendo realizadas como o **Acolhimento**, enquanto outras tradicionais da área diminuíram como a **vigilância epidemiológica e as imunizações**.

Tais resultados confirmam os encontrados por Marques (2003) e Takemoto (2005), indicando, contemporaneamente, as mesmas transformações no trabalho das enfermeiras, estando estas, após a implantação do PSF, voltadas ao cuidado direto em detrimento à gerência, diferentemente dos achados de Silva et al (2001) sobre a prática das enfermeiras na década de 90, onde predominavam as atividades gerenciais sobre as assistenciais. Isto reforça a idéia de que as enfermeiras adaptam-se às mudanças exigidas pelos modelos de atenção à saúde, ampliando e transformando suas práticas de acordo com o contexto em que estão inseridas.

Continuando a apreender o trabalho das enfermeiras na Atenção Básica, apresentamos a seguir a outra categoria.

5.1.2 – Entendendo o processo de trabalho

Marx (1994) definiu processo de trabalho como o modo de atuar do homem sobre a natureza, submetendo-a ao seu controle e transformando-a em formas úteis. Ao agir assim, o homem transforma a si mesmo, imprimindo ao material um projeto que já idealizou anteriormente, atribuindo um significado ao próprio trabalho.

Os elementos que constituem o processo de trabalho são: o objeto, os instrumentos e a finalidade. O objeto é a matéria sobre a qual se aplica o trabalho (Marx, 1994); os instrumentos são construídos historicamente, são coisas que o trabalhador coloca entre si e o objeto de trabalho, servindo para dirigir sua atividade sobre o objeto (Mendes-Gonçalves, 1992); e a finalidade é aquilo que está *“presente em todos os elementos constituintes do processo de trabalho”* e *“significa a interiorização produtiva da necessidade humana”* (Peduzzi, 2001).

Na saúde, o processo de trabalho, historicamente, teve seu objeto de trabalho modificado, do homem com necessidades de saúde para o homem com necessidades de doença (Mendes-Gonçalves, 1992). Objeto que ainda hoje se luta para modificar, inclusive com o PSF, propondo-se um novo paradigma com a mudança do modelo de atenção à saúde.

A categoria anterior, **a dimensão do cuidado**, contribuiu para apreender o trabalho realizado pelas enfermeiras na atenção básica, destacando a continuidade do foco no procedimento, com predomínio da atenção individual, na perspectiva biomédica. Nesta categoria, focaremos o objeto do trabalho, os instrumentos utilizados e as semelhanças e mudanças no trabalho na atenção básica em diferentes unidades de saúde, que foram abordados nas subcategorias: a complexidade (objeto/trabalho), as tecnologias leves e as semelhanças e diferenças no trabalho.

5.1.2.1 – A Complexidade (objeto / trabalho)

A Saúde, como uma questão humana e essencial, envolve *“uma complexa interação entre aspectos físicos, psicológicos, sociais e ambientais da condição humana e de atribuição de significados”* (Minayo, 2000, p.15).

Compreendida como campo de atuação dos trabalhadores de saúde, a Saúde define-se em uma realidade social, sendo determinada histórica, política, econômica e culturalmente (Minayo, 2000; Rocha e Almeida, 2000).

O objeto do trabalho na atenção básica é o cuidado ao indivíduo, à família e à comunidade, entendidos como sujeitos sociais, imersos em um contexto social, político, econômico, cultural, religioso e simbólico, com necessidades sociais diversas. Portanto, é um objeto de trabalho dinâmico e, principalmente, complexo.

As enfermeiras vivenciam essa complexidade do objeto como uma especificidade que diferencia seu trabalho na atenção básica de outro campo de atuação da enfermagem, principalmente, o hospital.

“Quando uma pessoa chega, as histórias que chegam pra gente. Eu falo assim, eu trabalhei no Mario Gatti (hospital público municipal de Campinas) e parece que eu cresci mais nesses dez anos que eu estou fora do Mario Gatti do que na época que eu estava lá. Porque eu não tinha noção, assim, das histórias cabeludas que rolam. E às vezes as pessoas chegam e começam a falar. Eu falo: gente, isso é real ou é um filme que ela assistiu e está contando! É totalmente fora da nossa realidade. A gente custa a acreditar que aquilo existe.” (Maria de Fátima)

Ao perceberem e vivenciarem a complexidade do seu objeto de trabalho, as enfermeiras relatam um misto de prazer e sofrimento, refletindo assim, uma contradição. Ser enfermeira de Saúde da Família é o que almejaram, cuidar do usuário, da família, mas, ao mesmo tempo, lidar com os sofrimentos humanos e sociais as “adoece”, faz mal a si e à equipe de enfermagem.

“Muitos quando não tem muita gente, falam muito lá na sala, choram, e aí você conversa. Elas falam da vivência familiar, da situação de cárcere que elas vivem e tudo isso, tem que ter uma resiliência enorme porque você vai ouvindo toda essa demanda, é difícil, não é fácil!... Mas uma coisa que me apaixona é o cuidado com o paciente, e a família que é o núcleo de tudo. A família, como que essa pessoa veio? Como que foi a constituição dela perante aquela comunidade? Como que ela é aceita, como que ela se inseriu lá, a profissão que ela escolheu, o casamento que ela escolheu,

quem fez ela casar? Como foram essas relações. Isso é muito interessante! Isso vem, depois a doença dela, vem aflorar na doença, o que que ela sente. É muito interessante!" (Luli)

"Então a gente tem que saber também, o que que é, qual é a nossa praia, né? Tem aquela coisa do COREN das especialidades, né? Eu acho que a minha especialidade é Saúde Pública. É isso aí: Saúde da Família... Às vezes a gente brinca que aqui no CS, tem acho que umas dez pessoas que estão com 48, 50 anos, né? Daqui dez anos nós estamos sexagenárias e os pacientes não vão agüentar nós! (risos) Dez velhas aqui dentro! (risos) E são as pessoas que têm mais essa resiliência, mais esse pique de trabalho, que não falta, não tira licença, tá ali ponta firme. Então, é uma coisa que me impressiona isso! E as pessoas que estão a menos tempo, teretete tira licença, não agüenta, fica doente mesmo! Elas não conseguem lidar com esse volume de problemas, de gente, né?" (Bia)

O adoecimento da equipe de enfermagem é uma realidade nas ESF, sendo citado pelas enfermeiras como uma dificuldade comum, aos diversos serviços, pela constante ausência de funcionários por licença-médica. Afirmam ainda que tal fato exige constantes rearranjos na organização do trabalho.

"Eu vejo assim os centros de saúde cada vez mais cheios, a gente cada vez mais assoberbada e perdida mesmo, né? E os outros tirando licença, que a gente não tem coragem de tirar!" (Bia)

"A nossa realidade hoje tá invertida, a gente vê os jovens, né? Você vê que o jovem entrou, uma semana depois, um mês depois, já tá aí, um atestadinho." (Maria de Fátima)

No trabalho das ESF, em Ribeirão Preto/SP, Camelo (2006) identificou vários riscos psicossociais relacionados ao estresse como a falta de preparo e capacitação, sobrecarga de papéis, longas horas de trabalho, conflito no trabalho em equipe, dificuldade para conciliar trabalho e família, insuficiência de recursos materiais e humanos. Estes riscos, se não forem gerenciados, segundo a autora, *"podem influenciar a saúde dos trabalhadores, o desempenho e a satisfação no trabalho"* (Camelo, 2006, p.141).

Ao lidar com a complexidade do objeto e do trabalho na atenção básica, as enfermeiras vivenciam alguns destes riscos identificados como despreparo, sobrecarga de papéis, conflito no trabalho em equipe, tanto na ESF como na equipe de enfermagem, e, dificuldade para conciliar trabalho e família. O que indica que no seu trabalho vivenciam riscos psicossociais

relacionados ao estresse que podem estar provocando adoecimentos, sendo um dos possíveis fatores a complexidade do objeto de trabalho.

As enfermeiras relatam que os trabalhadores mais experientes, mais “velhos”, enfrentam melhor o desgaste do trabalho, sendo mais resilientes e comprometidos com a população e os serviços.

O despreparo para atuar na atenção básica, um dos riscos psicossociais relacionado ao estresse, foi percebido pelas enfermeiras, como outro ponto que diferencia seu trabalho daquele desenvolvido em outras áreas. O que torna o trabalho tão complexo quanto o objeto.

“Eu tô enjoada de dar plantão, não quero mais essa vida, então fui pro posto. Cheguei lá, eu me senti assim, um cachorro que caiu de caminhão de mudança. Completamente diferente. Perdida. E eu falei: — Eu descobri o que eu quero. Eu quero fazer assistência. Eu não quero lidar com chefe. Eu não quero lidar com reunião. Eu quero lidar com paciente. É o que eu gosto!” (Maria de Fátima)

As enfermeiras participantes deste estudo são experientes, com anos de atuação na enfermagem, no entanto, ao mudarem do hospital para a rede básica, percebem-se despreparadas para trabalhar na atenção básica pela complexidade do trabalho.

Mesmo focando suas ações nos procedimentos, baseado no modelo biomédico, como discutido anteriormente, as enfermeiras necessitam ampliar seus saberes, visto que cuidam de recém-nascidos, crianças, adolescentes, adultos e idosos, homens e mulheres, com suas necessidades biológicas. Somente este cuidado relacionado às necessidades biológicas dos usuários nas várias fases do ciclo de vida, já diferencia o trabalho das enfermeiras na atenção básica do trabalho da enfermagem em outras áreas, exigindo um saber ampliado e diversificado, ou seja, uma enfermeira generalista.

Considerando ainda as relações, os modos singulares de operar esse trabalho, seja no cuidado direto ou na gerência, o trabalho das enfermeiras na atenção básica e na saúde, em geral, torna-se complexo, por ser o que Merhy (1997) denomina de *“trabalho vivo em ato”*, ou seja, ocorre no momento em que se realiza.

...estes profissionais são detentores de um conjunto de saberes e de modos de fazer os atos de cuidar que lhes permite também gerar processos mais ou menos centrados nos usuários, o que irá

favorecer para produzir maior ou menor tensão no terreno de negociação entre eles e o mundo das necessidades. (Merhy, 2003, p.22)

Ao perceberem a complexidade do objeto e do trabalho que desenvolvem, as enfermeiras podem potencializar suas práticas, desenvolvendo-as mais centradas nos usuários e suas necessidades.

5.1.2.2 – As Tecnologias Leves

Ao desenvolver o processo de trabalho na atenção básica, as enfermeiras se utilizam de instrumentos de trabalho, tecnologias, como foram denominadas por Mendes-Gonçalves(1994) e Merhy (1997).

Para Merhy (1997), na produção do cuidado utilizamos tecnologias duras, como os equipamentos e máquinas; as leve-duras, como os saberes e os conhecimentos; e as leves, os modos relacionais de agir.

Ao discutirem seu trabalho, as enfermeiras relataram algumas tecnologias leves como o vínculo, a responsabilização, a escuta, a “clínica ampliada”, o *feeling*, o afeto, a comunicação e a criatividade.

Os trechos seguintes exemplificam algumas dessas tecnologias leves:

“Reforça o vínculo também com a população, né? Esse atendimento que você faz, ele reforça muito o vínculo com a população e isso aí faz uma diferença muito grande na hora que você vai discutir algumas regras, fazer alguns contratos com a população, isso é importante, né?” (Luli)

“No CS tem Lian Gong todos os dias. Então a gente tenta fazer com que as pessoas participem. Então alguns são muito resistentes. Imagina fazer movimentos físicos, né? Um homem de 60, uma mulher de 70. Ah, nunca fiz isso, tenho vergonha, usar tênis. Então fica uma coisa extravagante, mas é isso, né? A gente tem que andar, “tá” se movimentando. Então é difícil a gente lidar com a resistência do paciente, é, a gente tem que fazer malabarismos para eles tentarem.” (Bia)

“Eu chego lá no trabalho, eu olho para uma das meninas, eu sei que elas estão com dor, se elas estão. Eu sei, eu já tenho, pô, trinta anos. É só olhar para a cara da pessoa! (Odete)

— Essa prática dá esse olhar para a gente. (Maria)

— Quantas vezes eu. Uma vez eu pulei o balcão que eu vi que a paciente ia desmaiar. Entendeu? Eu tenho esse, essa coisa de olhar para a pessoa. (Odete)

— Eu tenho isso. (Maria de Fátima)”

Destacamos o *feeling* como um exemplo de uma tecnologia leve, que instrumentaliza as enfermeiras em seu trabalho, potencializando suas práticas no cuidado direto e na gerência.

Essas tecnologias leves são construídas no cotidiano do trabalho, de acordo com a experiência profissional, sendo identificadas como importantes instrumentos de trabalho que se autorizaram a usar em suas práticas.

"E uma coisa assim, falando em abraços, de uns anos pra cá, eu tenho abraçado as pessoas. Era uma coisa que antes eu achava não vou misturar. Não é amiga, não é parente. Mas tem gente que me toca sim, porque existe uma afinidade de almas. Sabe? Uma coisa muito gostosa e eu abraço! E tem pessoas, não é muito por afinidade, mas aquelas que estão nessa coisa de depressão, não sabem que caminho tomar. Então eu abraço para ver se passo alguma energia boa. Não sei se tenho ainda certa energia, mas eu acho que eu devo ter. Então eu acho que é uma prática também legal para a gente tentar estimular. As pessoas se abraçarem, cuidarem do corpo." (Bia)

"Ah, eu sei lá que eu sou uma pessoa que eu não sei esconder a minha angústia, a minha tristeza, a minha felicidade. Então assim, eu gosto de trabalhar com crianças. Então, aquelas mães que falam muito da vida, eu abraço. Embora você. Sabe? Você venceu as dificuldades, você conseguiu amamentar seu filho. Ele está ganhando peso. Eu pensei até assim, uma lembrancinha para dar aquela mãe para incentivar. Uma coisinha. Entendeu? Então eu sou realmente uma pessoa que eu fico bem. Ah, os pacientes chegam e já me abraçam." (Odete)

"Não é só o trabalho manual não, artesanato! Mas essa coisa de ouvir, de abraçar. Eu falo assim: se você pegar tudo isso e colocar numa produção, não vai ter folha! (Maria de Fátima)

— É clínica ampliada, né, Maria de Fátima? Que estão falando tanto, mas o enfermeiro é o que mais faz a clínica ampliada dentro da clínica. (Linda)"

Reconhecem, também, que os usos dessas tecnologias leves potencializam seu trabalho na atenção básica, sendo resolutivos. Entretanto, esses instrumentos de trabalho geram atos de cuidar que nem sempre são possíveis de dimensionar e documentar em dados de produção, pela sua dinamicidade.

"Às vezes, a gente é resolutiva desse jeito. Assim, conversando. Ah já resolveu ali, já vai embora. Uma dúvida. Uma coisa bobinha... Às vezes até o auxiliar sabe, elas batem a cabeça, pede para todo mundo, ninguém soube. Eu fico boba, às vezes uma coisa tão na cara, óbvia. E a gente fala, pronto, a pessoa já ficou legal." (Bia)

"Eu vou pelos corredores e o pessoal já vai parando para conversar, porque eu dei alguma informação, a pessoa sai alegre." (Odete)

As tecnologias leves citadas pelas enfermeiras refletem um processo de trabalho dinâmico, processual, permeado pelas relações que se estabelecem entre pessoas.

Franco e Merhy (2003, p.122), ao discutirem em seu trabalho o PSF, colocam que *“os pequenos atos do cotidiano dão perfil novo à assistência, quando articulados entre trabalhadores e usuários, numa dada situação onde um e outro colocam-se como sujeitos de um mesmo processo, da produção da saúde.”*

Potencializando o uso dessas tecnologias leves para reorganizar os processos de trabalho, as enfermeiras podem contribuir para a mudança do modelo de atenção à saúde, tornando-o centrado nos usuários.

5.1.2.3 – Semelhanças e Diferenças no Trabalho

As equipes de saúde têm construído seus processos de trabalho de modos diversos, porém semelhantes. Esses modos de operar o trabalho são reconhecidos pelas enfermeiras como um construto histórico, social e político.

Ao perceberem as semelhanças, identificam que o trabalho na atenção básica modificou-se, transformando também suas práticas. Se, no início, era “tranquilo”, hoje se converteu em algo complexo:

“Então eu tava escutando vocês falarem, eu pensei, eu tenho pensado de uns tempos pra cá que a gente é um “bicho em extinção”! Essas enfermeiras mais velhas, a gente foi se adaptando. Às vezes eu lembro do tempo em que dava tempo das atendentes, na época, fazer tricô, crochê. Lá em Paulínia, nossa! Sala de vacina... o crochezinho rendia, o tricô, a conversa. Hoje em dia a gente não tem tempo de conversar. Nada. A gente não se fala. A gente fica sabendo dos problemas da outra assim meio por cima, por outra, depois que aconteceu. Então não tem tempo de conversar, a gente só trabalha o dia inteiro. É pau pra toda obra mesmo, enfermeiro de verdade. Agora o que eu acho é que a gente é assim, porque a gente foi se adaptando e não sei, parece que nem sentiu, né? Esse modelo querer mudar.” (Bia)

As mudanças do trabalho desenvolvido pela enfermagem na Saúde Pública foram discutidas por diversos autores (Brasil, 1985; Villa, Mishima e Rocha, 1997; Almeida, 1991; Almeida e Rocha, 1986; Silva et al, 2001, entre

outros), ressaltando a constituição histórica e social dessas práticas, com a ampliação e diversificação das atividades desenvolvidas.

Na rede básica de Campinas, as enfermeiras realizam um amplo e diversificado conjunto de atividades, como apresentado no Quadro 4 e já discutido anteriormente, entretanto, o modo de organização deste trabalho dependerá do número de enfermeiras em cada serviço de saúde.

Cada unidade de saúde local em Campinas é constituída por um número variável de ESF, havendo CS com apenas uma ESF ou com até cinco. Conseqüentemente, o número de enfermeiras também se modifica. Tal fato implica que mesmo desenvolvendo as mesmas atividades, os modos de organização dos processos de trabalho serão diferentes, como as falas seguintes exemplificaram:

"Porque às vezes num mesmo dia, um enfermeiro tá num grupo de hipertenso, o outro sai pra visita domiciliar e o outro, vamos dizer tá, tá em consulta, né?" (Maria de Fátima)

"Já, no meu serviço a gente faz de um jeito diferente! É, o enfermeiro tá voltado totalmente pra consulta de enfermagem e essa supervisão, essa que você tem que tá, sabe? É. A gente não consegue mais fazer. Eu fico a tarde inteira fazendo atendimento, consulta de enfermagem." (Odete)

"...foi construído um centro de saúde novo e foi mantido apenas uma equipe de referência e só tem eu de enfermeira. Então eu sinto assim, que dá às vezes alguma angústia, nesse sentido, que eu não consigo organizar esse serviço de tal forma que esse processo de trabalho flua diferente..." (Maria)

O gerenciamento do cuidado pode ocorrer de forma diferenciada em sua organização, de uma unidade a outra. Quando há mais de uma enfermeira no mesmo serviço, elas dividem a gerência, no entanto, quando há apenas uma, esta responde pelo todo.

Quanto ao cuidado direto, a organização é semelhante nos diversos serviços. Entretanto, existem locais que em alguns períodos de funcionamento, as enfermeiras respondem sozinhas pelo cuidado, sem retaguarda médica na unidade.

"Agora uma coisa que me deixa intrigada, gente. É assim... Os três generalistas são ótimos! Então, só que eles saem às cinco da tarde... Então das cinco às sete, a Bia marmitão,... é a única enfermeira que fica até mais tarde. (Bia)

— Isso que é ruim! A gente fica sozinha. (Linda)"

Os horários de funcionamento das unidades variam, perfazendo de 09 a 15 horas diárias. Assim, dependendo da organização do serviço, mesmo em unidades com mais de uma enfermeira, em alguns períodos, as mesmas podem responder sozinhas, tanto pelo cuidado direto como pela gerência da equipe de enfermagem e da unidade.

Como as enfermeiras estão predominantemente voltadas para o cuidado direto, realizando atividades assistenciais, as atividades gerenciais são delegadas a segundo plano, principalmente, a supervisão. Assim, introduziu-se, em Campinas, mais uma enfermeira em alguns CS, denominada de enfermeira matricial, com a função de realizar essas atividades, apoiando as ESF.

Essa enfermeira matricial foi citada, nos trechos seguintes, tanto como uma necessidade pela demanda e realidade dos serviços, quanto como mais uma enfermeira na unidade para cobrir a falta de outra. Sua existência pode possibilitar outros rearranjos nas unidades como a ampliação da oferta de atendimentos, principalmente, os voltados à coletividade.

“Então, é, o posto, muitas vezes ele está descoberto. Se tem uma de férias, aí, então vira uma catástrofe, né? E a gente conseguiu com essa quarta enfermeira, né? É. Nós conseguimos assim, ampliar, a gente tinha um grupo de caminhada de 15 pessoas, nós estamos com 55. A gente orienta olha você precisa fazer caminhada, precisa dar um condicionamento pro coração, explicando, né? Os diabéticos, o grupo aumentou assim, tremendamente. Os grupos de hipertensos assim, tá tendo, eles estão tendo uma frequência maior. Mas, é assim, estando o enfermeiro no posto pra poder tá aumentando. Olha, precisa. É necessário para gente poder tá fazendo esse acompanhamento, tá vendo a dose de seu remédio, se tá funcionando ou se não está. Esse dia a dia que o enfermeiro não fica lá faz realmente falta.” (Maria de Fátima)

“Eu acho que no centro de saúde além de ter um enfermeiro para cada equipe, tem que ter um enfermeiro para o centro de saúde. Porque a demanda agora é muito grande no centro de saúde e teria que ter esse enfermeiro pra tá com essa visão, de tá vendo o que tá acontecendo.” (Odete)

Essa “nova” função de trabalho para a enfermeira na atenção básica, ainda é uma incógnita, necessitando ser estudada. Parece resgatar a função histórica da enfermeira como intermediadora dos processos de trabalho dos agentes nas equipes de saúde locais. Sendo assim, como fica o gerenciamento dos outros trabalhadores de enfermagem? Quem os

gerenciará, a enfermeira da ESF da qual fazem parte ou a enfermeira matricial? Responderão ora a uma, ora a outra?

A introdução da enfermeira matricial aponta a necessidade do trabalho gerencial da enfermeira na atenção básica, no entanto, pode indicar que os gestores de saúde de Campinas o compreendem tanto como um trabalho essencial, quanto secundário. Essa enfermeira matricial pode estar contribuindo para deslocar definitivamente o trabalho da enfermeira para o cuidado direto, visando desocupá-la da gerência, liberando-a para aquilo que, como já apresentamos, significa o atendimento individual. Assim, haveria mais trabalhadores de saúde para o atendimento individual, mais consultas, só que agora das enfermeiras. Em Campinas, onde o trabalho das enfermeiras continua pautado predominantemente no modelo assistencial biomédico, procedimento-centrado, realizar mais atendimentos individuais pode contribuir para a cristalização deste modelo.

De outro modo, se as enfermeiras realizarem o cuidado direto, baseando-se em tecnologias leves, como instrumentos fundamentais para seu trabalho, com foco nas necessidades dos usuários, talvez possam instigar os outros trabalhadores das ESF, modificando os processos de trabalho.

Tais reflexões são inquietantes, indicando que estudos que analisem o trabalho dessas enfermeiras matriciais podem ser interessantes e necessários.

Ao finalizar a análise desta categoria, **entendendo o processo de trabalho**, concluímos que as enfermeiras:

- reconhecem seu objeto e seu trabalho como complexos;
- refletem prazer e sofrimento pelo trabalho, o qual, por sua complexidade, pode até provocar adoecimentos;
- utilizam diversas tecnologias leves, o que potencializa seu trabalho como resolutivo;
- desenvolvem um trabalho dinâmico e relacional;
- percebem os diversos processos de trabalho como semelhantes e diferentes pelo modo como estão organizados.

Em relação ao trabalho das enfermeiras na atenção básica em Campinas, podemos apreendê-lo como um trabalho construído historicamente, política e socialmente, que apresenta transformações contemporâneas, estimuladas pela proposta de alteração do modelo de atenção à saúde.

Com a implantação do PSF visou-se a uma mudança do modelo de atenção à saúde, mas, efetivamente, isto não ocorreu. As práticas das enfermeiras na rede básica de saúde continuam, predominantemente, centradas nos procedimentos. Entretanto, o enfoque do trabalho se modificou, caracterizando-se pelo cuidado direto na forma do atendimento individual, em detrimento da gerência do cuidado.

Destacam-se algumas especificidades no trabalho na atenção básica, como a percepção da complexidade do objeto e do trabalho e o uso diverso de tecnologias leves, organizando de modos diversos e semelhantes os processos de trabalho. Com isso, as enfermeiras apontam seu trabalho como específico, baseado em relações e no uso de várias tecnologias leves, fatos que poderiam potencializar novos arranjos nos processos de trabalho, estimulando a equipe de enfermagem e a equipe de saúde a reordenar suas práticas.

As enfermeiras são flexíveis, adaptam-se às transformações nas organizações dos serviços e ao contexto em que estão inseridas, contudo, continuam mantendo seu trabalho centrado nos procedimentos, sendo complementar ao trabalho médico.

Ao apreender o trabalho das enfermeiras na rede básica de saúde de Campinas, notamos que os modos de organização mudam, mas a finalidade do trabalho continua a mesma: atender aos usuários com necessidades de doença, ou seja, cuidar do corpo biológico doente.

5.2 – Entendendo a Enfermagem como um Trabalho Feminino

Começaremos outro tema, discutindo as percepções das enfermeiras sobre seu trabalho sob duas categorias: **a enfermagem como trabalho feminino e as relações de gênero.**

O tema emergiu durante a análise dos dados, sendo considerado relevante por abordar especificamente um dos referenciais teóricos – Gênero, destacando aspectos femininos do trabalho e das enfermeiras.

5.2.1 – A Enfermagem como Trabalho Feminino

As discussões sobre gênero na enfermagem têm crescido nas últimas décadas, como já citamos anteriormente. Questões de gênero têm sido estudadas nesta área por várias autoras como Fonseca R. (1996), Lopes, Meyer e Waldow (1996), Pereira e Silva (1999), Coelho (2001, 2003), entre outras.

Tais estudos referem-se à enfermagem como uma prática social feminina, marcada pelas divisões sexual e social do trabalho, desde o início do capitalismo, caracterizando-se pelo cuidar e pela subordinação ao saber médico (Fonseca R., 1996; Lopes, Meyer e Waldow, 1996; Pereira e Silva, 1999; Coelho, 2001, 2003).

O cuidado, considerado a essência da enfermagem, é compreendido como um fazer feminino. Na nossa sociedade, o cuidar, histórica e socialmente, foi associado às mulheres, e quando foi institucionalizado, continuou a ser exercido pelas mesmas, com baixa remuneração, desvalorizando-o (Fonseca R., 1996; Fonseca T., 1996).

A enfermagem, ao exercer este cuidar, tem duplamente desvalorizado seu trabalho, tanto pelo próprio fazer em si, pois o cuidar é considerado um ato repetitivo e cotidiano da mulher, como pela subordinação ao saber médico, já que no modelo predominante procedimento-centrado, a enfermagem é um instrumento do trabalho médico, sendo seu fazer complementar (Fonseca R., 1996, Almeida e Rocha, 1997).

Três subcategorias mostram como as enfermeiras percebem seu trabalho como feminino: **sendo mulher e enfermeira, o reconhecimento social e a subjetividade do trabalho.**

5.2.1.1 – Sendo Mulher e Enfermeira

Simone de Beauvoir (1989), já em 1949, lembrou-nos em uma frase muito conhecida que “Ninguém nasce mulher, mas se faz mulher”. Tal afirmação indica que a mulher deve ser considerada como um construto social e cultural. Assim, as enfermeiras posicionam-se no mundo, primeiro como mulheres, depois como enfermeiras, trazendo para seu trabalho as mesmas questões que vivenciam no seu cotidiano.

Ao perceberem seu trabalho como feminino, as enfermeiras entendem que suas vivências, enquanto mulheres, as qualificam para seu trabalho, instrumentando-as para a dinâmica do dia a dia no trabalho, ou seja, seu trabalho profissional se aproxima de sua vivência doméstica e vice-versa.

“E daí, enquanto inserção também, dessa prática enquanto mulher, predominantemente feminina, ligada ao gênero, é, tem dois aspectos assim a gente a considerar, porque a gente pode, todas as falas a gente vê essa questão de filhos, essa outra jornada que tem presente na nossa vida, mas isso também nos confere grande capacidade de lidar com essa problemática no dia a dia. Olha, porque se eu largar lá com meu marido, ele não vai saber o que fazer com as crianças, nem com minha casa, sabe?” (Maria)

“Você tem que até ensinar o marido a fazer as coisas e ficar conversando: olha, precisa fazer isso, precisa ajudar naquilo. Então, a gente é uma eterna educadora, dentro de casa e fora de casa.” (Bia)

O trabalho das enfermeiras apresenta-se assim como relacional, baseado em ações históricas exercidas pelas mulheres no cuidado com o marido e/ou os filhos e na administração da casa, marcando suas práticas, reproduzindo as mesmas nos serviços de saúde (Lopes, 1996). Tais características marcam a enfermagem como um trabalho feminino, mas, também doméstico.

Do mesmo modo, as dificuldades que vivenciam como mulheres são as mesmas que as usuárias apresentam nos atendimentos, o que as sobrecarrega, profissional e emocionalmente, pois constantemente re-vivem os mesmos conflitos enquanto mulher e cuidadora de outra mulher.

“... a maioria das enfermeiras são mulheres, tem toda uma história, a gente está vivenciando muita separação, muita traição, alcoolismo assim a mil, vícios com relação a drogas e tal. E a mulher sofrendo tudo isso, arcando com filhos e muitos problemas com filhos também, e dentro da profissão enfrentando tudo isso, então é carga muito pesada... Eu falei: o índice de

afastamentos, de licenças médicas da prefeitura, nunca estive tão gritante, tão alto! E uma enorme porcentagem, até mais do que a que era a grande campeã que era a LER, agora é a depressão! O adoecimento assim psicológico, caminhando para psiquiátrico, muito alto! Tudo em função disso, a desvalorização da mulher enquanto mulher, a desvalorização do enfermeiro enquanto profissional, que tem também jornada dupla, tripla, quádrupla, quem sabe!" (Maria de Fátima)

O trabalho doméstico faz parte do cotidiano da vida das enfermeiras, seja cuidando do marido e filhos, do acompanhamento escolar ou do gerenciamento da casa. Tais tarefas são realizadas somente por elas ou em parceria com os maridos. Entretanto, a responsabilidade é contínua para as mulheres, por acreditarem ser esse seu papel e por verem a contribuição dos homens como complementar, auxiliar, ou seja, elas aceitam e reproduzem as relações de gênero, invertendo esse mundo privado feminino no mundo público, onde são complementares e auxiliares ao trabalho masculino.

"... tenho dois filhos. Eu sou separada, sou sozinha. Então quando eu chego em casa, eu tenho que acolher eles, cuidar deles. Então eu vou continuar assim, fazendo!" (Odete)

"Olha, porque se eu largar lá com meu marido, ele não vai saber o que fazer com as crianças, nem com minha casa, sabe? E eu tenho três meninas, eu tenho que passar isso para elas também, essa vivência, como é que tem que fazer... Sou mãe... tenho que dar conta da minha família, eu não almejei assim, pode ser uma atitude burra, de não ter galgado melhor na minha, profissionalmente, mas eu não quero fazer isso em detrimento da minha família. Porque à noite eu tenho que estar mais ou menos tranqüila para ajudar a minha filha mais nova, de 12 anos, a fazer a tarefa! ...Faz parte do meu papel. Meu marido não vai ter saco, nem paciência para fazer isso." (Maria)

Devreux (2005) relatou que as experiências do trabalho doméstico e parental entre homens e mulheres diferem na França, enquanto todas as mulheres entrevistadas realizavam o trabalho educativo e de cuidados com os filhos, no grupo dos homens, existiam aqueles que participavam e aqueles, material e concretamente, descomprometidos.

Se na França, um país dito desenvolvido, com uma construção histórica e social de direitos e liberdade, os trabalhos domésticos e de cuidado com os filhos se mantêm como trabalhos de mulheres, em nossa sociedade "discretamente" diferente, mas também capitalista, os resultados somente poderiam ser semelhantes. Assim, a mulher trabalhadora

constantemente tem, no mínimo, dupla jornada, o trabalho doméstico e o trabalho remunerado.

Apesar das dificuldades, para essas enfermeiras, a enfermagem foi uma escolha profissional, trabalho que exercem com paixão.

"... a gente só faz o que faz porque gosta, ama de paixão, porque é muita contrariedade que a gente passa." (Bia)

"Graças a Deus que eu fiz uma coisa que eu gosto de fazer, eu tenho prazer em fazer, porque se não eu não ia dar conta disso. Eu não posso ser infeliz fazendo o que eu faço, porque eu fico mais tempo no meu serviço do que na minha casa." (Maria)

"Na época que eu prestei aqui, eu quase apanhei do meu pai, porque ele, ele: — Ah, por que você vai fazer enfermagem? Eu passei na faculdade de Bragança Paulista, em medicina, prestei só para contentar. E disse pra ele, olha eu não quero fazer, eu quero fazer enfermagem, eu quero ser enfermeira, deixa eu ser enfermeira, né?" (Maria de Fátima)

Destacam, ainda, que, quando entraram no mercado de trabalho, seu salário não fazia diferença no orçamento familiar, enquanto hoje contribui substancialmente ou até sustenta a casa.

"... a gente acabou entrando no mercado, tem até a questão econômica que a gente deu, consegue ter uma força de consumo maior. Eu vejo pelas minhas filhas, as condições que a gente consegue dar pelo fato de você trabalhar, pelo fato de não ter só o homem trabalhando dentro de casa. Sabe? O quanto meu salário pesa no meu orçamento mês a mês. (Maria)

— Ele sustenta a casa. (Linda)

— Em cima disso, apesar de ser mais baixo do que meu marido. Eu me sinto mais gente do que antigamente porque meu salário não pesava nada em cima do que ele ganhava e daí, tinha essa questão de tanto concurso que eu prestei até hoje, ficar entrando e saindo, porque só ficava trocando figurinha, tendo esse desgaste. Ele falava: saia, eu saía. Então hoje é diferente! Apesar de ser mais duro e por isso que eu tenho que lutar essa questão do plano de cargos e salários para melhorar, porque eu faço parte dessa inserção familiar e meu salário conta até no meu orçamento. Então quero deixar dito e fincar estaca nisso. (Maria)"

Em uma sociedade capitalista como a brasileira, a inserção das mulheres no mercado de trabalho foi apontada como uma necessidade econômica, primeiro para a sobrevivência das famílias, depois para suprir a elevação do consumo. Ao final da década de 90, o trabalho feminino passou a representar 41% da força de trabalho brasileira, apesar da melhora, continua a desigualdade salarial entre homens e mulheres (Bruschini e Lombardi, 2001/2).

A enfermagem foi considerada um dos guetos profissionais femininos, caracterizando ocupações cuja presença elevada de mulheres as fazem deter menor prestígio e níveis de remuneração mais baixos, desvalorizando-as social e economicamente (Bruschini e Lombardi, 2001/2).

Ao perceberem seu trabalho como feminino, as enfermeiras o apontam como:

- doméstico, pois se aproxima do trabalho que realizam em seus lares com seus filhos e marido;
- desgastante, profissional e emocionalmente, pelas semelhanças vivenciadas em casa e no trabalho, seja como mulher ou enquanto cuidadora de outra mulher;
- relacional, por ser baseado em relações sociais e de gênero;
- desvalorizado, econômica e socialmente;
- e importante para seus orçamentos familiares.

5.2.1.2 – O Reconhecimento Social

O trabalho das enfermeiras colocado como um trabalho feminino é desvalorizado, social e economicamente, refletindo essa questão no reconhecimento social.

As enfermeiras relataram que seu trabalho não é reconhecido, seja pela instituição, através dos salários ou de avaliações do trabalho, seja pela própria equipe ou pela população.

“Porque muitas coisas que a gente falou ontem, ficou aquela história, sabe como é, a gente faz, faz, faz, e parece assim que do ponto de vista social a gente não é reconhecido!” (Bia)

“O que eu falo: a gente realmente não tem esse reconhecimento! Nós somos simples números dentro de uma instituição, realizando as facilidades para que o usuário não gere problemas, tumultos, danos ao bem público! Na verdade é essa a visão que eu tenho do que eles acham de nós. É claro, cabe a cada um de nós fazer a diferença e pela nossa consciência trabalhar com amor e com essa responsabilidade. Mas assim, realmente reconhecimento, a gente não tem.” (Maria de Fátima)

Em uma sociedade capitalista, culturalmente sexista, classificatória, hierarquizante e excludente, ainda marcam-se as mulheres como inferiores e

desvalorizadas socialmente. Assim, através de baixos salários, desqualificação, baixos índices de promoção funcional, sistemas diferenciados de condução e controle disciplinar, reproduzem-se as relações de gênero no trabalho, valorizando o trabalho do homem e desvalorizando o trabalho da mulher (Fonseca T., 1996). Desse modo, o reconhecimento social está atrelado ao valor econômico atribuído ao mesmo, construído histórica e socialmente, sendo também mutável.

O trabalho da enfermagem ao ser reconhecido como um trabalho feminino traz as marcas deste, sendo associado a um trabalho doméstico, caracterizado como: monótono, invisível e repetitivo (Fonseca R., 1996).

Para Pereira e Bellato (1995), a enfermagem é percebida como invisível e as enfermeiras são afetadas por esta imagem, distorcendo o modo como se vêem, afetando a construção de sua internalidade, reproduzindo essa distorção nas suas relações de trabalho, assim:

A não visibilidade de certas atividades dentro da sociedade contemporânea cria um desvio no significado atribuído a esta mesma atividade. Esta, então, será vista por uma percepção alterada e reproduzirá esta sua percepção, induzindo visões parciais que criam concepções e atitudes parciais e deletérias na chamada totalidade social. (Pereira e Bellato, 1995, p.68)

As enfermeiras são influenciadas pela imagem da enfermeira como uma profissional desvalorizada, mal remunerada, não-reconhecida e submissa, construída socialmente em nossa cultura (Daher, 2000).

Estas representações permeiam suas relações sociais e seu trabalho, assim o não reconhecimento social é reproduzido tanto pelas próprias enfermeiras, como pelos outros, seja a equipe de saúde ou o coordenador. refletindo-se em seu trabalho, por exemplo, através da desmotivação e do conformismo.

“A gente está muito, como um todo assim, muito desmotivadas! Essa falta de motivação não é falta de amor à profissão, não é falta de respeito ao usuário! Não é também uma necessidade de ter confete! Acho que é um pouco de tudo também! Acho que a gente está querendo um algo mais, que nem a gente sabe o que é! Mas é. Eu acho que a gente tem também. A fala da Bia assim, a gente tem que promover o autocuidado. E eu acho que também de alguma maneira a gente tem que aumentar nossa auto-estima pessoal e profissional! Eu durante um tempo assim, eu fiquei desmotivada até de ler e estudar. Fazia de tudo, ah, estou com preguiça. Não, tenho outra coisa. Não tenho tempo de ler. Aos poucos, eu fui, eu

mesmo me policiando e me impondo a necessidade de voltar a estudar, voltar a ler. Procurar ver pesquisa, o que estão fazendo. E a gente não tem esse estímulo de nossa instituição também. Olha, você quer ser enfermeira assistencial e não quer ler nunca mais. Não precisa não! Você está trabalhando direitinho! (Maria de Fátima)
— É o arroz com feijão! (Odete)"

"Então a gente fica assim, entre deixar a história rolar, quem sabe as outras gerações vão ter enfermeiras mais, mais potentes, pra se fazerem visíveis e outro lado que eu acho que para a gente ficou claro, na sexta-feira passada, é que a gente se deixa reconhecer pelos pacientes, pelas famílias, no caso, e acha que tá bom assim. A gente não espera reconhecimento de chefe, de coordenador, de secretário de saúde, de vereador." (Bia)

A instituição também não reconhece o trabalho das enfermeiras, fato exemplificado pelas mesmas pela ausência de formas de premiação e/ou pela questão salarial.

"Então, a única coisa que a gente pode fazer é isso, é brigar politicamente por um espaço, pelo salário, porque salário é reconhecimento social. Se a mulher já não é reconhecida socialmente e quem dirá o salário dela. Então, a gente estava falando antes de começar, essa coisa do plano de cargos, isso tudo aí é uma coisa só. É reflexo de tudo o que a gente vive mesmo. Como a maioria de nós é mulher, umas têm filhos e outras não, mas todas sentem basicamente as mesmas coisas." (Bia)

"...não existe diferenciação entre o bom profissional e o mau profissional, porque o bom profissional ele nunca é reconhecido! Ele não dá trabalho, ele não atrasa, ele faz as tarefas exigidas brilhantemente. Se você fez além, não apareceu, ninguém sabe, ninguém viu! ...Às vezes acontece, mas eles não externam, a prefeitura não tem mecanismos de premiação." (Maria de Fátima)

"Eu acho que é um reconhecimento mesmo! Porque querendo ou não lá no inconsciente da gente, as outras classes, elas têm já certo reconhecimento por aquilo. E o enfermeiro, eu tenho visto nesses anos, que a gente sempre tem que lutar pelo reconhecimento. E a gente chegou numa fase que até lutando um pouco não está tendo esse reconhecimento. Acho que desanimou muito a classe, pelo menos nesse trabalho na prefeitura. Porque dobrou aquilo que a gente faz, a gente se desdobra nisso que eu falei de criatividade, competência, capacidade, que a gente tem muita capacidade. E esse olhar, essa devolutiva, a gente na profissão não tem!" (Linda)

Do mesmo modo, as enfermeiras reproduzem essas questões dentro da enfermagem, demonstrando dificuldade em valorizar positivamente o trabalhador que se destaca dentre os outros agentes da enfermagem.

"...um mecanismo de premiação e de reconhecimento não existe, nunca existiu. A gente mesmo como enfermeiro, muitas vezes o auxiliar, ele é um destaque dentro da unidade e a gente também não tem um mecanismo de premiação, de reconhecimento. Tão gostoso que é! Tudo bem, ele está fazendo a obrigação dele, ele está cumprindo o contrato dele. Mas, hoje em dia é tão comum você ver esse descumprimento que quando uma

pessoa cumpre, chama a atenção da gente. Quando a pessoa tem um bom trato com a população, você vê que ela é resolutiva, que está sempre disponível, que tem espírito de equipe. Tudo que a gente almeja num perfil profissional. E a gente também não tem esse mecanismo de reconhecimento. Muitas vezes a gente tem até um bloqueio de falar assim: — Nossa, que legal! Porque o outro está olhando, vai ser puxação de saco, aquela coisa. A gente também se segura.” (Maria de Fátima)

No entanto, as enfermeiras ressaltaram que os usuários as reconhecem em alguns momentos, mas, pela própria condição de opressão que também vivenciam, não estão sendo atores sociais de relevância nesse momento.

“E assim, dá impressão que quem valoriza nosso trabalho, são as pessoas pra quem a gente trabalha, mas essas pessoas também não têm poder político nem social, pra defender a gente e dizer: — Puxa, aquela enfermeira, né? Sabe aquela coisa: parece uma doutora! Então a gente trabalha para pessoas que também não têm muita voz na sociedade.” (Bia)

Um dos modos de os usuários demonstrarem o reconhecimento pelo trabalho das enfermeiras é designando-as como “doutoras”, o que parece refletir tanto uma valorização da trabalhadora por associá-la a quem é valorizado socialmente, o médico, como, também indica que a enfermeira só é reconhecida quando “parece doutora”. Tal fato pode estar ocorrendo com as enfermeiras, conscientemente ou não, ao enfocarem seu trabalho no atendimento individual, ele se aproxima do trabalho do médico, indiretamente valorizando-o, contudo, esta estratégia é arriscada, pois ao valorizar seu trabalho por referência a outro, acaba desvalorizando-o novamente, reforçando as desigualdades de saber e de gênero.

Outros modos de se relacionarem podem ser construídos, se as mulheres, as enfermeiras, mudarem sua posição no mundo, permitindo e possibilitando ao outro uma nova construção social.

“Tenho três filhos. Até o começo desse ano eu não pensava muito em mim, vou estudar, vou ampliar. Eu tenho um pouco também da cultura do que a gente vê hoje de mãe, de família. E isso também está dentro da profissão... Esse final de ano eu dei um passo diferente, comecei a pensar mais em mim... Então eu comecei a pensar: — Ah, não, vou pensar um pouco também em algo que me ajude um pouco mais. Sentei com meu marido e falei: oh. Com a mais velha e falei: vamos começar um ano diferente, vamos dividir um pouco a tarefa, mais ou menos o que a gente faz na enfermagem. Vamos tentar, a gente vai organizar, vamos dividir, eu vou estudar, vou começar uma pós-graduação. O que eu esperava é que eu não ia ter um retorno bom... Já pensou meu marido ensinando matemática para a do primeiro ano. ...Eu fiquei surpresa assim, porque eu também não

estou podendo colocar alguém que me ajude. Então no dia da limpeza em casa, está todo mundo se mobilizando ali e ajudando..." (Linda)

As enfermeiras vivenciam em seu trabalho as relações sociais e de gênero, enquanto mulheres, trabalhadoras de um fazer caracterizado e associado ao feminino, desvalorizado e não reconhecido socialmente, reproduzindo essas mesmas relações dentro da enfermagem, desvalorizando o próprio trabalho como dos outros agentes da enfermagem, o que retroalimenta o não reconhecimento social.

"...eu acho que nós somos muito criativas, pelo que eu estava ouvindo. Como a gente é sensível nas falas. Como a gente tem competência, é aquela guerreira em certos momentos. Mesmo a gente não sendo valorizada, a gente não está sendo valorizada no momento dentro da nossa instituição. Mas que a gente pense um pouco nisso e até leve para colegas de trabalho porque que a gente tem esse valor. Eu acho que... ouvindo como a gente é valorizada, às vezes a gente ali não está se valorizando. Quem sabe a partir de agora a gente, sei lá, a gente começa a pensar mais nisso, a se valorizar mais nisso." (Linda)

A percepção de seu trabalho como feminino, permeado por relações sociais e de gênero, que atravessam a questão da competência técnica do seu trabalho como enfermeira, pode ser uma das alternativas para as enfermeiras posicionarem-se de modo diferente, conscientizando-se e produzindo mudanças.

5.2.1.3 – A subjetividade do trabalho

Reconhecendo e percebendo seu trabalho como feminino, as enfermeiras destacaram sua subjetividade como um ponto importante a ser reconhecido e valorizado.

Discutimos, no capítulo anterior, a complexidade do objeto e do trabalho na atenção básica. Nesta parte, ponderaremos sobre a dimensão subjetiva do mesmo, na perspectiva de um trabalho feminino.

Ao desenvolver um trabalho considerando sua complexidade e a do objeto, as enfermeiras percebem a dimensão subjetiva nas relações que estabelecem com a equipe ou os usuários, pontuada por afetos e emoções.

"Aí as meninas ficam tensas, com dor no pescoço. Aí elas me procuram muito porque eu faço essas coisas alternativas. Eu faço yoga, eu faço. E aí eu fico, sabe, ensinando para elas como que tem que fazer, como que fica." (Odete)

"Então, eu acho que é uma prática também legal para a gente tentar estimular. As pessoas se abraçarem, cuidarem do corpo... Então eu acho assim, uma coisa muito boa isso, da gente incentivar como prática de enfermagem. Não todos. Eu acho que a gente tem que ser bem, pessoas que tocam a gente, que a gente se sensibilize mais, que a gente vê um futuro. Sabe? Alguma coisa, não tem receio. Mas eu acho. Uma coisa assim, que eu também ficava me segurando, por exemplo, às vezes a pessoa estava me contando uma coisa triste, você fica se segurando. Eu choro. Também não me seguro mais, lágrimas correm, paciente fica chorando lá, eu choro aqui. Não tem problema. Eu vejo assim, é tudo mulher, vive o mesmo, essa mesma realidade." (Bia)

A doença no modelo procedimento-centrado, é considerada fixa, concreta, imutável, expressa através de um conjunto de sinais e sintomas, sendo objetiva, distanciando-se do adoecer que é subjetivo (Guedes, Nogueira e Camargo Jr., 2006).

Ao lidar com o sofrimento humano e com os modos de viver a vida dos usuários, as enfermeiras destacaram o enfoque subjetivo no seu trabalho, indo além da perspectiva da doença pela biomedicina, baseado no uso de tecnologias leves (subcategoria discutida no capítulo anterior). As relações entre sujeitos, as expressões de afetividade e as emoções são exemplos desses aspectos subjetivos.

Entretanto, para a ciência, somente o conhecimento baseado na razão é verdadeiro e confiável, enquanto que a emoção é prejudicial. A razão *"é associada ao mental, ao cultural, ao universal, ao público e ao masculino, enquanto a emoção é associada ao irracional, ao físico, ao natural, ao particular, ao privado e, obviamente, ao feminino"* (Jaggar, 1997, p.157).

Considerando o conhecimento com base na emoção, no relacional, como natural, ou seja, algo que é inato, orgânico as pessoas, podemos estar descartando sua importância, tornando a subjetividade irrelevante para o trabalho, desvalorizando-o.

Na prática, as enfermeiras ressaltam que a subjetividade é essencial para cuidar dos usuários, constituindo-se em um instrumento de trabalho na atenção básica, que pode potencializar as ações de enfermagem.

“...as pessoas com o isolamento, aumentou muito também essa coisa de depressão, que eu acho que é muito devido a, ao retraimento, as pessoas estão muito isoladas, muito sozinhas. Achando, sabe, que só elas que têm problemas, né? Então eu acho que a enfermagem, um papel meio que novo, tem que empurrar as pessoas para essas coisas coletivas. Porque não tem jeito de conseguir saúde dentro de um consultório, pode ser a melhor enfermeira do mundo, a gente é ótima! Eu acho mesmo, dentro da equipe, a gente é maravilhosa! Mas, é, eu acho que a gente tem um limite também, e esse limite é uma coisa do humano, que a gente tem que é, usar a criatividade, fazer desenho, pras pessoas entenderem que elas precisam se voltar para elas mesmas, né? Aquela coisa da comunidade, de visitar vizinho.” (Bia)

Os autocuidados, também, foram citados como importantes para os usuários serem sujeitos de sua saúde, retomando sua autonomia. Assim, incentivar o autocuidado dos usuários coloca-se como um objetivo para a enfermagem.

“Eu acho que a gente tem que trabalhar com a população nessa questão dos autocuidados... Mas é difícil essa coisa dos autocuidados. As pessoas, por qualquer coisa, vão lá no centro de saúde e ela sai feliz de lá. Muito medo nas pessoas. Do parto é uma coisa absurda!” (Odete)

Desse modo, a subjetividade faz parte do trabalho das enfermeiras na atenção básica, sendo apropriado tanto como uma maneira de trabalhar, quanto como um saber. De qualquer forma, a subjetividade do trabalho precisa ser valorizada e potencializada, pois poderá possibilitar “novos” modos de operar a produção do cuidado, talvez, mudando o modelo assistencial.

“Eu digo: — A gente tem que conversar com o paciente. Não pode. Eu não consigo. Eu fico estressada. Eu não consigo... Virar máquina! Eu não consigo não conversar, não consigo não dar atenção.” (Odete)

Assim, concordamos com Pereira e Bellato (1996, p.494), quando colocam que *“a enfermeira, ao incorporar melhor as subjetividades da clientela, tem maior flexibilidade quanto a mudanças na sua prática cotidiana”*.

Finalizando esta categoria, as enfermeiras percebem seu trabalho como feminino, por ser fazer doméstico, subjetivo e relacional, que é desvalorizado e não reconhecido socialmente. No entanto, reconhecem que o saber baseado na emoção e na afetividade, potencializa esse trabalho.

As mulheres ao percorrerem o caminho masculino, vislumbraram seus limites. Assim, se perceberam portadoras de saberes que podem iluminar suas trajetórias, construídos na experiência milenar de convivência em grupos, nas relações, cuidando do outro, protegendo a vida, valorizando a intimidade e o afeto (Pereira e Silva, 1999).

As enfermeiras ao perceberem seu trabalho feminino e reconhecerem as dificuldades de gênero que vivenciam enquanto mulheres, se sensibilizam, possibilitando novas construções sociais em suas vidas e seu trabalho.

5.2.2 – As Relações de Gênero

Retomando a definição de gênero como *“um elemento constitutivo de relações sociais baseado nas diferenças percebidas entre os sexos”* e *“uma forma primeira de significar as relações de poder”* (Scott, 1995, p.14), discutiremos nessa categoria as relações de gênero como relações sociais, construídas histórica, social e culturalmente em nossa sociedade, sendo marcadas pelas relações de poder.

Compreendemos poder, na perspectiva de Foucault (1999, p.88), como:

a multiplicidade de correlações de força imanentes ao domínio onde se exercem e constitutivas de sua organização; o jogo que, através de lutas e afrontamentos incessantes as transforma, reforça, investe; os apoios que tais correlações de força encontram umas nas outras, formando cadeias ou sistemas ou ao contrário, as defasagens e contradições que as isolam entre si; enfim, as estratégias em que se originam e cujo esboço geral ou cristalização institucional toma corpo nos aparelhos estatais, na formulação da lei, nas hegemonias sociais.

Assim, as relações de poder são entendidas como imanentes aos outros tipos de relações, sendo *“os efeitos imediatos de partilhas, desigualdade e desequilíbrios que se produzem nas mesmas e, reciprocamente, são as condições internas destas diferenciações”* (Foucault, 1999, p.90).

Nesta categoria, discutiremos algumas possibilidades de entendimento das relações de poder constitutivas do gênero no trabalho das enfermeiras, através das subcategorias: **a (in) subordinação como forma de resistência e as relações intra-gênero (isolamento e competição).**

5.2.2.1 – A (In)Subordinação como Forma de Resistência

Uma das definições encontrada no dicionário para subordinação é *“estado de dependência ou obediência em relação a uma hierarquia (de posição ou de valores)”* (Ferreira, 1975, p.1330). Sendo a insubordinação, seu antônimo.

Ao considerarmos tanto a subordinação como a insubordinação como formas de resistência, estamos entendendo que, ao desenvolver seu trabalho, as enfermeiras se colocam estrategicamente ora “obedientes” à hierarquia de saber e poder, respondendo ao que lhe é solicitado pelos outros trabalhadores de saúde, ora “desobedientes”, sendo ambas, formas de resistência.

Foucault (1999, p.91) afirmou que *“onde há poder há resistência”*, com isso pontuou que a rede de poder está sempre em relação com pontos de resistência. As relações de poder se correlacionam com a resistência, sendo que a mesma não pode ser considerada força binária, oposto, mas inscreve-se como interlocutora, portanto, é distribuída de modo irregular, disseminando-se com mais ou menos densidade no tempo e no espaço.

Ao analisar as formas de resistência no trabalho das enfermeiras, estamos entendendo este poder como dinâmico, processual, em rede, onde a dominação está presente, assim como a resistência.

Compreendemos dominação como as múltiplas formas que podem ser exercidas na sociedade, não existindo uma dominação global de um sobre outro, ou de um grupo sobre outro. Assim, as pessoas são tanto efeitos como transmissores do poder, desenvolvendo um saber dominado e também dominante (Foucault, 2005).

A subordinação pode ser entendida como um efeito de dominação do saber dominante, no caso, o saber médico e masculino, no entanto, também pode ser entendida como uma das formas de resistência a esse saber, tanto quanto a insubordinação.

Desse modo, as enfermeiras, ao estarem constantemente disponíveis, respondendo às demandas que se colocam no cotidiano dos serviços, parecem se subordinarem ao instituído.

“A gente tem que parar de ir lá e fazer, arrumar tudo direitinho. Minha coordenadora me ligou, eu arrumei tudo direitinho antes de sair, ajeitei tudo porque ela me deu um toque, eu estou, você está, pode ser liberada sim pra sair, sem compromisso da sua jornada, mas ela me deu um toque, eu tenho que largar em ordem!” (Maria)

Ao “arrumar” o serviço, organizando-o estão correspondendo ao instituído, subordinando-se. Contudo, ao mesmo tempo, reforçam a necessidade de seu trabalho, pois somente elas são capazes de “largar em ordem”.

“A nossa coordenadora não tá sempre lá, tá mais ausente que presente, então fica difícil! As decisões têm que ser tomadas pelo enfermeiro.” (Luli)

Ao entenderem ser seu trabalho coordenar a unidade quando necessário, as enfermeiras parecem estar disponíveis, prestativas, contudo, estão exercitando relações de poder, agora “autorizadas” pela equipe de saúde. Assim, subordinam-se para exercerem “outro” trabalho, o que pode indicar uma forma de resistência, a “subordinação consentida”.

“...ficamos durante três anos sem coordenador, sem generalista, sem clínico. Então recaía tudo em cima do enfermeiro. Eu tinha uma ginecologista e tenho uma pediatra que são fixas lá. E essas duas que me auxiliaram durante todo esse período, atendia, a pediatra atendia adulto quando era emergência. Quando não era, era SAMU, quando não tinha condições era SAMU. E aí você tem que se virar, não tem jeito! Você tem que ir lá fazer e fazer algum procedimento de emergência. Diabético não tem condições, muitas vezes o médico do SAMU me orientava por telefone o procedimento pra fazer até a ambulância chegar. (Luli)
— Eu também acontecia assim. (Maria)”

As mulheres utilizam muitas formas para reagirem ao saber dominante masculino, como a ironia, a sedução, os jogos duplos, a fofoca e a submissão “consentida”. Todas estas, formas menos claras de manifestar o poder e estratégias de resistência (Pereira e Silva, 1999).

Ao dizer que “recaía tudo em cima do enfermeiro” e que isso “não tem jeito”, sugere uma submissão, uma passividade, mas pode ser uma forma de exercer “autoridade” perante a equipe nos serviços de saúde, sendo um modo de resistência ao manter seu trabalho como complementar ao trabalho médico.

Entretanto, ocorrem mudanças, como as percebidas no trecho a seguir:

“Então a gente conseguiu ter um pouco disso, porque a gente tem muito disso, até com médico. O que vem nessa relação médico-enfermeira, não é muito aquele antigo, às vezes eu acho assim, não é muito aquele marido antigamente assim e a mulher retraída. Porque tem momentos que eu me pego assim no serviço e vejo, nossa, mas o que esse ginecologista está pensando que eu sou aqui dentro? — Oh, vem aqui, me arruma uma auxiliar agora na sala. Não é assim. Mas espera aí, gritando aqui na recepção desse jeito. (Linda)

— Ah, comigo não fala não! Comigo não fala, já falou! (Maria)

— Abaixa essa voz e espera, se alguma se disponibilizar eu mando para lá, mas se no momento estiver ocupada, não vão. Então comecei a ter essa visão que eu também não tinha. Ainda mais aquilo. Então eu acho que às vezes na unidade a gente se pega nesse momento, como enfermeiras, pega assim, naquela coisa antiga, eles estão achando que são esses maridos, mandam: — Vamos fazer isso, faça isso. E às vezes a gente fica naquela. Às vezes dá aqueles gritos, dá aquelas brigas. Mas é isso que aconteceu politicamente com a gente. O que você acha, eles têm o poder maior, e a gente não é nada ali. Um pouco foi a enfermagem que construiu isso, né? Porque a gente não se mobilizava, a gente que ficava mais parada. (Linda)”

As relações de poder vivenciadas pelas enfermeiras são produções e reproduções das maneiras como se posicionam no mundo, privado (lar) ou público (serviço), assim, operam formas de resistência sendo insubordinadas tanto quanto sendo subordinadas.

Em um mundo em constantes transformações, as posições das enfermeiras enquanto trabalhadoras e mulheres também podem mudar, ocorrendo outras relações de poder e outras formas de resistência.

“Com essa epidemia de dengue, eu não sei como vocês estão lá, mas a odonto, até a odonto, veio! ...eles têm que fazer saúde bucal. Aí, olha só o que eles querem, que a gente seja secretário deles na nossa unidade. Falei: — Não, espera aí. Falei: — A enfermagem está se virando para dar cobertura do dado da enfermagem, se odonto quer aumentar cobertura, que trabalhe vocês para isso aumentar. ...querem que em duas que estão lá para vacinar o dia inteiro e fazer tudo, preparar e anotar na carteirinha, peguem ainda os idosos e levem para dentro, dentro da sala da odonto, bate lá: — Oh, cinco para vocês examinarem. Aí vêm mais cinco. Falei: — O que é isso? Até a odonto agora? Falei: — Não, vocês têm ACD lá dentro

para fazer o quê? Sentada esperando a enfermagem levar? Eu falei assim:
 — Já não me basta a outra classe, agora todos também acham que a enfermagem está ali, vai lá carregar a unidade e tudo? Porque a gente carrega, né? (Linda)
 — Carrega. (Maria de Fátima)
 — Se a gente parar e deixar. (Linda)
 — Se deixar, carrega. (Bia)"

Ao perceberem-se sujeitos de seu trabalho, exercendo-o com instrumentos ditos leves, reconhecendo a subjetividade deste, as enfermeiras também estão insubordinando-se ao saber científico dominante, procedimento-centrado e medicalizante, praticando um fazer pontuado por outros saberes.

"Então, por exemplo, criatividade nas nossas atitudes, como nós vamos atender, como nós vamos estar. É por isso que eu acho o seguinte, chefe nenhum no mundo, espera que um subordinado tenha criatividade. Isso aí é criatividade? Porque a gente também precisava explorar mais, ter mais esse tipo assim de criatividade, sabe?" (Bia)

"...um serviço altamente estratégico, a gente é a base desse serviço. Então, eu acho que é uma hora da gente, em cima dessa situação que a gente está vivendo com relação a essa defasagem brutal em nosso salário com outras categorias, que é hora da gente se unir e fazer alguma coisa. Porque se a gente parar enquanto categoria vai virar uma desestruturação dentro do serviço." (Maria)

Assim, as relações de poder das enfermeiras em seu trabalho são dinâmicas, contraditórias, processuais e produzem resistência de diversos modos, sendo tanto a subordinação, quanto a insubordinação, estratégias de resistência.

5.2.2.2 – As Relações Intra-Gênero (isolamento e competição)

As relações de poder constituem o gênero, sendo também marcadas pelo mesmo, em um processo dinâmico, cultural e social. Desta forma, as relações de gênero que as enfermeiras vivenciam são tanto efeitos como transmissores destas relações de poder.

As enfermeiras ao reproduzirem um saber dominado, desenvolvem dentro da própria categoria as mesmas relações, assim, não interagem com outras colegas, mantendo-se isoladas, justificando tal atitude com vários motivos, sendo um exemplo, a falta de tempo.

"A gente fica a toda no trabalho e fica que nem um avestruz. Não vê mais nada! História, nem luta, não pensa mais no futuro, não pensa em nosso para aposentar! Então eu acho que a gente tem que, tem que buscar. Tempo, na faculdade eu estudei muito essa coisa, a gente arruma pretexto de não ter tempo assim para tudo. Enfermeiro não pode não ter tempo. Eu nunca usei esse termo! (risos) Agora a gente tem que buscar mesmo, um espaçozinho aí na semana, na quinzena. Pegar o telefone. Estar se articulando mesmo. Porque sem articulação, não tem política. E esta nossa questão é bem política! Política, econômica, social, é tudo!" (Bia)

Saber dominante e saber dominado foram construções utilizadas por Foucault (2005) para mostrar que os indivíduos, ao serem efeitos e transmissores do poder, exercem um saber que ora é dominante, ora é dominado.

As enfermeiras ao se colocarem isoladas em seus locais de serviços, não interagindo com as colegas da mesma unidade ou de outras, perpetuam um saber dominante, mantendo relações sociais desiguais de poder e de gênero. Assim, a falta de tempo pode ser entendida como uma reação a um efeito de dominação, o isolamento, como a desarticulação política e a questão salarial.

"A gente que tem outros colegas dentro da unidade, a gente acaba não tendo tempo mesmo dentro de nossa organização lá de tempo, a gente acaba não destinando um tempo para esse bate-papo. E que não é só um bate-papo, é uma troca! Acho que muito, muito rico!" (Maria de Fátima)

"Isso se passa com a gente também, enfermeiro. Para a unidade não ficar sozinha, na unidade que tem mais de um enfermeiro, a gente não tem tempo pra conversar entre enfermeiras! Mal se encontra, quando encontra, tá atendendo! Na própria unidade não pára pra conversar um pouquinho, né?" (Linda)

Desenvolvem assim em suas relações com outras enfermeiras, ações desprovidas de afetividade e demais tecnologias leves que afirmam utilizar no trabalho. O isolamento profissional parece se constituir em um efeito da dominação do saber dominante, o saber médico e masculino, sendo uma maneira de as enfermeiras se relacionarem intra-gênero, reproduzindo a desigualdade de gênero e a hierarquia de saber.

"A gente tem que dar as mãos na saúde. A gente tem que ser solidário e enxergar o outro colega como a gente enxerga o paciente, sem preconceito. O paciente chega, você não pode achar que ele é um grosso, que ele é isso, que ele é aquilo. Se ele é agressivo com você, se ele não tem preconceito. Então o colega, eu acho que a gente tem que lutar pra tratar ele também assim e, eu vejo que na, as enfermeiras ainda têm muito essa coisa da, do ciúme, da inveja. Então se a outra ...quer ajudar, quer fazer,

deixa ela. Quanto mais gente puder ajudar e fazer nesses tempos bichudos que a gente tá, melhor, né?" (Bia)

Da mesma forma, a competição parece ser outro efeito de dominação, reproduzindo desigualdades nas relações de gênero.

"...eu acho que dentro da enfermagem tem muita competição! E é coisa que não leva a nada! {...} Aquela coisa do poder pelo poder! Porque se a outra tá ali, inclusive nesse dia que a gente conversou, ela tinha uma hora e meia que ela tava ociosa, ela não tinha nada na agenda. Era um dia que ela não ia inclusive, ela tava ali. Bom, daí a gente começou a conversar dessa coisa do poder, né? Por que que a gente precisa de um poder que não leva a nada? Essa vaidade sabe? ...a vaidade, o medo da outra que tá chegando." (Bia)

Entretanto, as enfermeiras podem modificar essas relações intra-gênero, primeiro, percebendo que essas maneiras, esses efeitos de dominação existem, segundo, conscientizando-se que são reprodutoras destas relações e terceiro, transformando-as.

Como possibilidades de transformações em suas relações de intra-gênero, as enfermeiras identificaram duas estratégias: a mobilização e a articulação política enquanto categoria, e o encontro entre elas, para conversarem e refletirem sobre seu trabalho, em suas unidades e fora delas.

"Então, vamos conversar, vamos tentar ajudar? Isso é um pouco da história da enfermagem, né? Bem, aquela separação! Então é tentar unir, conversar entre nós. A gente não tem feito isso! Eu tenho feito dentro da equipe de referência. Mas a reunião dos enfermeiros da unidade para tentar um trabalho conjunto, vamos pensar esse processo de trabalho, o que que a gente precisa no serviço aqui? A gente não tá tendo isso, né? {...} E até de estar isso mesmo, assumindo mais, se mobilizando. Quem sabe tentar começar em vista desse plano de cargos e carreira e essas reflexões a dar uma virada na nossa profissão, no momento pelo menos que a gente está vivendo. Foi muito bom também para refletir aqui e eu também acho que vou estar levando para as outras, para as que trabalham comigo. Mesmo sendo um pouco resistente em refletir, em conversar, mas eu acho que é isso, a gente tem que começar a cutucar, a refletir, a gente quem sabe!" (Linda)

"Então eu acho que a gente tem que buscar mesmo, essa coisa do encontro. O isolamento profissional que não é bom para a gente." (Bia)

Perceberem-se como sujeitos sociais, responsáveis pela manutenção de sua condição social, possibilita novos rearranjos, construindo sua cidadania.

“Eu quero mudar essa história, eu quero ser diferente! Sabe! Eu não quero ficar nessa lamentação, de que me adianta? Então eu acho importante vir aqui. Ter oportunidade de participar disso. Ver o que os outros estão fazendo, conversar com as pessoas, pra ver o que eu posso tá levando pra dentro do meu serviço, o que que eu posso mudar! Sabe, essa coisa da gente ficar reclamando do governo, não adianta! A gente é governo também! A gente tem nosso poder ali, a gente tem nosso meio ali!” (Maria)

Destacaram, ainda, que a mobilização política precisa ser construída, não é algo dado, podendo ser iniciada devagar, inclusive por elas.

“Quem sabe, a gente pode movimentar mais pessoas. Por que eu estava assim, andei pensando, nenhum movimento começa bem. (Bia)

— Não. (Linda)

— É uma meia dúzia. (Bia)

— De cabeças. (Maria)

— É. É meia dúzia que começa pensar que é importante, que começa fazer parcerias, que começa a ampliar o problema. (Bia)

— Tanto nós quanto o outro, né? (Maria de Fátima)

— Interessante essa imagem! (Maria)”

Desse modo, as enfermeiras operam relações intra-gênero desiguais, porém semelhantes às que vivenciam nas relações com outros trabalhadores de saúde, refletindo a mesma dominação, as mesmas desigualdades de gênero, sendo produtoras e reprodutoras do saber dominante.

*“Nossas asas não são tão precárias que
tenhamos de voar junto ao chão ou apenas
arrastar nosso peso...quem sabe no tempo
do qual fugimos nos aguarde, querendo ser
colhido, algo chamado futuro,
confiança, projeto, vida.”*
Perdas & Ganhos
Lia Luft

Considerações Finais – A Enfermagem e a Mandala

Ao finalizar a tese, percebemos que o caminho percorrido nesta construção possibilitou reflexões sobre um referencial, gênero, pouco explorado na Atenção Básica, para a análise do trabalho. A utilização dos dois referenciais - Gênero e Trabalho - promoveu uma aproximação interessante ao objeto de estudo, o trabalho das enfermeiras, com a ampliação e a visibilidade de outros aspectos como as relações, a subjetividade e as percepções, além das atividades, objeto e instrumentos de seu trabalho.

Do mesmo modo, o uso da oficina de trabalho com suas funções de investigação, reflexão e síntese de novos conhecimentos, como técnica, permitiu a apropriação dos aspectos citados acima, ao construir um espaço de reflexão, pedagógico e emancipatório. Inclusive, acreditamos que o seu uso mais freqüente na pesquisa em enfermagem, seja com qualquer grupo social, deveria ser estimulado.

Quando iniciamos nossa apresentação, tínhamos algumas inquietações. Questionávamos por que mudanças na rede básica de saúde de Campinas ocorriam e por que as enfermeiras modificavam seu trabalho. Inclusive, indagávamos sobre que trabalho era esse.

Após a construção histórica, social, política e de gênero das práticas das enfermeiras na Saúde Pública e na Atenção Básica, definimos as questões que nortearam este estudo: como o trabalho das enfermeiras se constituía? Como elas percebiam esse trabalho? E, quais eram as relações de gênero que o permeavam?

Assim, delineamos nosso trabalho, objetivando apreender o trabalho das enfermeiras na rede básica de saúde de Campinas, nas perspectivas de gênero e trabalho.

Encerramos esta tese, percebendo que os resultados encontrados e apresentados favoreceram uma compreensão mais ampliada, diversificada e relativa do trabalho das enfermeiras. Acreditamos que a maioria das pesquisas, seja de natureza qualitativa ou quantitativa, sempre permitem vislumbres dos objetos de estudo, principalmente, se esses objetos forem sujeitos sociais, gente, como no nosso caso. Assim, não pretendíamos esgotar ou compreender em totalidade o trabalho das enfermeiras, mas contribuir com os nossos olhares para a apreensão do mesmo.

O objetivo deste estudo foi, dessa forma, contemplado, pois apreendemos o trabalho das enfermeiras, mostrando alguns de seus aspectos, visualizando-o como rico, diverso, complexo e marcado pelo feminino, permeado por relações sociais e afetivas, sendo subjetivo. As questões foram respondidas, algumas com mais profundidade que outras. Podemos encontrar aqui a constituição atual do trabalho das enfermeiras, a compreensão de algumas percepções das enfermeiras sobre seu trabalho, assim como, algumas relações de gênero.

Para sintetizar essa apreensão, representaremos esse trabalho utilizando uma figura de uma mandala.

A palavra mandala vem do sânscrito e significa círculo. Inúmeras visões e definições do que seja mandala podem ser encontradas em várias áreas de conhecimento, como a matemática, a arte, a história e a psicologia, para citar algumas (Ramos, 2006).

Entenderemos mandala como uma imagem, uma representação, no sentido de proporcionar uma linguagem mais “apropriada” para considerar a apreensão do trabalho das enfermeiras na perspectiva de gênero e trabalho. Assim, a mandala apresentada a seguir representará o trabalho das enfermeiras na atenção básica: a **flor central** representa a enfermeira ou as enfermeiras; a **mandala em si** o seu trabalho na rede básica de saúde.

Observemos com atenção a Figura 1. Visualizando a mandala, percebe-se que existe uma flor central, contornada por duas outras imagens

que se sobrepõem, parecem “**flores**” maiores tendo diversos pontos de intersecção. Há detalhes também ao seu redor: traços que parecem olhos, ligados por pequenos círculos, as **bolinhas**, que representam os usuários.

Figura 1 - Mandala

Assim compreendemos o trabalho das enfermeiras na atenção básica:

1) Pelas **flores** maiores:

- *cuidador*: pelo **cuidado direto** e a **gerência deste cuidado**, sendo que um não exclui o outro, ambos são lados da mesma atenção prestada pelas enfermeiras aos usuários. As diversas intersecções das “flores” representam a diversidade de encontros, ações combinadas, cruzamentos que a atenção assistencial ou gerencial possibilita. As imagens se sobrepondo representam que não existe uma prioridade entre um ou outro, mas que as necessidades dos serviços definirão qual o

enfoque do trabalho das enfermeiras naquele momento, dia, local. Aqui, vale destacar que em outro paradigma, em um modelo de atenção à saúde usuário-centrado, as necessidades dos usuários deverão definir o trabalho *cuidador* das enfermeiras e da enfermagem.

- *diferente, porém semelhante*: pelos **modos diversos de organização dos serviços**, com as mesmas atividades organizadas diferentemente. Aqui estão representados, o semelhante pelas flores e o diferente pelas intersecções.

2) Pelos **olhos**:

- *complexo*: pelo **objeto de trabalho**, os sujeitos sociais em várias fases do ciclo de vida; pelo **trabalho em si**, para o qual as enfermeiras percebem-se despreparadas e por vivenciarem adoecimentos. Na mandala, a complexidade está representada por uma das “pálpebras” dos olhos.

- *específico*: pelo uso amplo de **tecnologias leves**, instrumentos de trabalho potencializadores das relações singulares de cuidar; pelo **saber generalista**, diversificado e amplo que as enfermeiras necessitam para exercer esse trabalho. Estas são as outras “pálpebras” dos olhos.

- *feminino*: pelas marcas femininas do trabalho das enfermeiras, com **relações desiguais de gênero** sendo: duplamente **subordinadas** ao saber (médico) e ao gênero (masculino); **desvalorizadas** e **não reconhecidas** economicamente e pelo trabalho em si, o cuidado é desvalorizado socialmente por ser considerado doméstico e feminino; pela **subjetividade do trabalho** como um saber e um fazer em relações, com afetividade e emoção; pelas formas de **dominação e resistência** às relações de gênero e poder. Estas são as pupilas dos olhos.

Reconhecemos, desta forma, o trabalho das enfermeiras como *cuidador, diferente, porém semelhante, complexo, específico e feminino*. A ausência de cores nesta mandala é proposital: não são definidas por

defendermos que o trabalho da enfermagem na atenção básica deve ter as cores de sua população adscrita, com sombras, reflexos e nuances de tons também dos trabalhadores da equipe de saúde que ela ajuda a compor.

Com base nessa apreensão do trabalho das enfermeiras, ponderamos que:

- o referencial de Gênero agregado ao referencial de Trabalho, potencializa estudos sobre as enfermeiras e a enfermagem: já que a enfermagem tem sido considerada um trabalho feminino, as marcas de gênero tendem a interferir nos processos de trabalho, influenciando e conformando as relações sociais;

- as reflexões sobre o trabalho necessitam ser desencadeadas para possibilitar a visibilidade do trabalho feminino da enfermagem, possibilitando não apenas sensibilizações, mas talvez, algumas rupturas e mudanças, estratégias que devem ser pensadas para a enfermagem em geral, visando à definição de uma política para a enfermagem e o fortalecimento da profissão, principalmente, das enfermeiras;

- o uso da oficina de trabalho pode ser uma estratégia facilitadora de sensibilização e mobilização, para reflexão sobre o trabalho da enfermagem;

- as Escolas e as Faculdades de Enfermagem como agentes formadores de trabalhadores de enfermagem deveriam considerar as questões de gênero em seus processos de ensino-aprendizagem visando levar estudantes a perceber e a evitar as reproduções das desiguais relações de gênero na sua formação, o que mantém o *status quo* da enfermagem. Do mesmo modo, seria interessante considerar essa apreensão do trabalho das enfermeiras para o ensino da enfermagem na atenção básica e em geral, pois, aparentemente mantém-se o ensino centrado no saber dominante da biomedicina, fato que promove, inclusive, a dicotomia entre a teoria e a prática;

- as associações da categoria e sindicatos profissionais poderiam potencializar a mobilização e a articulação política dos trabalhadores de enfermagem, se considerassem as questões de gênero que perpassam o ser/fazer feminino, utilizando-se de estratégias para dar maior visibilidade a essas questões;

- outros estudos sobre as questões de gênero e trabalho necessitam ser realizados para aprofundarem a apreensão do trabalho da enfermagem como um trabalho feminino.

Em relação a Campinas, pela vivência e sensibilização possibilitadas com a oficina de trabalho, outras experiências como esta deveriam ser realizadas com o intuito de possibilitar a mais enfermeiras a reflexão sobre suas práticas, construindo um “trabalho da enfermagem” campineira centrado nas necessidades dos usuários, que potencializem e valorizem seu trabalho feminino.

Encerrando, consideramos que o estudo possibilitou novos aprendizados e conhecimentos, instigando-nos a re-avaliar a prática que desenvolvemos no ensino de graduação da enfermagem, a aprofundar o saber sobre os referenciais teóricos de Gênero e Trabalho, bem como a continuar utilizando-os nos próximos estudos.

Acreditamos que não esgotamos as possibilidades de apreensão do trabalho das enfermeiras na atenção básica. Apenas contribuímos com mais um olhar, o nosso. Dessa forma, concordamos com este trecho retirado do livro “A paixão segundo G.H.” de Clarice Lispector: *“Será preciso coragem para fazer o que vou fazer: dizer. E me arriscar à enorme surpresa que sentirei com a pobreza da coisa dita”*.

Referências Bibliográficas

Alcântara G. A enfermagem moderna como categoria profissional: obstáculos à sua expansão na sociedade brasileira [Tese de cátedra] Ribeirão Preto, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 1966.

Almeida MCP, Rocha JSY. O saber de enfermagem e sua dimensão prática. São Paulo: Cortez, 1986.

Almeida MCP. O trabalho de enfermagem e sua articulação com o processo de trabalho em saúde coletiva – rede básica de saúde em Ribeirão Preto. [Tese livre-docência]. Ribeirão Preto, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 1991.

Aranha Silva AL, Fonseca RMGS. Oficina de trabalho: instrumento de apropriação e reconstrução do saber e da prática de enfermagem em saúde mental. Anais do 2º. Encontro Internacional Pesquisa em Enfermagem. Águas de Lindóia, 2002.

Aranha Silva AL. Enfermagem em saúde mental: a ação e o trabalho de agentes de enfermagem de nível médio no campo psicossocial [Tese]. São Paulo, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2003.

Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70, 1994.

Barreira IA. A enfermeira ananeri no país do futuro: a aventura da luta contra a tuberculose [Tese]. Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1992.

Beauvoir S. O segundo sexo. São Paulo: Nova Fronteira, 1989.

Benetti MR. Perfil e práticas de enfermeiras na rede básica de Campinas, SP. [Dissertação] Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, 2007.

Brasil. Conselho Federal de Enfermagem. O exercício da enfermagem nas instituições de saúde no Brasil: 1982/1983. Rio de Janeiro: Conselho Federal de Enfermagem, Associação Brasileira de enfermagem, 1985.

Brasil. Lei no. 6.229 de 25 de junho de 1975. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União, p. 9273-9275, 26 jun. Seção I. 1986.

Brasil. Ministério da Saúde. ABC do SUS: doutrinas e princípios. Brasília: Secretaria Nacional de Assistência à Saúde, 1990.

Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. A regionalização e a atenção básica. Rev. Bras. de Saúde da Família 2002, (04), p.11-6.

Brasil. Programa Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde. 2000.

Bruschini C, Lombardi MR. Instruídas e trabalhadeiras: trabalho feminino no final do século XX. Cadernos Pagu 2001/02, 17/18, p.157-96.

Camelo SHH. Riscos psicossociais relacionados ao estresse no trabalho das equipes de saúde da família e estratégias de gerenciamento. [Tese] Ribeirão Preto, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2006.

Campinas. Projeto Paidéia/Programa Saúde da Família. Campinas: Secretaria Municipal de Saúde, 2001.

Campinas. Secretaria Municipal de Campinas. Estrutura do SUS – Campinas, 2007. Disponível em: www.campinas.sp.gov.br/saude. Acessado 12 dezembro 2007.

Campos CJG. A vivência do doente renal crônico em hemodiálise; significados atribuídos pelos pacientes. [Tese] Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, 2002.

Carvalho BG, Martin GB, Cordoni Jr. L. A organização do sistema de saúde no Brasil. In: Andrade SM, Soares DA, Cordoni Júnior L (organizadores) Bases da saúde coletiva. Londrina: UEL:Abrasco, 2001. p. 27-59.

Carvalho GCM. O momento atual do SUS...a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei. Saúde e Sociedade 1993, 2, p.9-24.

Carvalho V. A enfermagem de saúde pública como prática social. Rev de Enfermagem Escola Anna Nery jul.1997, n. de lançamento, p.25-41.

CIE. ICNP Version 1.0. 2005. Disponível em: www.icn.ch.

Coelho EAC. Enfermeiras que cuidam de mulheres: conhecendo a prática sob o olhar de gênero [Tese]. São Paulo, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2001.

Coelho S. As práticas de enfermagem em saúde da mulher, em Minas Gerais: um olhar de gênero. [Tese]. São Paulo, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2003.

Daher DV. Por detrás da chama da lâmpada: a identidade social do enfermeiro. Niterói: EdUFF, 2000.

Devreux A-M. A teoria das relações sociais de sexo: um quadro de análise sobre a dominação masculina. Sociedade e Estado set-dez 2005, 20 (3), p.561-84.

Faria L. Educadoras sanitárias e enfermeiras de saúde pública: identidades profissionais em construção. Cadernos Pagu jul-dez 2006, 27, p.173-212.

Ferreira ABH. Novo dicionário da língua portuguesa. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.

Fonseca RMGS. Mulheres e enfermagem: uma construção generificada do saber [Tese Livre-docência]. São Paulo, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 1996.

Fonseca RMGS. Uma leitura generificada da (re)inauguração de um fazer para mulheres: da Inglaterra ao Brasil. Rev Bras Enf jan-fev 2002, 55 (1), p.75-84.

Fonseca TMG. De mulher a enfermeira: conjugando trabalho e gênero. In: Lopes MJM; Meyer DE; Waldow VR. *Gênero e Saúde*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996. p.63-75.

Foucault M. *História da sexualidade: a vontade de saber*. 13ª ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1999.

Foucault M. *Microfísica do Poder*. 21ª ed. São Paulo: Paz e Terra, 2005.

Franco TB, Merhy EE. Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: Merhy EE, Magalhães Jr HM, Rimoli J, Franco TB, Bueno WS. *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. São Paulo: Editora Hucitec. 2003. p.55-124.

Gastaldo DM, Meyer DE. A formação da enfermeira: ênfase na conduta em detrimento do conhecimento. *Rev Bras Enf* jan-dez 1989, 42 (1, 2, 3/4), p.7-13.

Germano RM. *Educação e Ideologia da Enfermagem no Brasil*. São Paulo: Cortez, 1983.

Giulani PC. Os movimentos de trabalhadoras e a sociedade brasileira. In: Priore M. *História das mulheres no Brasil*. São Paulo: Contexto, Editora Unesp, 1997. p. 640-68.

Guedes CR, Nogueira MI, Camargo Jr. KR. A subjetividade como anomalia: contribuições epistemológicas para a crítica do modelo biomédico. *Ciências & Saúde Coletiva* out-dez, 2006, 11 (4), p.1093-1103.

IBGE. Censo demográfico/2007. Disponível em: www.ibge.gov.br/cidades Acessado em 26/07/2007

Jaggar AM. Amor e conhecimento: a emoção na epistemologia feminista. In: Jaggar AM, Bordo SR. *Gênero, corpo, conhecimento*. Rio de Janeiro: Record, Rosa dos Tempos, 1997. p. 157-185.

Lopes MJM, Meyer DE, Waldow VR. *Gênero e Saúde*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

Lopes MJM. O sexo do hospital. In: Lopes MJM; Meyer DE; Waldow VR. *Gênero e Saúde*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996. p.76-105.

Lopes MJM. O trabalho da enfermeira: nem público, nem privado, feminino, doméstico e desvalorizado. *Rev Bras Enf* jul-dez 1988, 41 (3/4), p.211-17.

Louro GL. Mulheres na sala de aula. In: Priore M. *História das mulheres no Brasil*. São Paulo: Contexto, Editora Unesp, 1997. p.443-81.

Luz MT. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de “transição democrática” – anos 80. *PHYSIS – Revista de Saúde Coletiva* 1991, 1(1), p.77-96.

Machado LZ. Feminismo, academia e interdisciplinaridade. In: Costa, Bruschini C., *Uma questão de gênero*. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos; 1992.

Marques D, Silva EM. A enfermagem e o programa saúde da família: uma parceria de sucesso? Rev Bras Enf set-out 2004, 57(5), p.545-50.

Marques D. A trajetória do programa saúde da família em Campinas e a contribuição da enfermagem. [Dissertação]. Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, 2003.

Marx K. O capital: crítica da economia política. São Paulo: Difel, 1994.

Mendes VE. Distrito sanitário: processo social de mudança das práticas do sistema único de saúde. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco, 1994.

Mendes-Gonçalves RB. Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades. Cadernos CEFOR – Textos, 1992.

Mendes-Gonçalves RB. *Tecnologia e Organização Social das Práticas de Saúde*: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo. São Paulo: Hucitec-ABRASCO, 1994.

Merhy EE. Um dos grandes desafios para os gestores do SUS: apostar em novos modos de fabricar os modelos de atenção. In: Merhy EE, Magalhães Jr HM, Rimoli J, Franco TB, Bueno WS. *O trabalho em saúde*: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Editora Hucitec. 2003. p.15-36.

Merhy EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy EE, Onocko R. (organizadores.) **Agir em saúde**: um desafio para o público. São Paulo-Buenos Aires: HUCITEC-Lugar, 1997. p.71-112.

Merhy EE. A saúde pública como política. São Paulo: Hucitec, 1992.

Meyer DE. A formação da enfermeira na perspectiva do gênero: uma abordagem sócio-histórica. In: Waldow VR, Lopes MJM, Meyer DE. Maneiras de cuidar, maneiras de ensinar: a enfermagem entre a escola e a prática profissional. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. p.63-78.

Meyer DE. Do poder ao gênero: uma articulação teórico-analítica. In: Lopes MJM, Meyer DE, Waldow VR. Gênero e Saúde. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996. p.41-54.

Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 7ª ed. São Paulo - Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco, 2000.

Moreira A, Oguisso T. Celebrando as origens da enfermagem brasileira. Rev Paul Enf set-dez. 2000, 19 (3), p.5-13.

Mott ML, Oguisso T. Discutindo os primórdios do ensino de enfermagem no Brasil: o Curso de Enfermeiras da Policlínica de Botafogo (1917 – 1920). Rev Paul Enf jan-abril. 2003, 22 (1), p. 82-92.

Mott ML, Tsunechiro MA. Os cursos de enfermagem da Cruz Vermelha Brasileira e o início da enfermagem profissional no Brasil. Rev Bras Enf set-out 2002, 55 (5), p.592-9.

Mott ML. Revendo a história da enfermagem em São Paulo (1890-1920). Cadernos Pagu 1999, (13), p.327-355.

Nascimento EPL. As enfermeiras e suas práticas na rede básica de saúde de Campinas nas décadas de 70 e 80. [Dissertação] Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, 2002.

Nóbrega MML, Garcia TR. Perspectivas de incorporação da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) no Brasil. *Rer. Bras. Enfermagem* 2005, mar-abr, 58(2), 227-30.

Nozawa MR, Benetti MR, Marques D. Perfil profissional e práticas das enfermeiras da rede municipal de saúde de Campinas. Relatório de pesquisa. Campinas, 2007.

O'Brien P. All a woman's life can bring: the domestic roots of nursing in Philadelphia, 1830-1885. *Nursing Research* jan-fev 1987, 36 (1), p.12-7.

Parsons E. A enfermagem no Brasil. *Rev de Enfermagem Escola Anna Nery*, jul. 1997, (lançamento), p.10-24.

Pedro J. Traduzindo o debate: o uso da categoria gênero na pesquisa histórica. *História* 2005, 24 (1), p. 77-98.

Peduzzi M. Laços, compromissos e contradições nas relações de trabalho da enfermagem. In: *Anais do 53º Congresso Brasileiro de Enfermagem*, Curitiba, 2001.

Pena MVJ, Correia M. A questão de gênero no Brasil. Banco Mundial e Cepia, 2003.

Pereira WR, Bellato R. O trabalho da enfermeira – a pertinência da categoria analítica do gênero para o seu estudo. *Rev Bras Enferm* out-dez 1996, 49 (4), p.485-96.

Pereira WR, Bellato R. O trabalho da enfermeira – uma abordagem sob a perspectiva da teoria feminista. *Texto e Contexto* jan-jun 1995, 4 (1), p.66-82.

Pereira WR, Silva GB. Tão longe, tão perto (mulher, trabalho, afetividade e poder). Cuiabá: EduFMT, 1999.

Pimenta AL. O SUS e a municipalização à luz da experiência concreta. *Saúde e Sociedade* 1993, (2), p.25-40.

Pires D. Hegemonia médica na saúde e a enfermagem. São Paulo: Cortez. 1989.

Rago M. Trabalho feminino e sexualidade. In: Priore M. *História das mulheres no Brasil*. São Paulo: Contexto, Editora Unesp, 1997. p.578-606.

Ramos FS. Forma e arquétipo: um estudo sobre a mandala. [Dissertação]. Campinas: Instituto de Artes, Universidade Estadual de Campinas, 2006.

Rizzotto MLF. História da enfermagem e sua relação com a saúde pública. Goiânia: AB, 1999.

Rocha SMM, Almeida MCP. O processo de trabalho da enfermagem em saúde coletiva e a interdisciplinaridade. *Rev Latino-Am Enfermagem* dez. 2000, 8 (6), p.96-101.

Salcedo Barrientos DM. Mulher & saúde: dialetizando o trabalho da enfermagem ambulatorial [Tese] São Paulo, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2002.

Scott JW. Gênero: uma categoria útil para a análise histórica. Recife: SOS Corpo, 1995.

Scott JW. Prefácio de A gender and politics of history. Cadernos Pagu 1994, (3), p.11-27.

Sena ARMF, Nimo CC, Costa EM, Barreira IA. Moça de boa família como figura-tipo de candidata a enfermeira na década de 20. Rev Enferm UERJ dez 1998, 6 (2), p. 356-61.

Silva EM, Nozawa MR, Silva JC, Carmona SAMLD. Práticas das enfermeiras e políticas de saúde pública em Campinas, São Paulo, Brasil. Cad. Saúde Pública 2001, 17(4), p.989-98.

Silva EM. Supervisão do trabalho de enfermagem em saúde pública no nível local. 1997. [Tese] Ribeirão Preto, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 1997.

Silva GR. A enfermagem profissional: análise crítica. São Paulo: Cortez. 1986.

Takemoto MLS, Silva EMS. Acolhimento e transformações no processo de trabalho de enfermagem em unidades básicas de saúde de Campinas, São Paulo, Brasil. Cad. Saúde Pública fev, 2007, 23(2):331-340.

Takemoto MLS. O trabalho de enfermagem em unidades básicas de saúde e a proposta de mudança do modelo de atenção à saúde no Município de Campinas – SP. [Dissertação]. Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, 2005.

Teixeira CF, Paim JS, Vilasbôas AL. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. IESUS, abr-jun 1998, 7 (2), p.08-28.

Vilela MFG. Da ‘moça da vigilância’ ao núcleo de saúde coletiva na unidade básica de saúde: o que há de novo no modelo assistencial de Campinas? [Tese]. Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, 2005.

Villa TCS, Mishima SM, Rocha SMM. A enfermagem nos serviços de saúde pública do estado de São Paulo. In: Almeida MCP, Rocha SMM (organizadores). O trabalho de enfermagem. São Paulo: Cortez, 1997. p.27-60.

Waldow VR, Lopes MJM, Meyer DE. Maneiras de cuidar, maneiras de ensinar: a enfermagem entre a escola e a prática profissional. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

ANEXO A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Eu, _____, idade _____, RG _____, estou devidamente informada e concordo em participar livre e espontaneamente da Oficina de Trabalho “O trabalho da enfermeira na rede básica de saúde” que faz parte da pesquisa intitulada “As percepções das enfermeiras sobre seu trabalho na rede básica de saúde de Campinas” proposta pela aluna de Pós-graduação de Doutorado em Enfermagem Dalvani Marques, sob a orientação da Profa. Dra. Suely Ciosak, que tem por objetivos: descrever as principais atividades desenvolvidas e referidas pelas enfermeiras na rede básica de saúde de Campinas; descrever as percepções das relações implicadas no desenvolvimento do trabalho das enfermeiras; e, analisar as relações implicadas no trabalho das enfermeiras na rede básica de saúde de Campinas, na perspectiva de gênero e poder.

Para cumprir tais objetivos, estou ciente e concordo em que as oficinas sejam gravadas. Tenho a garantia de que a minha participação na pesquisa não acarretará quaisquer ônus ou prejuízos pessoais, sendo garantido sigilo e privacidade. Tenho plena liberdade de desistir desta pesquisa se assim me for conveniente.

Para esclarecer quaisquer dúvidas tenho à disposição o contato com a pesquisadora pelos telefones: (19) 3521-8820, 3521-8948, 9736-3755 ou com o Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem/USP, pelo telefone: (11) 3061-7548.

Campinas, _____ de _____ de 2007.

Assinatura da participante

Pesquisadora Dalvani Marques

ANEXO B - Carta Convite

Para CS _____

A/C Enfermeira _____

Convite para Oficina “O trabalho da enfermeira na rede básica de saúde”

Gostaria de lhe convidar para participar da Oficina de Trabalho “O trabalho da enfermeira na rede básica de saúde” que faz parte da pesquisa intitulada “As percepções das enfermeiras sobre seu trabalho na rede básica de saúde de Campinas” proposta pela aluna de Doutorado em Enfermagem Dalvani Marques, sob a orientação da Profa. Dra. Suely Ciosak, cujos objetivos são: descrever as principais atividades desenvolvidas e referidas pelas enfermeiras na rede básica de saúde de Campinas; descrever as percepções das relações implicadas no desenvolvimento do trabalho das enfermeiras; e, analisar as relações implicadas no trabalho das enfermeiras na rede básica de saúde de Campinas, na perspectiva de gênero e poder.

Esta Oficina se realizará em no máximo três encontros nos dias 13 de abril e 20 de abril e, se necessário, em nova data a combinar, das 9 as 11h, em sala no prédio do Departamento da Enfermagem da FCM (Faculdade de Ciências Médicas) na Unicamp.

Informamos ainda que esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da USP, pelo CETS e pelo Secretário Municipal de Saúde de Campinas.

Sua participação nesta pesquisa não acarretará quaisquer ônus ou prejuízos pessoais, sendo garantido sigilo e privacidade, como também, a plena liberdade de desistir desta pesquisa em qualquer momento se assim lhe for conveniente.

Para esclarecer quaisquer dúvidas, coloco-me à disposição para contato pelos telefones: 3521-8820, 3521-8948, 9736-3755, ou com o Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem/USP, pelo telefone: (11) 3061-7548.

Agradeço sua atenção e entrarei em contato para confirmar sua participação,

Atenciosamente,

Dalvani Marques

ANEXO C - Programação Geral da Oficina

Oficina – “O trabalho da enfermeira na rede básica de saúde”

Duração: 2 períodos de 2 horas.

13/04/2007 - 1º. Encontro: “Práticas das Enfermeiras”.

Duração: 2h.

- Aquecimento – apresentação, nomes e codinomes (se desejar).
- Apresentação da Proposta de Trabalho, solicitando o termo de consentimento livre e esclarecido e definindo o contrato de trabalho.
- Apresentar os resultados sobre as dez mais freqüentes e mais importantes atividades realizadas pelas enfermeiras, solicitando que respondam a questão: “Por que fazemos o que fazemos?”.
- Encerrar as atividades no horário combinado, entregar texto complementar.

20/04/2007 - 2º. Encontro: “Práticas Generificadas das Enfermeiras”.

Duração – 2h.

- Aquecimento – Memórias do 1º. Encontro.
- Apresentar a pré-análise do 1º. Encontro.
- Retomar a pergunta norteadora e a teorização.
- Encerrar o encontro, avaliando a oficina.

Bibliografia: Fonseca, Rosa Maria Godoy Serpa, Atenção: mulheres trabalhando! (na vida, na saúde, na enfermagem) In: Fonseca, Rosa Maria Godoy Serpa (org.) *Mulher e Cidadania na nova ordem social*. São Paulo: NEMPE/USP, 1996.

ANEXO D – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da EEUSP