**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

Geisa Colebrusco de Souza

**TRABALHO EM EQUIPE DE ENFERMAGEM: INTERAÇÃO,
CONFLITO E AÇÃO INTERPROFISSIONAL EM HOSPITAL
ESPECIALIZADO**

SÃO PAULO

2011

Geisa Colebrusco de Souza

**TRABALHO EM EQUIPE DE ENFERMAGEM: INTERAÇÃO,
CONFLITO E AÇÃO INTERPROFISSIONAL EM HOSPITAL
ESPECIALIZADO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gerenciamento em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências

Área de Concentração: Fundamentos e Práticas de Gerenciamento em Enfermagem e em Saúde

Orientadora: Prof^ª Dr^a Marina Peduzzi

SÃO PAULO

2011

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO 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”
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Souza, Geisa Colebrusco de
Trabalho em equipe de enfermagem: interação,
conflito e ação interprofissional em hospital especializado /
Geisa Colebrusco de Souza. -- São Paulo, 2011.
158 p.

Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem da
Universidade de São Paulo.

Orientadora: Prof^ª Dr^a Marina Peduzzi

1. Enfermagem 2. Trabalho 3. Equipe de assistência ao
paciente 3. Profissionais de enfermagem I. Título.

Nome: Geisa Colebrusco de Souza

Título: Trabalho em equipe de enfermagem: interação, conflito e ação interprofissional em hospital especializado

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências.

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

Dedico este estudo

A Deus, por seu infinito amor.

Aos meus pais, Maria Tereza e Osmar, que me apoiaram em todos os momentos. Dedico a vocês esta conquista.

A minha sobrinha Helena, pelo sorriso que me faz feliz.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pelas oportunidades que coloca em meu caminho.

Aos meus pais, Maria Tereza e Osmar, pelo apoio incondicional, pela torcida e orações para que tudo desse certo.

À professora Marina Peduzzi, pela paciência, pelos ensinamentos e por meu crescimento pessoal e profissional na orientação deste estudo.

À minha irmã Gláucia e ao meu cunhado André, que me ajudaram inúmeras vezes nos momentos que mais precisei.

À Helena, minha sobrinha linda, que mostra todos os dias o que é ser feliz.

Ao Celso, pela paciência e compreensão em todas as vezes que ouviu “hoje não posso” durante a realização deste mestrado.

As minhas amigas de hoje e sempre, de infância, da faculdade, da residência em enfermagem, do trabalho, são muitos nomes, foram inúmeras as formas de ajuda, umas com palavras de incentivos, outras com referências importantes e outras pela torcida para concretizar este trabalho.

À amiga Paula que desde a residência em enfermagem tem acompanhado esta trajetória.

Ao meu primo Lucas e à amiga Eloá, que compreenderam os momentos em que precisava de silêncio em casa e a bagunça que fazia na mesa para estudar.

Aos docentes do Departamento de Orientação Profissional, pela oportunidade de aprender com vocês, trabalhar, pelas palavras de apoio e incentivo na realização deste mestrado. É um sonho realizado.

À chefia do Departamento de Orientação Profissional, Maria Helena Trench Ciampone, Heloisa Helena Ciqueto Peres e Fernanda Maria Togeiro Fugulin, por me receberem e proporcionarem a oportunidade de conciliar o trabalho e a pesquisa.

À professora Maria Madalena Januário Leite pelas contribuições e disponibilidade em responder as minhas inúmeras dúvidas sobre a pesquisa.

Às professoras doutoras Maria Helena Trench Ciampone e Cinira Magali Fortuna pelas necessárias contribuições no exame de qualificação.

Ao pessoal da secretaria do Departamento de Orientação Profissional, Andréia, Osni e Edina, que me ajudam como aluna e como colega de trabalho.

Às minhas colegas de trabalho, especialistas em laboratório de ensino do Departamento de Orientação Profissional, Irene, Jaqueline e Milena, que muito me ajudaram e estiveram presentes neste caminhar.

À Gabriela Azzolin, por ter despertado em mim o interesse pela formação acadêmica.

*Aos participantes do grupo de pesquisa **Gestão de Recursos Humanos na Perspectiva do Processo de Trabalho em Saúde e Enfermagem**, em especial à Brígida Gimenez Carvalho e Jaqueline Alcântara Marcelino da Silva pela valiosa contribuição e discussão sobre o referencial teórico, vocês contribuíram de forma especial para realização deste mestrado.*

À Adriana Marques da Silva por fornecer informações importantes do percurso metodológico.

À Karen Namie Sakata, pelas discussões, contribuições sobre o referencial teórico do processo de trabalho e pela indicação de leitura.

Aos funcionários da biblioteca Wanda de Aguiar Horta, pela atenção, paciência e disponibilidade em ajudar.

Às funcionárias da secretaria da pós-graduação que movimentam os bastidores e contribuem para amenizar nossos anseios e preocupações.

Às profissionais da enfermagem participantes desta pesquisa, que muito bem me receberam em seus ambientes de trabalho e consentiram a entrevista.

A CAPES pelo incentivo financeiro.

Muitos contribuíram de forma direta ou indireta. Obrigada a todos!

*“A arte de viver é simplesmente a arte de conviver...
Simplesmente, disse eu? Mas como é difícil!” (Mario Quintana)*

Souza GC. Trabalho em equipe de enfermagem: interação, conflito e ação interprofissional em hospital especializado [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2011.

RESUMO

O trabalho em equipe de saúde e enfermagem tem sido apontado como um importante aspecto da organização dos serviços para alcançar a produção do cuidado integral. Assim, o estudo tem como objetivo identificar e analisar as concepções dos profissionais de enfermagem sobre o trabalho em equipe de enfermagem bem como as concepções sobre a prática do cuidado integral e da integralidade à saúde. A pesquisa, de abordagem qualitativa, foi realizada num hospital especializado em oncologia em duas unidades, ambulatório de especialidades e clínica cirúrgica. Foram entrevistadas 21 profissionais, enfermeiras e técnicas de enfermagem e no tratamento do material empírico, utilizou-se a técnica de análise de conteúdo. Os resultados mostram que a concepção de trabalho em equipe de enfermagem é majoritariamente, ação interprofissional e que as entrevistadas elegem como elementos necessários para o trabalho em equipe a comunicação, confiança, vínculo, respeito mútuo, reconhecimento do trabalho do outro e colaboração. Identifica-se a presença de conflitos na equipe de enfermagem que ocorrem predominantemente entre enfermeiras e técnicas de enfermagem e obstaculizam o trabalho em equipe. Os conflitos em sua maioria são decorrentes da ausência de reconhecimento das contribuições das técnicas de enfermagem por parte das enfermeiras e da ausência de colaboração e compartilhamento do plano de cuidados entre as distintas categorias. Quanto às concepções sobre o cuidado integral de enfermagem as entrevistadas o referem como alternativo ao modelo de organização funcional, ancorado na abordagem biopsicossocial e fortalecido pelo modelo de enfermeiro referência. No tocante às práticas de integralidade à saúde identificam-se três categorias, a articulação entre os profissionais da equipe no atendimento do paciente, a articulação dos setores do hospital e a articulação do hospital na rede de atenção à saúde. Conclui-se que o trabalho em equipe de enfermagem caracteriza-se pela estreita interface com as ações desenvolvidas pela equipe interprofissional e que a colaboração e o planejamento dos cuidados de enfermagem realizado em conjunto entre enfermeiras e técnicas de enfermagem podem ampliar a qualidade da assistência de enfermagem com foco nas necessidades de cuidado do paciente.

Descritores: Enfermagem; Trabalho; Equipe de assistência ao paciente; Profissionais de enfermagem

Souza GC. Teamwork in the nursing area: interaction, conflict and interprofessional practice in a specialized hospital. [dissertation]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2011.

ABSTRACT

The teamwork in the health and nursing area has been pointed as an important aspect from services organization seeking for the achievement of the integrated care concept. This study aims to identify and analyze the concepts sustained by nursing professionals concerning the teamwork in the nursing area as well as the concepts related to the practice of an integrated care and comprehensive health care. This qualitative research was developed in two different areas, out patient clinic and surgical clinic, from an oncology specialized hospital. There were 21 professionals interviewed including nurses and the nursing assistants. For the empirical treatment the content analysis technique was used. The results demonstrate that the understanding related to teamwork in nursing is mostly interprofessional practice and the interviewed people point as necessary elements for the teamwork the communication, trust environment, linkage among the professionals, respectful environment and the valorization of the work performed by each of the team members as well as the collaboration along with them. Conflicts mostly between nurses and the nursing assistants can be identified, establishing a barrier for the team work achievement. The majority of the conflicts derive from the lack of valorization from the nurses towards the contributions delivered by the nursing assistants as well as the lack of collaboration and sharing with regards to nursing care plan. With respect to the concept concerning the comprehensive health care the interviewed professionals mention it as an alternative model to functional organization, sustained by the biopsychosocial approach and reinforced by the primary nursing model. With regards to the integrated care practices three categories can be identified: the articulation between the professionals from the team when treating the patient, the articulation from the different sectors in the hospital and the articulation from the hospital in the health care system. It concludes that the nursing teamwork characterizes itself by the strict interface with actions carried out by the interprofessional team and that collaboration and nursing health care planning, performed together both by nurses and the nursing assistants, can increase the quality of the nursing assistance focusing on the patient centered care.

Descriptors: Nursing; Work; Patient care team; Nursing professionals.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AE	Ambulatório de Especialidades
CACON	Centro de Assistência de Alta Complexidade
CC	Clínica Cirúrgica
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CME	Centro de Esterilização de Materiais
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
E	Enfermeira
EEUSP	Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo
EUA	Estados Unidos da América
MARE	Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado
OMS	Organização Mundial de Saúde
OSS	Organização Social de Saúde
OS	Organização Social
PA	Pronto Atendimento
PDRAE	Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado
PMS	Programa Metropolitano de Saúde
SADT's	Serviço de Atendimento Diagnóstico e Terapêutico
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TE	Técnica de Enfermagem
UNACON	Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	OBJETIVO GERAL	18
	2.1 Objetivos específicos	18
3	REFERENCIAL TEÓRICO	20
	3.1 Processo de trabalho em saúde.....	20
	3.2 Processo de Trabalho em Enfermagem.....	25
	3.3 A dimensão interativa do trabalho em saúde e enfermagem que pode constituí-los como prática comunicativa.....	34
	3.4 Trabalho em equipe de saúde e enfermagem	44
	3.5 Colaboração.....	50
	3.6 Cuidado integral de enfermagem e integralidade à saúde.....	52
	3.6.1 Cuidado integral de enfermagem	52
	3.6.2 Integralidade na atenção à saúde.....	55
4	PERCURSO METODOLÓGICO	60
	4.1 Tipo de estudo	60
	4.2 Cenário do estudo.....	61
	4.2.1 O hospital	61
	4.2.2 O ambulatório de especialidades.....	65
	4.2.3 A unidade de internação da clínica cirúrgica	66
	4.3 Sujeitos de pesquisa	67
	4.4 Procedimentos de coleta de dados	70
	4.5 Aspectos éticos da pesquisa	72
	4.6 Procedimentos de análise dos dados	73
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	77
	5.1 Concepções sobre o trabalho em equipe de enfermagem	78
	5.1.1 Trabalho em equipe de enfermagem, ação interprofissional	78
	5.1.2 Dimensão interativa do trabalho em equipe.....	85
	5.2 Concepções da prática de cuidado integral de enfermagem	112
	5.2.1 Alternativo ao modelo funcional e abordagem biopsicossocial/ holística	112
	5.2.2 Fortalecido pelo modelo de enfermeiro referência	114
	5.3 Concepções sobre a prática da integralidade à saúde.....	122
	5.3.1 Articulação entre os profissionais da equipe.....	123
	5.3.2 Articulação dos setores do hospital e articulação do hospital na rede de atenção à saúde.....	128
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	134
	REFERÊNCIAS	139
	APÊNDICES	153
	ANEXOS	158

INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

Esta investigação tem como tema central o trabalho em equipe de enfermagem que é reconhecido como temática relevante de pesquisa, considerada a necessidade de superação da fragmentação da assistência à saúde e da organização da rede de prestação de serviços. A necessária articulação das ações de saúde também diz respeito especificamente à enfermagem, visto que esta se configurou, no Brasil, como prática heterogênea que reúne diferentes categorias profissionais. Nesse sentido, a qualidade dos cuidados de enfermagem resulta da composição das ações executadas pelos seus agentes, enfermeiros e trabalhadores de enfermagem de nível médio, podendo variar inclusive na dependência do grau e qualidade de articulação dessas ações.

O tema de estudo passa a ter maior destaque, tanto no Brasil como no cenário internacional, a partir da introdução do movimento da medicina preventiva com base na proposta de abordagem integral à saúde, seguido do reconhecimento da crescente complexidade dos serviços de saúde e do aumento da demanda por atendimento e em consequência, aumento dos custos do setor. Nesse contexto se observa a configuração de contradições entre, de um lado, a concepção multidimensional do processo saúde-doença e a necessária abordagem integral à saúde e de outro, a tentativa de controle e maior racionalização dos custos dos serviços prestados (PEDUZZI, 2007a). Portanto, cabe ressaltar que a indicação de organização dos serviços na modalidade de trabalho em equipe também precisa encontrar alternativas de melhor equacionamento da tensão referida.

A implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) a partir da promulgação da Constituição Federal em 1988 passa a garantir a saúde como um direito de todos e dever do Estado, e destaca como um de seus princípios o atendimento integral, visto que contempla ações assistenciais, preventivas e de promoção à saúde (BRASIL, 1988). Essa noção de sistema de saúde e o princípio de atendimento integral exigem uma organização tendo como elemento diretivo a integração e articulação dos serviços. O trabalho em equipe passa então a ser uma ferramenta de organização do

trabalho disponível para a tradução da política e do modelo assistencial proposto, considerando as múltiplas dimensões do processo saúde doença bem como a complexidades dos serviços de saúde acima referida (ELIAS, 2009; PEDUZZI, 2007a).

Definiu-se desenvolver a pesquisa em um serviço hospitalar, visto que a enfermagem, desde sua institucionalização como prática profissional, em meados do século XIX, consolidou-se no interior dos hospitais no contexto da reforma do sistema hospitalar da época (FOUCAULT, 2009, LOPES, 2001). Também se considerou pertinente escolher como campo de pesquisa um hospital especializado de alta complexidade, para o qual é indicada a organização do trabalho de enfermagem na modalidade de equipes, pois esse cenário permitiria, e de fato permitiu, responder aos objetivos da investigação que se referem a análise das concepções dos profissionais de enfermagem sobre o trabalho em equipe de enfermagem, cuidado integral e integralidade à saúde.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2006 publicou o relatório *Working together for health*, no qual apresenta um panorama da distribuição dos profissionais de saúde no mundo e chama a atenção dos países para a escassez de profissionais, principalmente nos países subdesenvolvidos. Destaca a necessidade de aprimorar a organização dos serviços e a formação dos profissionais de saúde. Nesse relatório enfatiza a colaboração e o trabalho em equipe entre os profissionais de saúde, o foco das ações nas necessidades de cuidado do paciente, o envolvimento da família no cuidado como aspectos inerentes ao novo paradigma de cuidado (WHO, 2006).

Recentemente, a OMS publicou outro relatório, *Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice*, tratando especificamente da temática prática e educação interprofissional, no qual aponta as evidências sobre os impactos da Educação Interprofissional e da Prática Interprofissional nos serviços de saúde, sendo abordadas como importantes aspectos para preparar os futuros profissionais de saúde para a prática com colaboração (WHO, 2010).

O relatório divide-se em três grandes temas acerca das práticas colaborativas. O primeiro, relacionado ao nível sistêmico, os mecanismos de suporte

institucional. O segundo, relacionado às práticas dos profissionais, refere-se aos mecanismos da cultura de trabalho. E o terceiro relacionado aos mecanismos do ambiente físico das práticas (WHO, 2010). Considerados estes planos, a presente pesquisa volta-se para o micro espaço da atuação dos profissionais no serviço hospitalar.

A prática colaborativa ocorre quando múltiplos profissionais da saúde de diferentes formações trabalham em conjunto com os pacientes, famílias e comunidades acarretando maior qualidade no cuidado. Para configurar esse trabalho destacam-se como aspectos essenciais a tomada de decisão compartilhada, a construção conjunta dos objetivos e do plano de cuidados, responsabilização pelas atividades individuais e em equipe, estratégias efetivas de comunicação, resolução dos conflitos, além de regulares diálogos entre os profissionais de saúde e a comunidade. Esses aspectos são importantes para estabelecer uma cultura de trabalho em equipe (WHO, 2010).

No curso da pesquisa, num primeiro momento foi desenhado o quadro teórico apoiado na teoria do processo de trabalho em saúde e enfermagem. Contudo, após a pesquisa de campo e as primeiras leituras do material empírico coletado percebeu-se a necessidade da inclusão da teoria do agir comunicativo de Jürgen Habermas e da teoria do reconhecimento de Axel Honneth, visto que os relatos das entrevistadas apontavam fortemente, aspectos relacionados à interação entre os profissionais, a comunicação e os conflitos presentes na equipe de enfermagem. Esse quadro teórico vem sendo utilizado nos estudos do Grupo de Pesquisa no qual se insere a pesquisadora e orientadora “Gestão de Recursos Humanos na Perspectiva do Processo de Trabalho em Saúde e Enfermagem” e tem permitido contemplar de forma articulada componentes do processo de trabalho e da interação, entre pacientes e profissionais e entre profissionais das equipes de trabalho.

A realização desta pesquisa justifica-se pela necessidade de conhecer as concepções dos profissionais da enfermagem sobre o trabalho em equipe de enfermagem, visto que os trabalhadores dessa profissão representam, nos serviços hospitalares, um contingente significativo da força de trabalho. Também se justifica pela escassez de literatura, em particular sobre equipes de enfermagem e a

conseqüente necessidade de adensar a produção teórica. Nesse sentido, busca-se ampliar o conhecimento das interfaces e conexões entre os profissionais de enfermagem, e da enfermagem com as outras profissões na produção de cuidado e assistência à saúde em serviços hospitalares. Portanto, espera-se que os resultados da pesquisa possam contribuir para melhorar as práticas dos profissionais e estimular sua colaboração para alcançar o reconhecimento e respostas mais abrangentes e pertinentes às necessidades de cuidado dos pacientes.

OBJETIVOS

2 OBJETIVO GERAL

Analisar o trabalho em equipe de enfermagem em um hospital especializado na perspectiva do cuidado integral de enfermagem e da integralidade da saúde.

2.1 Objetivos específicos

- Identificar e analisar as concepções dos profissionais de enfermagem sobre o trabalho em equipe de enfermagem.
- Analisar as concepções dos profissionais de enfermagem sobre a prática do cuidado integral de enfermagem e da integralidade à saúde.

REFERENCIAL TEÓRICO

3 REFERENCIAL TEÓRICO

Para fundamentar a temática deste estudo utilizam-se os conceitos de processo de trabalho em saúde, processo de trabalho em enfermagem e trabalho em equipe, visto que o trabalho em equipe sempre remete a idéia de ação coletiva dirigida a um dado fim. O trabalho em saúde e enfermagem, pelas características de seus objetos, imediatamente constitui-se como espaço de interação social, de intersubjetividade, de modo que também se tomam como referência teórica o conceito de ação comunicativa e de ação instrumental de Jürgen Habermas e de reconhecimento de Axel Honneth.

3.1 Processo de trabalho em saúde

Segundo a concepção de trabalho de Karl Marx (1996), o processo de trabalho, como dimensão microsocial do trabalho, pode ser reconhecido nos seus elementos constituintes: a atividade orientada a um fim (o próprio trabalho), o objeto de trabalho (a matéria a ser transformada pelo trabalho) e os seus meios (instrumentos que são utilizados para a transformação do objeto). O objeto de trabalho refere-se a elementos pré-existent na natureza ou frutos de trabalho anterior, denominados matéria prima. É preciso considerar que em poucos trabalhos utilizam-se objetos existentes na natureza, na maioria deles, os objetos de trabalho são produzidos em processos anteriores (MENDES-GONÇALVES, 1992). O meio de trabalho é “uma coisa ou um complexo de coisas que o trabalhador coloca entre si mesmo e o objeto de trabalho e que lhe serve como condutor de sua atividade sobre esse objeto” (MARX, 1996, p. 298).

Entende-se por processo de trabalho desde a sua idealização como projeto até a etapa de resultado final: o produto. Nesse processo o trabalhador coloca em atividade energias intelectuais e mecânicas para transformar o que toma como objeto de sua intervenção em produto ou resultado projetado como fim a que se dirige sua ação (MENDES-GONÇALVES, 1992).

No trabalho em saúde há formas de se compreender e apreender o objeto de trabalho. Uma dessas formas refere-se ao modelo clínico, biomédico, que a partir do início do século XIX, concebe a doença como uma alteração morfológica e/ou funcional do corpo biológico individual, o que leva a ruptura com as dimensões sociais do fenômeno. Outra forma de apreensão e compreensão do objeto da saúde contemporânea à anterior constitui a epidemiologia, a qual procura conhecer a saúde e a doença como fenômenos coletivos e reconhecer neles as vinculações de suas dimensões individual e coletiva (MENDES-GONÇALVES, 1994).

A partir destes modelos, clínico e epidemiológico, desenvolveram-se instrumentos de trabalho para suprir as necessidades de saúde dos indivíduos, tanto na dimensão individual como na coletiva. No processo de constituição do modelo clínico dá-se a transformação dos hospitais que passam a ser reconhecidos como espaços de tratamento e cura – o hospital moderno. No modelo epidemiológico para o controle da doença em escala coletiva foram desenvolvidos outros instrumentos como: o saneamento, a higiene social, a polícia médica, a quarentena, as estatísticas de mortalidade e de frequência das doenças, entre outros (FOUCAULT, 2009; MENDES-GONÇALVES, 1992, 1994).

Há nesse sentido, uma relação de complementaridade entre o modelo clínico e epidemiológico. “A clínica e a epidemiologia oferecem possibilidades distintas de captação das necessidades de saúde e de sua transformação” (MENDES-GONÇALVES, 1994, p.91), sendo necessário entender que as duas diferem na forma de apreensão do objeto de trabalho em saúde (MENDES-GONÇALVES, 1994).

O desenvolvimento da clínica impulsiona o movimento social de transformação do hospital em um ambiente propício para a sua prática, cujo pano de fundo foi à emergência do modo de produção capitalista, no qual passa haver a necessidade de controlar as doenças e a escassez da força de trabalho. Antes, o médico se apropriava de todo o processo de trabalho, desempenhando sozinho todos os momentos, do diagnóstico ao terapêutico. Com as profundas transformações do espaço hospitalar e o nascimento do hospital moderno, houve necessidade de agregar outros trabalhos ao trabalho médico, o que leva a institucionalização da enfermagem como profissão. Como apontado por Mendes-Gonçalves:

o hospital levou ao aparecimento de toda uma coleção de trabalhos “infra-estruturais”, sem os quais não pode funcionar, e que se constituíram na primeira extensão do médico em um trabalhador coletivo. O mais importante desses trabalhos foi o do enfermeiro, encarregado sobretudo de funções relativamente “mais manuais”, associadas ao processo terapêutico, e de funções complementares, não obstante essenciais, à realização do processo como um todo. A preservação do núcleo “mais intelectual” (diagnóstico e prescrição, além de certas técnicas privilegiadas) manteve o médico como dominante e determinante do processo (MENDES-GONÇALVES, 1992, p.39-40).

Antes desse período, no século XVIII, o hospital era considerado lugar de sujeitos marginais e moribundos, um lugar para morrer, em nada assemelhado com uma instituição médica de terapêutica e cura. Sua função essencial era assistir aos pobres que necessitavam dos últimos cuidados. Essa assistência era realizada por pessoas religiosas e leigas que encontravam nas obras de caridade, a salvação eterna (FOUCAULT, 2009).

No contexto de transformação do sistema hospitalar e de conformação da prática médica e da prática de enfermagem tal como se conhece na modernidade, em especial a partir do século XIX, o saber médico legitima-se como fundante das concepções de saúde e doença vigentes até a atualidade.

Pode-se dizer que o espaço hegemônico que ocupa o trabalho do médico nas práticas de saúde é constituído de dois aspectos fundamentais. O primeiro repousa sobre o fato de terem produzido uma concepção geral de saúde e de doença, fundamentada na ciência positivista, que ressalta a saúde e a doença como situações vitais que dizem respeito ao homem indivíduo-biológico, sem levar em consideração outros determinantes e características que são peculiares a certos grupos sociais, concebendo a saúde e doença como fatos objetivamente determináveis. O segundo consiste no fato de que ao elaborar essas concepções e controlar essas práticas, os profissionais médicos “reservam para si mesmo, o papel de únicos trabalhadores qualificados, vinculando essa capacitação ao domínio de um determinado saber” (MENDES-GONÇALVES, 1994, p. 98).

Dessa forma, a saúde e a doença passam a ser fundamentalmente apreendidas no âmbito individual e biológico, e mesmo que o trabalho em saúde agregue outras práticas e saberes profissionais, são a clínica e a prática do

profissional médico que têm papel central na organização e distribuição dos serviços de saúde (MENDES-GONÇALVES, 1994).

A partir do momento que o hospital passou a ser instrumento de cura e a distribuição dos doentes no seu espaço tornou-se um instrumento terapêutico, o médico passou a ter o papel principal e assumir a responsabilidade por toda a organização hospitalar que antes era realizada por religiosos - ocorreu, assim, uma inversão hierárquica do poder (FOUCAULT, 2009).

Mendes-Gonçalves (1992) elucida que os trabalhos em saúde são mais facilmente desvinculados da idéia de trabalho enquanto atividade produtiva, por apresentarem formas de atividades distintas, consideradas mais nobres, missionárias, livres das injunções materiais, por não produzirem bens materiais. As profissões da área da saúde (e principalmente a medicina) nas palavras de Almeida e Rocha (1997) são geralmente interpretadas como desvinculadas do mundo do trabalho, “e essa desvinculação as coloca acima e além do mundo do trabalho, exaltando suas qualidades de verdade, de ciência, dedicação, de bem, sacerdócio, e de autonomia” (ALMEIDA; ROCHA, 1997, p. 17).

Nessa perspectiva, ao tratar do processo de trabalho em saúde, Peduzzi (1998) destaca que:

nessa rede, ocorre o encadeamento de distintos processos de trabalho que se diferenciam pela sua peculiar conexão dos elementos constituintes (objeto, instrumentos, atividades) e se integram por meio das relações entre as necessidades que precisam internalizar para se realizar. Tal como ocorre no campo da saúde, onde distintas áreas profissionais, cada qual realizando um processo de trabalho próprio, encontram nas necessidades de saúde seu ponto de confluência. Necessidades essas que se manifestam e são apreendidas desde diferentes ângulos ou aspectos, porém sempre referidas ao mesmo âmbito de carecimentos humanos, à mesma esfera da vida humana – a saúde (PEDUZZI, 1998, p. 23).

Outra especificidade do trabalho em saúde e das necessidades de saúde é sua inserção no setor de produção de serviço. Meirelles (2006) define serviço como a realização de trabalho em processo, trabalho em ação, portanto, trabalho na concepção dinâmica do termo. A autora aponta que não há relação biunívoca entre serviço e trabalho, ou seja, todo serviço é a realização de trabalho, mas nem todo trabalho é serviço.

Sob essa perspectiva não se pode distinguir serviço de produto. Se o serviço é trabalho em processo, o produto é o resultado desse processo. Portanto, o resultado do processo de trabalho no setor serviço é o próprio trabalho em ato, e não há necessariamente um produto material resultante, tal como ocorre na produção industrial (MEIRELLES, 2006).

Outros atributos que se pode reconhecer na prestação de serviços é que são intangíveis, simultâneos e inestocáveis. A intangibilidade, imaterialidade, dos serviços está associada à sua natureza de processo e não ao produto resultante, trata-se de um processo de trabalho no qual a produção ocorre simultânea ao seu consumo, e só acontece a partir de uma demanda que se extingue assim que é atendida. Por fim “a simultaneidade entre o ato de produzir e consumir torna, por sua vez, o serviço inestocável, pois o seu fornecimento se dá de forma contínua no tempo e no espaço e se extingue tão logo se encerra o processo de trabalho”, e sendo inestocável torna-se difícil mensurá-lo (MEIRELLES, 2006, p. 133).

Assim, pode-se dizer que o resultado do processo de trabalho em saúde, com suas peculiaridades de serviço e de atenção às necessidades de saúde, se caracteriza como trabalho imaterial (FORTUNA et al., 2005, LAZZARATO; NEGRI, 2001).

Nesse sentido,

quando o trabalho imaterial é reconhecido como base fundamental da produção, este processo não investe somente a produção, mas a forma inteira do ciclo “reprodução-consumo”: o trabalho imaterial não se reproduz (e não reproduz a sociedade) na forma de exploração, mas na forma de reprodução da subjetividade (LAZZARATO; NEGRI, 2001, p. 30).

Ou seja, a forma de organização do processo de trabalho no setor terciário deve levar em consideração a natureza subjetiva de seus trabalhadores, pois “é a sua personalidade e sua subjetividade que deve ser organizada e comandada. Qualidade e quantidade do trabalho são organizadas em torno de sua imaterialidade” (LAZZARATO; NEGRI, 2001, p. 25).

Como referido acima, o trabalho em saúde caracteriza-se tal como toda produção em serviços, pela produção e consumo concomitantes e uso intensivo de

recursos humanos, que representam o fator produtivo predominante mesmo com a crescente incorporação tecnológica (MEIRELLES, 2006). Outro atributo característico da prestação de serviços é o seu caráter relacional e interativo. “É condição *sine qua non* para a prestação de qualquer serviço a interação entre prestadores e usuários de serviço, pois é impossível a existência de um fluxo contínuo de trabalho sem um canal interativo que lhe dê suporte” (MEIRELLES, 2006, p. 133).

Assim, no campo da saúde e na área da enfermagem, o trabalho tem um caráter relacional e configura processos de trabalho que têm uma dupla face: ação produtiva e interação social. A comunicação/interação faz parte do trabalho, seja na relação do profissional com o paciente ou entre os profissionais (PEDUZZI, 2001, 2007a; SCHRAIBER et al., 1999).

A assistência à saúde, portanto não se concretiza em bens materiais, o que se produz são mudanças que visam suprir necessidades de saúde daqueles que procuram os serviços. Embora se reconheça que os resultados são concretos e evidentes, esses são experimentados pela própria pessoa que buscou assistência e cuidado (LEOPARDI; GELBCKE; RAMOS, 2001).

A finalidade do processo de trabalho em saúde é, portanto, atender as necessidades que são colocadas pelos sujeitos que buscam o serviço, por meio de alguma ação terapêutica. Essas necessidades não são naturais e fixas, mas variam de acordo com as alterações sócio-históricas, e no caso do trabalho em saúde além das necessidades dos sujeitos estão envolvidas também as necessidades dos trabalhadores e as da instituição. Nessa interação deve haver primazia e centralidade nas necessidades dos sujeitos (MATOS; PIRES; CAMPOS, 2009; MENDES-GONÇALVES, 1994).

3.2 Processo de Trabalho em Enfermagem

Ao analisar o processo de trabalho de enfermagem é necessário compreender além de seus elementos constitutivos, a especificidade da enfermagem como prática social, a acentuada divisão técnica e social do trabalho, e assim, a

existência de várias categorias dentro de uma mesma composição profissional, de enfermeiros e trabalhadores auxiliares. Na área da saúde, a enfermagem foi uma das primeiras profissões a nascer dividida em categorias, e até o presente, é marcada por uma intensa divisão do trabalho (MELO, 1986; PEDUZZI; ANSELM, 2002).

No Brasil, há uma produção científica considerável que toma a enfermagem como prática social. As pesquisas que utilizaram a categoria analítica trabalho tiveram início na década de 80, com as produções das autoras Almeida (1984); Almeida e Rocha (1986); Melo (1986) e Silva (1986), uma década após autores como Donnangelo (1975) e Mendes-Gonçalves (1979) terem produzidos estudos para compreender a prática médica. Esses autores embasam teórica e conceitualmente este estudo.

Nesse sentido, para compreender o processo de trabalho de enfermagem, torna-se necessário discorrer sobre a gênese da enfermagem moderna que tem como precursora Florence Nightingale, na segunda metade do século XIX, na Inglaterra. O trabalho de F. Nightingale foi ao encontro das mudanças necessárias da época. Nas palavras de Gomes et al. (1997), ela “colocou em prática uma parte do projeto social da saúde que se fazia necessária no âmbito das transformações sociais da época” (GOMES et al., 1997, p. 229-230).

Essas transformações sociais dizem respeito à reorganização dos hospitais numa época de consolidação do capitalismo como forma de organização social. Portanto, se constituiu uma preocupação para com a força de trabalho que impulsionava esse novo modo de acúmulo de riquezas, e para com os soldados, que defendiam as riquezas dos países (FOUCAULT, 2009; GOMES et al., 1997; LOBO, 2000).

F. Nightingale reelaborou o cuidado de enfermagem por meio da dissociação do trabalho doméstico e religioso ao qual o trabalho de enfermagem esteve ligado. “E é essa dissociação do trabalho doméstico que irá constituir uma das condições fundamentais para a construção de uma identidade de enfermagem enquanto grupo sócio-profissional” (LOPES, 2001, p. 25).

No contexto dessa época o índice de mortalidade entre os soldados era muito alto, era comum a morte por doença, epidemia ou deserção antes de chegar ao local do combate. Nesse sentido, o hospital militar tornou-se um problema importante. Era preciso manter os soldados em combate evitando que eles desertassem ou morressem de doenças. Com efeito, ocorre a reorganização administrativa e política dos hospitais, sobretudo os marítimos e militares, que, em primeiro lugar, busca anular os efeitos nocivos dos hospitais, como a transmissão de doenças, transformando-os de local de sujeitos moribundos à espera da morte em instrumento de cura com base na utilização da técnica de poder disciplinar militar (FOUCAULT, 2009).

Da necessidade de organizar os hospitais, Nightingale dirigiu-se para o Oriente, com um grupo de enfermeiras para trabalhar nos hospitais militares que se destinavam a cuidar dos soldados que na ocasião lutavam na Guerra da Criméia. Nos hospitais de Scutari, local onde passou a maior parte do tempo, preocupou-se em organizar a infra-estrutura dos hospitais, como instalação de cozinhas, higienização do ambiente, suprimento de roupas e equipamentos (GOMES et al., 1997; LOBO, 2000). Ela introduziu à enfermagem uma visão ampliada que não se detinha à intervenção direta ao doente, como curativos e medicamentos, ampliando as funções de controle do meio ambiente, por meio de observação e supervisão, como a introdução do rigor da disciplina militar na enfermagem (GOMES et al., 1997).

A noção de assepsia proveniente do sanitarismo e higienismo foi central na reestruturação do trabalho de enfermagem e juntamente com os requisitos e competências que lhe estavam implicados vão atribuir ao trabalho de enfermagem um caráter técnico, quer nas ações de cuidados diretos ao paciente como também nas tarefas que remetem à categoria de trabalho doméstico, como a limpeza das enfermarias e do meio físico envolvente. A enfermeira deveria controlar todo o ambiente, assim como a nutrição do doente (LOBO, 2000; LOPES, 2001). Essa dimensão técnica ao conferir especificidade ao trabalho de enfermagem resultará na categoria de cuidados de enfermagem, permitindo assim a inserção da enfermagem na categoria mais ampla de cuidados de saúde, à qual se mantivera exterior até a sua institucionalização (GOMES et al., 1997; LOPES, 2001).

Nesse movimento social de transformação do hospital em um local de cura, tanto dos soldados como da força de trabalho, a enfermagem se institucionaliza, utilizando como principal instrumento de trabalho, técnicas disciplinares, com o intuito de organizar os agentes de enfermagem como também o espaço de cura do doente. A inserção da enfermagem no processo de trabalho em saúde foi necessária, pois além do cuidado do ambiente do paciente era preciso agentes que executassem as ordens médicas direcionadas à cura do doente, foram os trabalhadores de enfermagem que assumiram essas funções (ALMEIDA; ROCHA, 1986).

Contudo, para Lopes (2001):

apesar da estrutura de cuidados surgir como o campo por excelência da enfermagem, este não irá constituir um campo de exercício profissional efetivamente autônomo, na medida em que, desde a sua gênese, surge condicionado pela estrutura de cura enquanto campo exclusivo da autoridade médica (LOPES, 2001, p. 28).

As atividades que eram responsabilidades da enfermagem estavam subordinadas às decisões tomadas ao nível médico, pois cabiam ao médico as decisões terapêuticas e à enfermagem as ações delegadas para o tratamento do doente.

Quando retornou a Inglaterra após a Guerra da Criméia, Nightingale preocupou-se em desenvolver atividades que estavam, sobretudo, voltadas para a administração dos hospitais, a formação de enfermeiros e a educação em serviço (GOMES et al., 1997). A primeira escola de enfermagem sob a orientação de Nightingale, em julho de 1860 no hospital St. Thomas, em Londres, na Inglaterra, preparou enfermeiras com diferentes formações, umas para desenvolver atividades de gerência, supervisão e ensino, as *lady-nurses*, pertencentes a um extrato social mais elevado e, as outras, as que vinham de um extrato social inferior, denominadas *nurses*, realizavam as atividades de cuidados diretos (ALMEIDA; ROCHA, 1986; GOMES et al., 1997). A enfermagem moderna nasce reproduzindo uma divisão social e ao mesmo tempo técnica do trabalho de enfermagem, entre *nurses* e *lady-nurses*.

Para se tornar enfermeira era necessário uma formação escolarizada, isso seria um modo de assegurar o caráter qualificado do trabalho de enfermagem ao

mesmo tempo em que manteria a enfermagem longe do restante das categorias indiferenciadas de pessoal hospitalar, dos leigos que executavam o cuidado, do qual a enfermagem fizera parte até o nascimento do hospital moderno (LOPES, 2001).

Lopes (2001) confere à enfermagem dois valores centrais distintos, que configuram a formação de um quadro ideológico às práticas de enfermagem. A autora refere que na sua formação enquanto grupo sócio-profissional a enfermagem atribui valores na recriação da origem religiosa à dedicação e bondade como atributos necessários, assim como os valores de obediência e firmeza para assegurar a autoridade e a hierarquia no ambiente de prática, o que evidencia a disciplina inspirada na ordem militar. Acrescenta-se também a esse quadro ideológico uma conduta moral irrepreensível.

É preciso destacar que os serviços de enfermagem anteriores ao nascimento do hospital moderno, dominados pelas instituições religiosas, já eram definidos em categorias distintas de serviços: as que coordenavam e as que executavam o cuidado. Nightingale legitimou a hierarquia e a disciplina no trabalho de enfermagem e materializou as relações de dominação-subordinação, reproduzindo na enfermagem, as relações de classe social, visto que “deixa evidente que a finalidade do treinamento de enfermeiras é o disciplinamento dos seus agentes para que as ordens médicas pudessem ser executadas com presteza e competência” (ALMEIDA; ROCHA, 1986, p. 43). Refletindo na prática da enfermagem além da divisão social do trabalho, a divisão técnica entre trabalho manual e intelectual, momentos separados de concepção e execução (MELO, 1986).

A característica da produção pela divisão parcelar do trabalho é a de que o produto é feito em numerosas operações, sendo executadas por diversos trabalhadores, impedindo que o trabalhador acompanhe qualquer processo completo de produção (MELO, 1986).

No processo de trabalho de enfermagem também ocorre a divisão entre trabalho manual e intelectual e as consequências são: alienação dos trabalhadores por não se apropriarem de todo o processo de trabalho, fragmentação do cuidado, e reprodução das relações de dominação e subordinação entre seus diversos agentes, o que de certa forma, reflete a própria situação de classes na sociedade (MATOS;

PIRES, 2006; MELO, 1986; PIRES 2006a, 2006b). Essa organização de trabalho dividida em parcelas marca até hoje o trabalho em saúde e enfermagem. Nesse processo ocorre também a perda de autonomia de certos grupos profissionais frente aos constrangimentos institucionais e gerenciais (PIRES, 2006a, 2006b).

Lopes (2001) argumenta que a enfermagem na sua filiação institucional ao hospital se coloca numa posição de dependência institucional, ao contrário de outros grupos profissionais que em sua gênese estabelecem uma relação de autonomia em relação às instituições hospitalares. Isso impõe a enfermagem, além de um trabalho orientado para o cuidado do doente, também uma orientação para a instituição, com funções de controle e manutenção da ordem social dos serviços.

O processo histórico de constituição da enfermagem moderna, no Brasil, institui uma prática de enfermagem com marcante divisão técnica do trabalho, na qual aos enfermeiros cabem, sobretudo ações gerenciais e aos trabalhadores de enfermagem de nível médio, ações de cuidado direto aos pacientes (ALMEIDA; ROCHA, 1986; PEDUZZI; ANSELMINI, 2002; PIRES, 2009).

Especificamente quanto ao processo de trabalho do enfermeiro, a literatura aponta que se compõe de várias dimensões, predominando a interpretação da sua constituição por duas dimensões: assistencial e gerencial (FELLI; PEDUZZI, 2005; SILVA, 2010). Embora para Kirchhof (2003); Leopardi; Glebcke e Ramos (2001) além dessas duas também exista uma terceira dimensão, a educacional, e para Sanna (2007) existam cinco distintas dimensões do trabalho de enfermagem: “administrar”, “assistir”, “ensinar”, “pesquisar” e “participar politicamente”. Essas diferentes dimensões do processo de trabalho, que dão especificidade à prática de enfermagem, podem co-existir em determinadas circunstâncias e instituição, ou serem tomadas como distintos processos de trabalho na medida em que se reconheçam neles, seus elementos constitutivos próprios (objetos, meios/instrumentos, atividades e agentes) (FELLI; PEDUZZI, 2005; SANNA, 2007).

A dupla dimensão, assistencial e gerencial, que caracteriza o trabalho de enfermagem, está presente, em menor intensidade, também no trabalho dos profissionais de enfermagem de nível médio (auxiliares e técnicos de enfermagem)

embora estes se ocupem predominantemente de ações de cuidado direto aos pacientes, assistenciais (PEDUZZI; ANSELM, 2002).

Na prática de enfermagem, a dimensão de cuidado ou assistencial tem como objeto de trabalho as necessidades de cuidado de enfermagem dos indivíduos e do coletivo, e como finalidade atender a essas necessidades sociais, no sentido da promoção da saúde, prevenção de doenças, recuperação do indivíduo e controle da doença na população. Como apontado acima, pode-se dizer que, no Brasil, as ações de cuidado são majoritariamente realizadas pelos trabalhadores de nível médio (PEDUZZI; ANSELM, 2002).

Na dimensão gerencial, principalmente presente no trabalho do enfermeiro, o objeto de trabalho é a organização do trabalho de enfermagem, tanto no sentido de organizar seus agentes como as parcelas do cuidado realizado por eles. O enfermeiro faz a mediação do trabalho de enfermagem e de saúde, com a finalidade de organizar o serviço com vistas a atender o paciente, o trabalhador e a instituição (FELLI; PEDUZZI, 2005; KIRCHHOF, 2003; SANNA, 2007).

Outro aspecto a ser considerado que está contido no limite da dimensão gerencial do trabalho do enfermeiro é a atividade de supervisão.

A supervisão aqui é entendida no sentido de Silva (1991) que compreende a atividade com três características centrais: ensino, controle e articulação política. O ensino é considerado fundamental diante das características do trabalho em saúde e enfermagem, visto que o trabalho é realizado de forma coletiva e pressupõe relações interpessoais, assim como crescente incorporação tecnológica. O controle ocorre por se tratar de trabalho que se organiza em bases coletivas. E o caráter de articulação política refere-se à posição intermediadora da supervisão no sentido de que o supervisor deve aproximar os interesses dos diversos grupos envolvidos no processo de trabalho, diretores dos serviços, trabalhadores e clientes.

Silva (1997) complementa que há uma relação entre as duas dimensões da supervisão, educação e controle, mostrando uma possível reciprocidade entre ambas que potencializa a qualificação do trabalho em enfermagem.

Justamente pela reciprocidade presente em ambas de garantir ou viabilizar a realização adequada do processo de trabalho. Assim, a educação dos trabalhadores é necessária para que saibam realizar suas atividades a contento, bem como o controle é necessário para que se acompanhe e avalie o desempenho desses trabalhadores. Do controle desdobram-se novas demandas por educação. Da educação derivam controles inovadores. Ambos se retroalimentando indefinidamente, ou até que novas formas de organização do trabalho venham a prescindir da educação ou do controle (SILVA, 1997, p.15).

A autora aponta que a atividade de supervisão fez-se necessária considerando o processo de divisão social e técnica do trabalho, bastante acentuado no caso da enfermagem. Nesse sentido a supervisão pode ser entendida como um instrumento do trabalho gerencial da enfermagem, sobretudo desenvolvido pelo enfermeiro, que deve articular ações de ensino, controle e articulação política, em outras palavras, “as atividades de supervisão buscam articular o modelo assistencial, o projeto institucional com os compromissos, projetos e interesses dos agentes em situação” (SILVA, 1997, p. 286). Apesar de identificar as dimensões essenciais da supervisão, na sua investigação, Silva (1997) pôde constatar que as enfermeiras realizam majoritariamente, nas atividades de supervisão, a função de controle restrito de tarefas e procedimentos.

Nesse mesmo caminho e de forma complementar Correia e Servo (2006) caracterizam a supervisão como exercício de comunicação entre supervisor e supervisionado, uma estratégia para democratização das ações de saúde, que pode contribuir para a transformação do modelo assistencial hegemônico, biomédico, e atingir uma assistência integral, equânime e resolutiva. As autoras acrescentam que a supervisão é importante na medida em que “auxilia as pessoas a alcançar metas ou padrões de atendimento, os quais, elas mesmas conceberam, tendo como parâmetro as políticas institucionais e adaptando-se as realidades locais” (CORREIA; SERVO, 2006, p. 528).

A supervisão também pode ser externa e neste caso é entendida como aquela supervisão realizada por um supervisor externo à equipe e não à instituição como proposto por Matumoto et al. (2005) na análise da supervisão na atenção básica em saúde.

Segundo as autoras, sob a ótica do referencial da análise institucional e dos grupos operativos, a supervisão é entendida como um dispositivo que possibilita a

construção de grupalidade e do projeto de trabalho da equipe, no sentido de que a própria equipe, ou seja, sujeitos partícipes sejam capazes de realizar a auto-análise e a auto-gestão da produção de trabalho. A auto-análise diz respeito à capacidade que os coletivos têm de se tornarem protagonistas nos processos em que estão envolvidos e a auto-gestão é a capacidade que os coletivos têm de auto-organização para alcançar os objetivos. Assim, complementam as autoras, a supervisão “tem o propósito de facilitar que as equipes de saúde analisem seu modo de se relacionar no trabalho, de produzir ações, quer na direção da produção de procedimentos quer na de cuidados, ou seja, que se analisem como equipe” (MATUMOTO et al., 2005, p. 16).

Esse modo de supervisão difere daquele em que a finalidade é controlar os processos e resultados segundo as normas institucionais. A supervisão externa tem como objetivo facilitar o enfrentamento das dificuldades vivenciadas pela equipe, os movimentos de resistência, estimular que os profissionais avaliem a direcionalidade do trabalho bem como se os resultados que estão produzindo estão de acordo com a finalidade do trabalho da equipe (MATUMOTO et al., 2005).

O supervisor externo deve também trabalhar com a equipe um aspecto que é inerente ao trabalho em saúde, a divisão técnica do trabalho. Essa divisão tem potencial para emanar o conflito entre os profissionais. Cabe ao supervisor, no entanto, clarear e explicitar os desencontros entre os trabalhadores para viabilizar a produção de cuidados (MATUMOTO et al., 2005).

A divisão técnica define de forma bastante clara quais atribuições são de responsabilidade de cada um na produção de cuidado ou procedimento, ao mesmo tempo em que gera expectativas em relação ao desempenho, uns em relação aos outros profissionais. Assim, a supervisão externa pode auxiliar os profissionais a entender as diferenças que existem no trabalho bem como proporcionar “a possibilidade de analisar os conflitos, os sentimentos de impotência, os mal-entendidos, os não-ditos, os sentimentos de mal-estar presentes no processo de trabalho, não os tomando, (...), como naturais ou do campo de conflitos pessoais” (MATUMOTO et al., 2005, p. 22).

3.3 A dimensão interativa do trabalho em saúde e enfermagem que pode constituir-los como prática comunicativa

No exercício cotidiano do trabalho em saúde os profissionais estão em interação, como foi referido anteriormente, o processo de trabalho em saúde e enfermagem remete a duas dimensões: produtiva e interativa (PEDUZZI, 2007a).

Nesta pesquisa, a dimensão da interação social é analisada com base na teoria do agir comunicativo de Jünger Habermas e na teoria do reconhecimento de Axel Honneth.

Jürgen Habermas, filósofo alemão representante mais proeminente da segunda geração da Escola de Frankfurt autor da teoria do agir comunicativo, tem formulado importantes considerações sobre o estatuto e a lógica das ciências sociais, visando a criação de uma teoria crítica da sociedade relacionada à hegemonia da racionalidade instrumental, pelo predomínio da ciência e da técnica, frutos do positivismo e determinante no processo da emancipação humana (PINZANI, 2009).

Habermas debate a sociedade a partir de duas razões básicas: a instrumental e a comunicativa. Em sua teoria busca superar o impasse da razão, se tomada como unicamente instrumental e direciona sua teoria crítica para além dessa instrumentalidade, propondo a existência de outra lógica distinta, reconhecida como racionalidade comunicativa (MEDEIROS; MARQUES, 2003).

Na teoria do agir comunicativo, obra publicada em 1981 e considerada a mais significativa de Habermas, o autor experiencia a elaboração da “nova” teoria crítica da sociedade que é objeto de seus estudos desde os anos de 1960. Nessa produção observa-se que Habermas não se refere somente à teoria social tradicional, mas também à filosofia analítica da linguagem, elaborando uma teoria bastante complexa da racionalidade e da ação. Para a elaboração da teoria do agir comunicativo utiliza uma gama de recursos teórico-metodológicos, que passa por autores como Marx, Weber, Adorno, Mead, Durkheim, Parsons, Piaget, Austin e Searle, para formar uma combinatória que permite explicar a complexidade dos problemas contemporâneos e formular uma solução para os dilemas da modernidade (ARAGÃO, 2002).

Para a compreensão da teoria habermasiana torna-se necessário esclarecer alguns conceitos desenvolvidos pelo autor: o conceito tríplice de mundo e o de mundo da vida e sistema. A partir das proposições de Popper o autor constrói o conceito tríplice de mundo: o **mundo objetivo**, relacionado ao mundo físico das coisas existentes; o **mundo social** ou normativo, relacionado às normas sociais e culturais sob as quais as pessoas agem; e o **mundo subjetivo** que se refere ao mundo interno dos indivíduos (ARTMANN, 2001).

Tais conceitos apontam para os três níveis nos quais a comunicação pode acontecer a partir das perspectivas dos sujeitos envolvidos nela: a relação do sujeito com um mundo de eventos e fatos, a relação do sujeito que age e está em interação com os outros, e a relação do sujeito com a sua própria natureza, com sua subjetividade e com a subjetividade dos outros (ARTMANN, 2001; PINZANI, 2009).

O mundo da vida é constituído por aspectos culturais, pela sociedade e pela personalidade. A cultura fornece conhecimentos e tradições historicamente construídos pelos antepassados, a sociedade aprovisiona o contexto normativo sob o qual agimos e na personalidade encontram-se as competências individuais para a comunicação. O sistema é constituído de vários subsistemas (científico, jurídico, financeiro, etc), todos mediados pelo poder e pelo dinheiro, representados pela razão instrumental (ARTMANN, 2001; PINZANI, 2009).

Na interpretação de Habermas dois processos centrais marcam a passagem das sociedades primitivas para a modernidade: o primeiro consiste na disjunção entre o mundo da vida e o sistema, que se constituíam originalmente uma unidade e vão se desmembrando e desenvolvendo mecanismos autônomos de integração específicos para cada sistema. O segundo processo refere-se a um avanço da racionalidade técnica/instrumental ou do sistema sobre o mundo da vida, o que ele denominou de colonização do mundo da vida por mecanismos de integração sistêmicos, em que a ação comunicativa vai sendo substituída gradualmente pelos mecanismos “dinheiro e poder” (FREITAG, 2005; PINZANI, 2009). Para Pinzani (2009) Habermas alerta para que “na sociedade atual, o mundo da vida corre o risco de ser colonizado pelos

sistemas da economia e da administração – e isso leva a uma corrosão dos âmbitos de ação estruturados em termos comunicativos” (PINZANI, 2009, p. 98).

Habermas parte da distinção entre racionalidade comunicativa e instrumental, às quais correspondem dois tipos de agir: o agir comunicativo e o agir instrumental. O primeiro é orientado pela busca do entendimento entre os sujeitos que se comunicam. É caracterizado por uma concepção da linguagem que a enxerga como meio para o entendimento, os sujeitos que se comunicam, no agir comunicativo querem entender-se sobre algo. Mas também a interação social pode ser orientada ao êxito e apoiada na lógica da adequação entre os meios e os fins desejados que caracteriza o agir instrumental. O agente pode ainda ter por finalidade a imposição de uma opinião subjetiva, manipulação de outros sujeitos, usá-los como meios para seus próprios fins ou visa alcançar uma determinada meta, chamada por Habermas de agir estratégico. “O telos implícito da racionalidade, nesse caso, é a “manipulação instrumental” e não como no primeiro caso, o “entendimento comunicativo” (PINZANI, 2009, p. 100).

Ainda, na teoria do agir comunicativo, com base nos atos de fala de Austin, que de forma resumida, são decompostos em ato locucionário (“essencialmente lingüístico, sendo identificado por referência a determinada língua com suas regras e convenções fonéticas, sintáticas e semânticas, e com sua função de referir, predicar, etc.”); ato ilocucionário (“ato propriamente dito, praticado ao se anunciar determinada oração com determinado fim convencional”) e ato perlocucionário (“resultado não convencional de certo ato ilocucionário”) (MARCONDES, 2001, p. 19), Habermas propõe que na comunicação devem estar presentes quatro pretensões ou expectativas de validade, que correspondem a três tipos de atos de fala envolvidos: a pretensão de verdade proposicional ou verdade da afirmação, a pretensão de retitude ou correção normativa, a pretensão de veracidade ou autenticidade expressiva (ARTMANN, 2001; PEDUZZI, 2007a, 2007b).

A primeira pretensão expressa pelos “atos de fala constatativos ou afirmativos” tem-se a expectativa de que os conteúdos proposicionais sejam verdadeiros, a veracidade dos conteúdos relacionada ao mundo objetivo. A pretensão de retitude ou correção normativa representada pelos “atos de fala regulativos e

valorativos” referem-se ao mundo social, ou seja, para serem aceitos devem estar de acordo com as normas sociais vigentes. A pretensão de veracidade ou autenticidade expressiva abarca os “atos de fala expressivos ou representativos” está relacionada ao mundo subjetivo, ou seja, refere-se à subjetividade dos interlocutores e espera-se sinceridade entre eles, sinceridade para consigo mesmo e para com os outros (ARTMANN, 2001).

Assim a ação comunicativa defendida por Habermas é uma alternativa que contrapõe a razão instrumental tão arraigada na sociedade moderna e nas relações sociais, inclusive na área da saúde e na enfermagem.

Outro importante aspecto relacionado à dimensão interativa é de que no trabalho em equipe de enfermagem, objeto deste estudo, observa-se uma intensa divisão técnica e social do trabalho como já referido anteriormente, na qual a comunicação e interação entre as diferentes categorias profissionais é palco constante de conflitos (SPAGNOL, 2006; SPAGNOL et al., 2010). Estes são analisados nesta pesquisa com base na teoria do reconhecimento de Axel Honneth (2003).

Atual representante da tradição da teoria crítica da Escola de Frankfurt, Axel Honneth, integrante da terceira geração dessa Escola, desenvolveu sua teoria do reconhecimento em dois momentos distintos. No primeiro, preocupa-se em mostrar as insuficiências da teoria do agir comunicativo de Jünger Habermas. “Honneth sustenta que a teoria habermasiana da sociedade precisa ser criticada do ponto de vista do horizonte da dimensão de intersubjetividade social, na qual as instituições estão inseridas” (SAAVEDRA; SOBOTTKA, 2008, p. 9). No segundo momento, preocupa-se em desenvolver a sua própria versão da teoria crítica da sociedade, na qual deve ocupar-se em interpretar a sociedade a partir de uma única categoria, a do reconhecimento (SAAVEDRA; SOBOTTKA, 2008).

Assim como Habermas, Honneth buscou em seus antecessores elementos pouco explorados para formular sua própria teoria e ampliar o horizonte da teoria social crítica. Ou seja, tenta construir uma nova possibilidade de interpretar a Teoria Crítica com críticas não focadas no entendimento e no consenso, característicos da teoria do agir comunicativo, mas na dominação e emancipação, cujo conceito central é o reconhecimento (SAAVEDRA; SOBOTTKA, 2008).

Nas ressalvas que faz à teoria do agir comunicativo de Habermas, Honneth esclarece que Habermas ao tentar explicar a sociedade, não ampliou o olhar para os conflitos sociais resultantes do sistema e da lógica instrumental. Há na teoria de Habermas, na visão de Honneth, um “déficit sociológico da Teoria Crítica”, e nesse sentido, vigora nessa vertente filosófica “uma concepção da sociedade que tem dois pólos e nada a mediar entre eles, uma concepção de sociedade posta entre estruturas econômicas determinantes e imperativas e a socialização do indivíduo, sem tomar em conta a ação social como necessário mediador” (NOBRE, 2003, p. 16).

Por um lado, Honneth concorda com Habermas sobre a necessidade de que a teoria crítica deva ser construída em bases intersubjetivas e marcada por componentes universalistas, por outro lado, defende a tese de que a base da interação é o conflito, e sua gramática, a luta por reconhecimento e não a busca do entendimento (NOBRE, 2003).

Nesse contexto, Honneth (2003) coloca como objeto central da teoria crítica o conflito social e a luta por reconhecimento, tentando desenvolver uma teoria social de teor normativo. Para o autor a base da interação entre os sujeitos é o conflito, e esse tem origem em experiências de desrespeito social. O autor parte dos conflitos sociais para desenvolver uma teoria com implicações mais práticas, de bases empíricas (LUBENOW, 2010). Honneth (2003) propõe diferentes formas de rebaixamento e ofensa pelos quais passam os homens, ou seja, três tipos de desrespeito social que estão relacionados a três níveis de autorrelação. Na reconstrução contínua da identidade dos sujeitos, na intersubjetividade, os três planos de autorrelação podem ser lesionados ou até mesmo destruídos.

Para essa construção Honneth parte das formulações de Hegel que fundamentam a distinção de três formas de reconhecimento intersubjetivo: amor, direito e solidariedade. Em seguida, recorre à psicologia social de George Herbert Mead para oferecer à idéia hegeliana uma inflexão empírica. Também nos escritos de Mead é possível identificar três formas distintas de reconhecimento de dedicação emotiva, de reconhecimento jurídico e de assentimento solidário (HONNETH, 2003).

Abrindo novas possibilidades com base nos três tipos de reconhecimento de Hegel e Mead, Honneth (2003) busca nos estudos do psicanalista Donald Winnicott e de Jéssica Benjamin, introduzir os primeiros elementos da sua teoria, ou seja, o reconhecimento por meio das relações primárias.

O primeiro plano de reconhecimento refere-se ao “amor”, “por relações amorosas devem ser entendidas aqui todas as relações primárias, na medida em que elas consistam em ligações emotivas fortes entre poucas pessoas, segundo o padrão de relações eróticas entre dois parceiros, de amizades e de relações pai/filho” (HONNETH, 2003, p. 159).

Na relação mãe-filho Winnicott designa as fases do desenvolvimento infantil que se ampliam da dependência absoluta à dependência relativa até a fase de destruição e fenômeno de transição. Jéssica Benjamin introduz a esse processo a proposta de “luta por reconhecimento” na qual mãe e filho podem se encontrar num processo de experiências que passam da dependência recíproca ao desligamento, tornando-se ambos independentes. Esse processo de desligamento corresponde ao que Honneth designa como capacidade de autoconfiança, e se bem sucedida a criança estará em condições de desenvolver de forma sadia a sua personalidade (HONNETH, 2003; SAAVEDRA; SOBOTTKA, 2008). Assim, Honneth extrapola a interpretação de que a capacidade de autoconfiança é base das relações sociais entre adultos e esse tipo de reconhecimento é responsável pelo desenvolvimento do autorrespeito além da autonomia necessária para a participação na vida pública (SAAVEDRA; SOBOTTKA, 2008).

A segunda forma de reconhecimento refere-se à relação jurídica. Tanto Hegel quanto Mead concebem à relação jurídica uma forma de reconhecimento recíproco, ou seja, os dois autores “perceberam uma semelhante relação na circunstância de que só podemos chegar a uma compreensão de nós mesmos como portadores de direito quando possuímos, inversamente, um saber sobre quais obrigações temos de observar em face do respectivo outro” (HONNETH, 2003, p. 179).

Honneth (2003) reconhece na transição para a modernidade uma ruptura entre o reconhecimento jurídico e o respeito social, originando duas formas distintas de respeito. As diferenças entre elas são apontadas pelo autor:

(...) no “reconhecimento jurídico”, (...) todo ser humano deve ser considerado, sem distinção, um “fim em si”, ao passo que o “respeito social” salienta o “valor” de um indivíduo, na medida em que este se mede intersubjetivamente pelos critérios de relevância social (HONNETH, 2003, p. 184).

No primeiro caso, o “reconhecimento jurídico” não tolera graduações, ou seja, “temos de lidar com um respeito universal pela liberdade da vontade da pessoa” (HONNETH, 2003, p. 184). No segundo, de forma contrária, atribui ao reconhecimento um sistema referencial valorativo no qual deve ser determinado seu “mais” ou “menos”, portanto, se reconhecem as realizações individuais cujo grau de valor se mede pela relevância que o indivíduo tem para a sociedade. Ou seja, nos dois casos os homens são respeitados em virtude de determinadas propriedades, no primeiro essas propriedades são universais e fazem dele uma pessoa de direito, assim como a todos os outros. No segundo, trata-se de propriedades particulares que o caracteriza e o distingue das outras pessoas.

Assim, com base no reconhecimento jurídico a pessoa conquista o autorrespeito, do qual se conclui que:

(...) um sujeito é capaz de se considerar, na experiência do reconhecimento jurídico, como uma pessoa que partilha com todos os outros membros de sua coletividade as propriedades que capacitam para a participação numa formação discursiva da vontade; e a possibilidade de se referir positivamente a si mesmo desse modo é o que podemos chamar de “autorrespeito” (HONNETH, 2003, p. 197).

Além das formas de reconhecimento do amor (autoconfiança) e do reconhecimento jurídico (autorrespeito) Honneth (2003) encontra em Hegel e Mead um terceiro tipo de reconhecimento, o da estima social ou solidariedade. Nos escritos de Hegel do período de Jena constata-se o conceito de “eticidade” que designa semelhante relação de reconhecimento da estima mútua. Em Mead, por sua vez, o modelo da divisão cooperativa do trabalho. Da comparação de ambos os filósofos, Honneth pôde concluir que “um padrão de reconhecimento dessa espécie só é concebível de maneira adequada quando a existência de um horizonte de valores intersubjetivamente partilhado é introduzida como seu pressuposto” (HONNETH,

2003, p. 199). Ou seja, os sujeitos só podem se estimar mutuamente como pessoas individualizadas quando partilham um horizonte de valores intersubjetivos, em que “uma pessoa só pode se sentir “valiosa” quando se sabe reconhecida em realizações que ela justamente não partilha de maneira indistinta com todos os demais” (HONNETH, 2003, p. 204).

A estima social como forma de reconhecimento recíproco está ligada também às mudanças históricas. Na passagem das sociedades tradicionais para as modernas a estima social desenvolve-se a ponto de não caber mais nos limites das sociedades que são divididas em estamentos. Isso por sua vez acarreta na transição dos conceitos de “honra” às categorias de “reputação” ou “prestígio” social (HONNETH, 2003).

Nesse sentido, Honneth (2003) descreve solidariedade como “numa primeira aproximação, uma espécie de relação interativa em que os sujeitos tomam interesse reciprocamente por seus modos distintos de vida, já que eles se estimam de maneira simétrica (HONNETH, 2003, p. 209). O autor afirma ainda que pode se chamar essa espécie de autorrealização prática por “sentimento do próprio valor”, de “autoestima”, em paralelo com os conceitos de “autoconfiança” e de “autorrespeito”.

Na medida em que todo sujeito nas sociedades modernas se coloca em condições de estimar a si mesmo, pode-se então falar de um estado pós-tradicional de solidariedade social. A solidariedade está ligada à suposição de relações sociais de estima simétrica entre os sujeitos autônomos, e abre como horizonte uma concorrência individual por estima social não turvada por experiências de desrespeitos. Honneth (2003) acrescenta que o termo “simétrico” não pode significar aqui “estimar-se mutuamente na mesma medida” e sim que “todo sujeito recebe a chance, sem graduações coletivas, de experienciar a si mesmo, em suas próprias realizações e capacidades, como valioso para a sociedade” (HONNETH, 2003, p. 211).

Aos três planos de reconhecimento Honneth (2003) procurou corresponder em sua teoria relação sistemática de três formas de desrespeito, ou seja, três formas de reconhecimento recusado aos sujeitos nos planos do amor, direito e solidariedade. À primeira forma de reconhecimento, na esfera do amor, corresponde a forma de

desrespeito definida por “maus tratos” práticos e “violação”, subtraindo da pessoa a confiança de si mesmo. Como descreve o autor, nessas formas de maus tratos práticos, o que se subtrai da pessoa pelo desrespeito “em termos de reconhecimento é o respeito natural por aquela disposição autônoma sobre o próprio corpo que, por seu turno, foi adquirida primeiramente na socialização mediante a experiência da dedicação emotiva” (HONNETH, 2003, p. 215). Assim, quando um sujeito tem sua integridade física ameaçada, não é somente a dor puramente corporal que sente, também está presente o sentimento de sujeição à vontade do outro, sem proteção, chegando até mesmo à perda do senso de realidade.

Cabe aqui destacar que os outros dois tipos de desrespeito a seguir estão inseridos num processo de mudança histórica, diferentemente da experiência do desrespeito por “maus tratos” ou “violação” que não se altera pelo tempo histórico e pelo quadro cultural de referência. Assim, à segunda forma de reconhecimento corresponde às formas de desrespeito de “privação dos direitos” e “exclusão” no qual o componente ameaçado da personalidade do sujeito é a integridade social e subtrai da pessoa o autorrespeito moral (HONNETH, 2003). Para o autor esse desrespeito nas relações jurídicas “se refere aos modos de desrespeito pessoal, infligidos a um sujeito pelo fato de ele permanecer estruturalmente excluído da posse de determinados direitos no interior de uma sociedade”. À denegação das pretensões jurídicas socialmente vigentes está associada o sentimento de não possuir *status* de um parceiro da interação com igual valor, de não ser reconhecido como sujeito capaz de formar juízo moral (HONNETH, 2003, p. 216).

Por fim, à forma de reconhecimento da solidariedade corresponde às formas de desrespeito de “degradação” e “ofensa” na qual o componente ameaçado da personalidade é a “honra” e a “dignidade”. O que se subtrai da pessoa é o assentimento social, “vai de par com a experiência de uma tal desvalorização social, de maneira típica, uma perda da autoestima pessoal, ou seja, uma perda de possibilidade de se entender a si próprio como um ser estimado por suas propriedades e capacidades características” (HONNETH, 2003, p. 218).

Às três formas de reconhecimento Honneth (2003) distingue analiticamente conseqüências individuais descritas como metáforas que remetem a estados de

abatimentos do corpo humano, na experiência de maus tratos e violação fala-se em “morte psíquica”, na experiência de privação de direitos e exclusão corresponde à “morte social” e na experiência de degradação e ofensa é a categoria de vexação que lhe dá correspondência. As três formas de desrespeito contribuem para prejuízos à saúde psíquica e integridade dos seres humanos.

Honneth (2003) descreve que para se alcançar uma relação bem sucedida, de reconhecimento, o sujeito fica na dependência de ser reconhecido intersubjetivamente por suas capacidades e suas realizações e que quando esse assentimento social não ocorre em alguma etapa de seu desenvolvimento, provoca uma “lacuna psíquica” em sua personalidade, de modo que afloram reações emocionais negativas como a vergonha, a ira, a vexação ou desprezo.

A experiência de desrespeito está sempre acompanhada de sentimentos afetivos negativos, que representam de modo geral, as reações afetivas daquele deslocamento da atenção para as próprias expectativas que não seguiram a sequência planejada, ou seja, na presença dos insucessos das intenções práticas. Essas expectativas podem ser ainda divididas de forma rudimentar em dois tipos, expectativas instrumentais de êxito e expectativas normativas de comportamento. Assim o autor conclui que:

Se ações orientadas ao êxito fracassam nas resistências com que deparam imprevisivelmente no campo das tarefas a serem vencidas, então isso leva a perturbações “técnicas” no sentido mais amplo; em contrapartida, se ações dirigidas por normas ricocheteiam em situações porque são infringidas as normas pressupostas como válidas, então isso leva a conflitos “morais” no mundo da vida social. Essa segunda parte das ações perturbadas constitui o horizonte de experiências em que as reações emotivas morais do ser humano possuem a sua sede prática (HONNETH, 2003, p. 222).

Ainda, no caso de não se alcançar as expectativas instrumentais de êxito a pessoa vivencia o “contrachoque” de suas ações com sentimento de culpa, já quando choca-se com obstáculos para alcançar as expectativas normativas de comportamento com sentimentos de indignação moral. Entre os sentimentos morais, é a vergonha que tem seu caráter mais aberto, pois consiste em: “uma espécie de rebaixamento do sentimento do próprio valor; o sujeito, que se envergonha de si mesmo na experiência do rechaço de sua ação, sabe-se como alguém de valor social menor do

que havia suposto previamente” (HONNETH, 2003, p. 223). Dessa forma, esse sentimento negativo não atinge o superego, mas sim os ideais de ego do sujeito.

Isso se explica pelo fato de que:

(...) os seres humanos não podem reagir de modo emocionalmente neutro às ofensas sociais, representadas pelos maus-tratos físicos, pela privação de direitos e pela degradação, os padrões normativos do reconhecimento recíproco têm uma certa possibilidade de realização no interior do mundo da vida social em geral; pois toda realização emocional negativa que vai de par com a experiência de um desrespeito de pretensões de reconhecimento contém novamente em si a possibilidade de que a injustiça infligida ao sujeito se lhe revele em termos cognitivos e se torne o motivo da resistência política (HONNETH, 2003, p. 224).

Contudo torna-se necessário esclarecer que os sujeitos que se encontram nessa situação de denegação do reconhecimento, na vivência de sentimentos negativos, podem ser motivados a lutar por reconhecimento, o que não significa que na vivência dos sentimentos negativos necessariamente os sujeitos entrem num conflito prático (RAVAGNANI, 2008).

Assim, esboçada uma breve síntese do quadro referencial da teoria do reconhecimento de Axel Honneth pode-se concluir que na experiência de relações de trabalho, no espaço microssocial das práticas de saúde e enfermagem, a gênese do conflito corresponde principalmente a uma luta por reconhecimento na esfera da relação jurídica dos direitos e na esfera da estima social. Na experiência de um desrespeito social o sujeito é motivado a entrar numa luta ou conflito prático, acarretando, nesse processo, reações emocionais negativas pelo reconhecimento jurídico e social que lhe são negados de forma injustificada.

3.4 Trabalho em equipe de saúde e enfermagem

O termo profissional será usado neste estudo para designar os trabalhadores da equipe de saúde e enfermagem. Embora se reconheça que o termo profissão assume diferentes conotações a depender da área de conhecimento em que é empregado como, por exemplo, na sociologia anglo-americana que reserva o uso do termo para as profissões de formação universitária (FRANZOI, 2009), no estudo será utilizado tanto para os trabalhadores com formação universitária como médicos,

enfermeiros, nutricionistas e também para os trabalhadores com formação de nível médio, como técnicos de enfermagem. Sem prejuízos para o estudo, o termo profissional deve ser entendido nesse sentido mais geral, no sentido lato, como encontrado no estudo de Lopes (2001, p. 24) “aplicáveis a todos os grupos que, realizando uma actividade remunerada, lhes é socialmente reconhecido um conjunto de competências, que lhes conferem uma determinada identidade social”.

Na década de 1960 no movimento da medicina preventiva que apoiou as mudanças na prática médica e a redefinição do papel do médico, tem origem a proposta de trabalho em equipe em saúde. A partir desse movimento, ao trabalho do médico, passou a ser incorporado à idéia de trabalho em equipe multiprofissional, mantendo a liderança e decisão centrada no profissional médico (PEDUZZI; OLIVEIRA, 2009).

Contudo, o trabalho em equipe de saúde, no Brasil, passa a ter maior relevância a partir da implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), no início da década de 90, com base na concepção de integralidade dos cuidados à saúde (PEDUZZI, 2007a). Pode ser considerada uma estratégia para enfrentar o intenso processo de especialização do trabalho em saúde que produz fragmentação e dificulta a articulação das ações e dos saberes (PEDUZZI, 2001). A autora define trabalho em equipe de saúde como uma modalidade de trabalho coletivo que se configura na relação recíproca entre as intervenções técnicas e a interação dos agentes, e é por meio da comunicação e do diálogo que se torna possível a interação dos profissionais (PEDUZZI, 1998; 2001; 2007a).

Simultaneamente ao trabalho em equipe de saúde é proposto o trabalho em equipe de enfermagem. Na década de 50, nos Estados Unidos da América (EUA), Eleonor Lambertsen buscou diminuir a fragmentação e a falta de coordenação característica do modelo funcional que apoiava as práticas de enfermagem da época, com a proposta de trabalho em equipe de enfermagem. Tinha como objetivo reunir pequenas parcelas de conhecimentos e informações numa assistência global, que deveria ser supervisionada por uma enfermeira líder da equipe. A líder detinha o conhecimento de todo o processo assistencial e poderia decidir quem da equipe estava mais qualificado para assistir cada paciente, assegurando uma assistência de

qualidade e levava em consideração no plano de cuidados, os problemas e necessidades individualizadas dos pacientes. A enfermeira era responsável por delegar algumas funções aos membros da equipe e deveria planejar, dirigir e supervisionar a assistência (ALMEIDA; ROCHA, 1986).

Na prática, a proposta de trabalho de enfermagem realizado em equipe reforçava e cristalizava a dimensão gerencial da enfermeira por meio da administração científica. O cuidado ao paciente era realizado pelos trabalhadores de enfermagem de nível médio ou sem qualificação técnica regular. A enfermeira por sua vez, ficava responsável pelo plano assistencial que seria executado pela equipe auxiliar que informava à enfermeira sobre a evolução dos pacientes. Nota-se, assim que a assistência em nada mudava do modelo funcional, pois o trabalho continuava fragmentado e pautado na separação entre concepção e execução. Os trabalhadores de nível médio da enfermagem desconheciam o plano assistencial do paciente, ficavam alienados de todo o processo de trabalho e apenas realizavam os procedimentos. A enfermeira afastava-se da assistência e do paciente e passava a ter, sobretudo, responsabilidades burocráticas e gerenciais (ALMEIDA; ROCHA, 1986).

Em análise crítica da prática de enfermagem, em particupar no tocante a proposta de trabalho em equipe de enfermagem, Almeida e Rocha (1986) destacam que:

Aquelas funções administrativas de enfermagem, como a elaboração do plano assistencial do cuidado ao paciente, que seriam as funções essenciais da enfermeira na perseguição da qualidade de assistência de enfermagem, passam a não existir. Predominam, então, as tarefas de enfermagem advindas da prescrição médica, que são realizadas por atendentes, e as gerenciais, necessárias para possibilitar o atendimento médico especializado, que serão realizadas pelas enfermeiras. Esta é a crise da enfermagem inserida na crise do trabalho em saúde, que não é um trabalho em equipe, mas, pelo contrário, o que se tem é a cisão entre a concepção e execução do trabalho. Poucos trabalhadores dominam o saber e a maioria executa tarefas sem compreender as razões dos procedimentos (ALMEIDA; ROCHA, 1986, p. 74).

Na atualidade vários autores internacionais e nacionais têm se dedicado em pesquisar o tema do trabalho em equipe de saúde (PIROLO, 2008; PEDUZZI, 1998, 2001, 2007a, 2007b; RETCHIN, 2008; XYRICHIS; REAM, 2007). Algumas pesquisas que revisaram a temática concluíram que poucos estudos empíricos têm sido feitos na área para que se comprove a efetividade do trabalho em equipe

(CANOLLETI, 2008, HOFFMAN et al., 2008). A maioria das publicações versa a respeito do trabalho em equipe apenas como pano de fundo e são carregadas de discursos retóricos, visto que poucos pesquisadores dedicam-se a estudar empiricamente a efetividade do trabalho em equipe, principalmente na enfermagem.

Em relação à defesa do trabalho em equipe interprofissional e considerando a escassa investigação empírica que comprova os benefícios do atendimento em equipe para melhorar a qualidade nos serviços de saúde, há um consenso na literatura em língua inglesa de que o trabalho em equipe gera benefícios tanto para as instituições, como para os profissionais e para os pacientes. Esses benefícios são descritos como: diminuição dos custos e racionalização dos serviços, redução da duplicidade de ações, melhor comunicação entre profissionais, e entre profissionais e paciente, maior satisfação no emprego e bem-estar psicológico entre os profissionais, desenvolvimento de abordagens e soluções inovadoras para problemas complexos, melhora no desempenho profissional individual, continuidade do cuidado com melhores resultados clínicos, diminuição do tempo de permanência em internações, aumento da segurança do paciente, diminuição de erros médicos e iatrogenias, aumento da satisfação do paciente, família e cuidador (ALLISON, 2007; GUISE; SEGEL, 2008; HOFFMAN et al., 2008; KEARNEY, 2008; MILLS; NEILY; DUNN, 2008; PATEL; PRATT; PATEL, 2008; POOCHIKIAN- SARKISSIAN et al., 2008; RETCHIN, 2008; RODRIGUEZ et al., 2007; SALAS et al., 2008;).

No Brasil, Peduzzi (1998, 2001, 2007a, 2007b) é uma das autoras de destaque nos estudos do trabalho em equipe multiprofissional. A autora em sua pesquisa fez a distinção entre dois tipos de equipes: “equipe agrupamento” e “equipe integração” (PEDUZZI, 2001; PEDUZZI; CIAMPONE, 2005). A primeira configura-se em um conjunto de pessoas que desempenham esforços individualizados para planejar e decidir acerca dos objetivos, com a justaposição das ações dos agentes agrupados, não sendo possível evidenciar a articulação entre os agentes. Na segunda, observa-se a articulação e a interação entre os profissionais, os membros da equipe estão envolvidos e interagindo, de modo que compartilham objetivos e metas comuns o que resulta em projetos desenvolvidos pelos diversos profissionais de forma interdependente, complementar e colaborativa. O que se almeja alcançar no trabalho em enfermagem é a “equipe integração”, na qual os

agentes não só se denomine equipe por trabalharem juntos, mas que possam interagir e colaborar entre si e pactuarem objetivos comuns.

Nesse sentido, espera-se que na equipe de enfermagem as tomadas de decisões referentes ao cuidado do paciente devam ser compartilhadas entre enfermeira, auxiliares e técnicos de enfermagem, e a equipe deva ter como veículo central a comunicação para atingir os objetivos comuns. “É por meio dessa prática comunicativa, caracterizada pela busca de consensos, que os profissionais podem argüir mutuamente o trabalho cotidiano executado e construir um projeto comum pertinente às necessidades de saúde dos usuários” (PEDUZZI, 2001, p. 105).

Na enfermagem é comum utilizar-se o termo equipe para designar o grupo de trabalho formado por enfermeiro (os), técnico (os) e auxiliar (es) de enfermagem que convivem no mesmo ambiente de trabalho. No entanto, a literatura aponta que o trabalho em equipe na saúde é algo além de um coletivo, no qual os profissionais dividem o mesmo espaço físico e no caso da enfermagem, o mesmo turno ou plantão. Há o reconhecimento de que o trabalho em equipe é um processo dinâmico, possui certa plasticidade e que pode configurar tanto equipes de trabalho integradas quanto equipes que expressam o mero agrupamento dos profissionais (PEDUZZI, 2007b).

A referência ao trabalho em equipe, usualmente é imprecisa, com a utilização dos diversos derivados do termo disciplina e profissional combinando-os com os prefixos, multi, pluri, inter e trans. Iribarry (2003) a partir do trabalho de Japiassu (1976) descreve os diferentes níveis de contato entre as disciplinas. O autor parte da idéia de que há diferença entre disciplina e disciplinaridade, a primeira tem o mesmo sentido de ciência e a segunda é um conjunto sistemático e organizado de conhecimentos com características próprias nos seus planos de ensino, formação, métodos e matérias. Quando os prefixos são usados acompanhados do termo profissional, fazem referência às práticas dos profissionais no cotidiano do trabalho (FURTADO, 2007). Neste estudo, atenta-se para o uso dos termos multi e inter acompanhados do sufixo profissional, pois há interesse em observar o nível de interação entre os profissionais em situação de trabalho.

O termo multiprofissional está relacionado a uma gama de profissionais e não se observa uma interação entre as ações prestadas por eles. Embora a literatura

adote o uso do termo para definir equipes de profissionais que interagem entre si, baseado em Iribarry (2003), define-se multiprofissional como um sistema de um só nível, no qual há múltiplos objetivos, e não é possível observar uma relação de cooperação entre as profissões. Na saúde é possível identificar essa conformação de equipe num hospital, por exemplo, no qual os diversos profissionais trabalham isoladamente, tendem a cuidar dos pacientes de forma independente e desarticulado dos outros profissionais, havendo troca de informações apenas quando necessário (IRIBARRY 2003, PEDUZZI; OLIVEIRA, 2009).

O termo interprofissional está relacionado a uma equipe de profissionais que interagem entre si. Na equipe interprofissional todos os profissionais participam das atividades colaborando uns com os outros para alcançar os objetivos que são comuns à equipe, há combinação e complementaridade dos conhecimentos e ações que são capazes de atender às diferentes necessidades de cuidado dos pacientes (IRIBARRY 2003, PEDUZZI; OLIVEIRA, 2009).

Ressalva-se que Iribarry (2003) descreve o termo interdisciplinar como um nível de interação de um grupo de disciplinas envolvendo uma axiomática comum, com uma das disciplinas ocupando posição num nível hierárquico imediatamente superior coordenando as demais. Na saúde pode-se pensar numa equipe com diversos profissionais no atendimento a um determinado paciente na qual a coordenação e a tomada de decisão fica restrita a um profissional, por exemplo, um médico, que dirige e orienta a equipe no cuidado com o paciente.

Ainda em relação aos níveis de contato entre os profissionais e disciplinas destaca-se a transdisciplinaridade que envolve uma coordenação de todas as disciplinas sobre a base de uma axiomática geral. Iribarry (2003) descreve a equipe transdisciplinar como:

Numa equipe de posto de saúde, por exemplo, encontram-se diversos profissionais reunidos. Pode-se tomar como exemplo a equipe que recebe pacientes com problemas mentais. Esta equipe, muito provavelmente, reunirá profissionais como psicólogos, psiquiatras, enfermeiros, assistentes sociais, fonoaudiólogos, fisioterapeutas, neurologistas, clínicos gerais, etc. Quando o paciente chega para uma avaliação todos irão assisti-lo e buscarão formular um diagnóstico acerca do caso. Para que esse diagnóstico seja dado em situação de transdisciplinaridade não basta apenas que cada profissional opine a partir de sua área e, finalmente, um tratamento seja indicado. Para que a configuração transdisciplinar seja

alcançada é preciso que esses profissionais, fundamentalmente, estejam reciprocamente situados em sua área de origem e na área de cada um dos colegas (IRIBARRY, 2003, p. 484).

3.5 Colaboração

Espera-se que a equipe de saúde e enfermagem tenha como características centrais de suas práticas a colaboração e a comunicação.

A literatura em língua inglesa avançou exponencialmente nas pesquisas sobre trabalho em equipe, prática e educação interprofissional. Os pesquisadores, na maioria desses estudos destacam algumas dimensões que são cruciais para o desenvolvimento do trabalho em equipe, dentre elas a colaboração, o cuidado centrado no paciente e a comunicação (D'AMOUR et al., 2008; MARTIN-RODRIGUEZ et al. 2005; NUGUS et al., 2010; ORCHARD, 2010; ZWARENSTEIN et al., 2009).

Na revisão da literatura de estudos teóricos e empíricos sobre os determinantes que influenciam o trabalho colaborativo Martin-Rodriguez et al. (2005) definem colaboração como um processo essencialmente interpessoal no qual devem estar presentes elementos que incluem, a disponibilidade em colaborar, visto que a colaboração que é por sua natureza voluntária, pode gerar confiança entre os profissionais da equipe bem como o respeito, e permeando todos esses elementos a comunicação.

Os autores destacam que esses são apenas os determinantes de interação entre os profissionais da equipe, além desses, outros elementos interferem na colaboração e na interação da equipe como os determinantes organizacionais e os sistêmicos. O primeiro está relacionado especialmente à gestão de recursos humanos e a estrutura hierárquica organizacional. O segundo relacionado ao ambiente externo à organização como a sociedade, cultura, educação e processos de profissionalização. Cada um desses elementos seja no âmbito da interação entre os profissionais, no organizacional ou no sistêmico interfere na forma como os profissionais colaboram entre si (MARTIN-RODRIGUEZ et al., 2005).

Nessa mesma linha D'Amour et al. (2008) propõem um modelo e tipologia de colaboração entre os profissionais nos serviços de saúde conforme quadro adaptado abaixo:

Quadro 1 – Indicadores de colaboração de acordo com a tipologia

Indicadores	Nível 3: Colaboração ativa	Nível 2: Desenvolvendo colaboração	Nível 1: Colaboração latente ou potencial
Objetivos	Objetivos comuns, consensuais	Alguns objetivos comuns	Objetivos conflitantes ou ausência de objetivos comuns
Prática centrada/ orientada para o paciente vs. Outras práticas	Prática centrada/ orientada para o paciente	Prática centrada nos interesses profissionais ou organizacionais	Tendência à deixar que a prática seja centrada nos interesses privados (particulares)
Convivência mútua	Oportunidade freqüente para se encontrar/ habitual atividades conjuntas	Pouca oportunidade de se encontrar/ algumas atividades conjuntas	Nenhuma oportunidade de se encontrar/ nenhuma atividade conjunta
Confiança	Forte confiança	Confiança condicional, em construção.	Falta de confiança
Figura central ou de referência (ex. supervisor, coordenador ou gerente)	Presença forte e ativa que fomenta o consenso	Figura central mal definida, políticas e estratégias ambíguas.	Ausência de uma figura central/ referência, ausência de estratégias políticas.
Liderança	Compartilhada, liderança consensual	Sem foco, liderança fragmentada com pouco impacto	Liderança monopolizada, não consensual
Apoio à inovação	Experiência que estimula a introdução de colaboração e inovação	Experiências fragmentadas, esporádicas	Pouca ou nenhuma experiência que apóie a colaboração ou inovação
Conectividade	Muitos espaços de discussão e participação	Espaços de discussão relacionados a assuntos específicos	Espaços de discussão quase ausentes
Ferramentas de formalização	Acordos consensuais, regras definidas em conjunto	Acordos não consensuais, não há reflexão sobre a prática ou estão em processo de construção e negociação.	Nenhum acordo ou acordo não respeitado, fonte de conflito
Troca de informação	Mecanismo comum para troca de informações	Mecanismo incompleto de troca de informações, não responde às necessidades ou usado de forma inadequada	Relativa ausência de qualquer mecanismo de troca de informação

Os autores identificaram os indicadores que determinam a colaboração e propõem três níveis de colaboração a depender de como a equipe responde a esses indicadores: colaboração ativa, desenvolvendo colaboração, colaboração latente ou

potencial. Reconhecem que o trabalho em equipe e a colaboração entre os profissionais são fenômenos complexos que necessitam de aprofundados estudos para diagnosticá-los, embora refiram que o modelo proposto possa ajudar os gestores a analisar em parte a colaboração entre os profissionais e identificar áreas que necessitam de melhora (D'AMOUR et al., 2008).

Com base na literatura, o que caracteriza o trabalho em equipe integrado e a articulação das ações de saúde, é a interação/ comunicação entre os profissionais, a colaboração e o foco e prioridade da atenção centrada nas necessidades de saúde dos pacientes. Nessa perspectiva o trabalho em equipe de saúde e enfermagem constitui ferramenta para a consolidação de práticas orientadas pela e para a integralidade à saúde.

3.6 Cuidado integral de enfermagem e integralidade à saúde

Na atualidade, há um longo debate na forma de organização do trabalho de saúde e enfermagem no que se refere à defesa dos chamados “cuidados integrais”.

Nesse sentido é preciso fazer uma explanação sobre as diferenças e aproximações entre cuidados integrais de enfermagem, cuidado holístico e integralidade à saúde.

3.6.1 Cuidado integral de enfermagem

Entende-se por cuidado integral de enfermagem o modo de organização do trabalho coletivo que se opõe àquele chamado de cuidado funcional ou divisão do trabalho feita “por tarefa”, referido anteriormente. Matos e Pires (2002) acreditam que esse modo de organizar o trabalho da enfermagem é menos fragmentador e alienante que o organizado por tarefas. Contudo, na pesquisa por elas realizada, as autoras observaram que o cuidado de enfermagem continua fragmentado, ou seja, o planejamento da assistência é realizado pelo enfermeiro, sem a participação dos demais trabalhadores que compõe a equipe de enfermagem e também dos pacientes.

Nessa perspectiva, os trabalhadores priorizam a realização de tarefas e o processo assistencial não é compreendido na sua totalidade.

Matos e Pires (2006) definem como características da modalidade de cuidado integral na enfermagem:

(...) o envolvimento da equipe de enfermagem, bem como do usuário e família no planejamento e avaliação da assistência; a gestão participativa dos serviços de enfermagem; o trabalho em equipe; a educação no trabalho como forma de garantir o desenvolvimento contínuo dos trabalhadores e também como fator de motivação para o trabalho (MATOS; PIRES, 2006, p. 513).

Todavia, o trabalho de enfermagem no modelo de cuidado integral tem uma definição mais circunscrita que pressupõe a organização do trabalho na qual o trabalhador presta todos os cuidados de enfermagem a um paciente ou a um grupo de pacientes, diferente do cuidado realizado por tarefas. O modelo de cuidado integral visa substituir a modalidade por tarefas, denominada modelo funcional, no qual o trabalho é organizado de forma fragmentada e o trabalhador se distancia do controle do processo de trabalho, resultando em alienação ao seu próprio trabalho (MATOS; PIRES, 2002).

A literatura mostra uma proximidade entre o modelo de organização do trabalho de enfermagem denominado cuidado integral e a abordagem holística do cuidado de enfermagem.

O holismo ou a enfermagem numa abordagem holística tem sido evidenciado desde o nascimento da enfermagem moderna, na descrição dos cuidados e do indivíduo que F. Nightingale propôs para a enfermagem. Está presente na maioria das teorias de enfermagem, ora por considerar a totalidade do ser em harmonia com o ambiente, ora por descrever que os cuidados não podem ser reduzidos ao aspecto biológico. A construção do paradigma holístico, para Lopes Neto e Nóbrega (1999) visa uma abordagem humanística do ser humano em sua indivisível relação com o meio ambiente que o circunda.

A abordagem holística fundamenta uma prática de enfermagem que busca o cuidado global do ser assistido, em contraposição ao cuidado de enfermagem pautado no modelo biomédico, que tem uma abordagem fragmentada do ser humano

com base no paradigma da clínica centrada nas alterações do corpo biológico individual, referido anteriormente. O cuidado à pessoa a partir de uma perspectiva holística significa entender que os aspectos individuais das partes agem em conjunto de forma mutuamente dependente para formar um ser unificado. Nessa concepção os seres vivos, as pessoas, estão em constante interação com seus ambientes (GALBREATH, 2000; LOPES NETO; PAGLIUCA, 2002). O holismo leva em consideração o todo (holos) e as partes em que o todo se reflete, sendo esse todo mais que a soma das partes, busca evitar a fragmentação e o reducionismo (LOPES NETO; NÓBREGA, 1999). A abordagem do cuidado à saúde de forma holística deve considerar o ser humano em interação consigo mesmo, com sua totalidade-unicidade, em interação com a natureza e com os seus semelhantes (FREITAS, 2002).

A idéia de uma assistência de enfermagem holística consiste em assistir o paciente na totalidade do ser, nas dimensões biopsicossocial e espiritual, entendendo-a como um todo integrado que está contido nos limites de um ambiente relacional, interagindo com outras pessoas. Essa concepção de pessoa e de cuidado à saúde demonstra, sobretudo, uma preocupação com o todo do ser humano e dessa forma, a de um cuidado integral (ALMEIDA, 2009; FREITAS, 2002).

Contudo, em análise de base sociológica realizada por Lopes (2001), a abordagem holística na enfermagem é atribuída aos seus fazeres socio-profissionais como um novo operador ideológico associado ao cuidar. Ou seja, a abordagem holística constitui um elemento discursivo atribuído à prática de enfermagem pelos seus agentes, na busca por fundamentá-la e ancorá-la em uma concepção de cuidado diferente do modelo predominante, biomédico.

Assim, a adoção de uma abordagem holística na enfermagem é concebida nesta pesquisa como uma das iniciativas que tenta superar os limites do paradigma biomédico, que mantém o foco na dimensão biológica: “Na enfermagem, o holismo não se configura num único modelo, mas expressa-se em diversas iniciativas e propostas que se esforçam para atingir a integralidade do cuidar/ assistir o ser humano” (FREITAS, 2002, p. 1172).

3.6.2 Integralidade na atenção à saúde

Em relação à integralidade, há pelo menos três conjuntos de sentidos contidos no termo, no contexto da luta pela reforma sanitária no Brasil. Um deles se refere às políticas governamentais com a participação de gestores públicos das diferentes esferas de governo, prestadores privados, trabalhadores de saúde e a população (sociedade civil organizada) na formulação de políticas de saúde, ou seja, respostas governamentais aos problemas de saúde que articulem ações de prevenção e assistência. Outro conjunto de sentido refere-se à organização dos serviços de saúde e o terceiro voltado para o conhecimento e as práticas dos trabalhadores de saúde (MATTOS, 2001, 2004; 2006; PINHEIRO; FERLA; SILVA JÚNIOR, 2007).

No que diz respeito à integralidade com o intuito de melhor responder às questões deste estudo, o foco está na organização dos serviços e nos valores atribuídos às práticas de integralidade dos trabalhadores no cotidiano dos serviços.

Uma das formas de se considerar a integralidade é esperar que nas ações dos trabalhadores de saúde “em qualquer nível haja uma articulação entre a lógica da prevenção e da assistência, de modo que haja sempre uma apreensão ampliada das necessidades de saúde” (MATTOS, 2004, p. 1413). Esse sentido da integralidade, no Brasil, assim como os sentidos da abordagem holística, está associado à crítica à racionalidade biomédica que concebe a saúde e doença de forma fragmentada, ligada à especialização e ao saber médico condicionado à determinada parte do corpo, biologicista e, portanto, reducionista (MATTOS, 2006).

Essa apreensão ampliada das necessidades do sujeito em oposição àquelas ações reducionistas deve conter ações de assistência, que estão voltadas tanto à demanda espontânea, como as ações de prevenção de sofrimentos futuros. Mattos (2004) complementa que adicionalmente, é necessária também uma habilidade do profissional da saúde no encontro com o sujeito, reconhecer o momento adequado de oferecer assistência e/ou prevenção considerando o contexto específico de cada situação. O que configura a integralidade é essa apreensão ampliada das necessidades, mas principalmente a habilidade em reconhecer qual necessidade de saúde é oportuna no contexto de cada encontro.

Para reconhecer as necessidades de saúde no contexto específico de cada encontro, entre a equipe de saúde e os pacientes, é necessária uma compreensão de que as práticas de saúde são intersubjetivas e envolvem necessariamente uma dimensão dialógica. Na perspectiva da integralidade, é a partir do diálogo que se torna possível buscar a construção de um projeto terapêutico individualizado que complemente ações que visam diminuir o sofrimento ou necessidades que a doença provoca e ações voltadas para a prevenção de sofrimentos futuros (MATTOS, 2004).

O autor destaca que:

A atitude do médico que diante de um paciente busca prudentemente reconhecer, para além das demandas explícitas relacionadas a uma experiência de sofrimento, as necessidades de ações de saúde, como as relacionadas ao diagnóstico precoce ou à redução de fatores de risco, ilustra um sentido da integralidade (MATTOS, 2001, p. 50).

Nesse sentido de integralidade, é possível admitir que esta seja dependente da postura do profissional no encontro com o paciente. Corrobora Cecílio (2001, p. 116) que o profissional e a equipe devem “fazer a melhor escuta possível das necessidades de saúde trazidas por aquela pessoa que busca o serviço”. Admite-se que em muitas situações a integralidade só será possível num movimento de redefinição da estrutura da equipe de saúde e de seus processos de trabalho. Mattos (2001) ainda complementa que mesmo quando a integralidade está contida na aplicação do conhecimento biomédico, ela não é atributo exclusivo nem predominante dos médicos, mas de todos os profissionais de saúde.

O outro conjunto de sentidos da integralidade está ligado à organização do trabalho nos serviços de saúde. Corresponde a uma crítica da dissociação entre as práticas de saúde pública e as práticas assistenciais. A população, dependendo da sua necessidade de saúde, procura por assistência médica ou por práticas de saúde pública, a primeira, centrada nos hospitais; a segunda, as unidades básicas. Nesse contexto propõe-se a organização dos serviços de saúde que articulem as ações assistenciais às práticas de saúde pública para alcançar a integralidade (MATTOS, 2006).

Mattos (2006, p. 56) elucida a diferença entre os dois conjuntos de sentidos: “Note-se que aqui a integralidade não é mais uma atitude, mas uma marca de um

modo de organizar o processo de trabalho, feita de modo a otimizar o seu impacto epidemiológico”. A organização dos serviços de saúde, sob a ótica da epidemiologia, é resultado do entendimento que essa daria conta de apreender as reais necessidades de saúde da população. Porém, os serviços de saúde não podem apenas se organizar para responder exclusivamente às doenças de uma população. Devem também responder às demandas espontâneas das pessoas. “Nesse sentido a articulação entre demanda espontânea e a demanda programada desde o serviço expressa o diálogo necessário entre dois modos privilegiados de se apreender as necessidades de um grupo populacional” (MATTOS, 2006, p. 57).

O que pode ser considerado como elo entre os três conjuntos de sentidos, é que a “integralidade implica uma recusa ao reducionismo, uma recusa à objetivação dos sujeitos e talvez uma afirmação da abertura para o diálogo” (MATTOS, 2006, p. 61). Essa recusa de redução do ser humano aos seus aspectos biológicos, ou ao cuidado a partir de um só aspecto como o de cura, é que configura a integralidade, seja no âmbito das práticas dos profissionais de saúde, na organização dos serviços ou na organização das políticas.

A integralidade é entendida aqui em oposição ao modelo biomédico hegemônico vigente, algo que além da apreensão ampliada das necessidades de saúde do usuário/ população gere ações articuladas de promoção, prevenção e recuperação da saúde. Contudo, é necessário diferenciar que não se trata de holismo, não é a visão de apreender o todo genérico, mas sim selecionar o que é relevante para a construção de um projeto terapêutico que procura responder de forma oportuna ao conjunto de necessidades de ações e serviços de saúde (MATTOS, 2004, 2006).

Nesse mesmo sentido Cecílio (2001), refere-se que a integralidade pode ser praticada sob duas óticas, a “integralidade focalizada” e a “integralidade ampliada”. A primeira pensada no campo das micropolíticas, ou seja, praticadas nos serviços de saúde, e a segunda é a articulação das ações em rede, sendo resultado da articulação das múltiplas “integralidades focalizadas”. Transpondo essa noção de integralidade para o sistema hospitalar Cecílio (2001) e Cecílio e Mehry (2003) defendem que a primeira é vê-la no cuidado oferecido no hospital e, a segunda, é pensá-la a partir do hospital inserido no sistema de saúde.

O trabalho em saúde, particularmente no ambiente hospitalar é indispensavelmente interdisciplinar e interprofissional. Contudo, nesse ambiente, usualmente o cuidado é produto de ações parceladas e fragmentadas, marcado por relações assimétricas entre as diferentes profissões cujas ações se somam e se complementam a partir da articulação dos diversos profissionais. A integralidade do cuidado no hospital, portanto, está relacionada em certa medida, a articulação das práticas dos profissionais que compõe a equipe (CECÍLIO; MERHY, 2003).

De acordo com Cecílio (2001):

a integralidade da atenção no espaço singular de cada serviço de saúde, poderia ser definida como o esforço da equipe de saúde de traduzir e atender, da melhor forma possível, tais necessidades, sempre complexas mas, principalmente, tendo que ser captadas em sua expressão individual (CECÍLIO, 2001, p. 116).

Esse cuidado só será possível como produto do trabalho articulado da equipe de saúde com seus múltiplos saberes e práticas por meio da comunicação e colaboração visando ao entendimento para ação.

As abordagens de cuidado holístico, cuidados integrais de enfermagem e integralidade na atenção à saúde se assemelham na perspectiva de que todos são construções de propostas que visam uma ruptura com o modelo biomédico, centrado na cura do corpo biológico que reduz as necessidades de saúde apenas à queixa que leva aos pacientes procurar os serviços de saúde. Os cuidados integrais de enfermagem, assim como a integralidade à saúde buscam colocar no centro das ações de saúde, o paciente, ao invés da realização dos procedimentos técnicos ou da especialidade profissional.

PERCURSO METOLÓGICO

4 PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 Tipo de estudo

Estuda-se o trabalho em equipe de enfermagem com base nas concepções dos profissionais sobre essa modalidade de organização do processo de trabalho e sobre a prática orientada para o cuidado integral de enfermagem e para a integralidade à saúde. Desta forma, optou-se pela abordagem qualitativa, indicada para a investigação de fenômenos sociais.

Minayo (2000) descreve que a pesquisa qualitativa se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito do como vivem, constroem, sentem e pensam.

A pesquisa qualitativa

(...) responde a questões muito particulares. Ela se preocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivações, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (MINAYO, 2003, p. 21-22).

A autora acrescenta que a abordagem da pesquisa qualitativa aprofunda-se no mundo dos significados das ações e das relações humanas, e desse modo, pelas características do objeto investigado, corresponde a uma interpretação da realidade não perceptível e não captável em equações, médias e estatísticas (MINAYO, 1994).

Nesse mesmo sentido Haguette (1992) acrescenta que o uso da metodologia qualitativa é capaz de oferecer uma compreensão aprofundada de certos fenômenos sociais, apoiados no pressuposto da maior relevância dos aspectos subjetivos da ação social, visto que a estatística é incapaz de dar conta dos fenômenos complexos e dos fenômenos únicos.

Neste estudo, portanto, analisam-se as concepções sobre equipe de enfermagem e as concepções sobre a prática de enfermagem com vistas ao cuidado integral de enfermagem e integralidade à saúde, contempladas nas relações sociais estabelecidas entre os trabalhadores de enfermagem, “o que corresponde a um espaço mais profundo das relações” no cotidiano do trabalho em equipe (MINAYO, 2003, p. 21-22).

4.2 Cenário do estudo

Entende-se campo na pesquisa qualitativa como “o recorte espacial que diz respeito à abrangência, em termos empíricos, do recorte teórico correspondente ao objeto de investigação” (MINAYO, 2008, p. 201).

A entrada no campo de investigação é uma das etapas da pesquisa qualitativa de extrema importância. Nesse momento são construídas relações que se perpetuam durante toda a fase de coleta de dados, a interação entre os sujeitos de pesquisa e o pesquisador é essencial para o desenvolvimento da investigação (MINAYO, 2008).

A opção por desenvolver a pesquisa num serviço hospitalar deve-se ao reconhecimento de que a prática de enfermagem constituiu-se e consolidou-se no interior dos hospitais e nesse cenário é possível identificar e compreender características marcantes do objeto de estudo – o trabalho em equipe de enfermagem.

4.2.1 O hospital

Este estudo foi realizado num hospital especializado em oncologia localizado na região oeste de São Paulo com capacidade de atendimento de aproximadamente 6.000 pacientes adultos por mês com diagnóstico de câncer. O hospital que desenvolve atividades assistenciais, ensino e pesquisa, tem como horizonte o cuidado do paciente oncológico em todas as fases da doença, do diagnóstico à reabilitação, integradas no mesmo serviço. Observa-se, assim, que o

hospital propõe atendimento integral à saúde aos pacientes com diagnóstico de câncer, na perspectiva destacada neste estudo.

Em relação ao ensino e pesquisa é campo de estágio de diferentes profissões da saúde e de residência médica, e ainda é campo de desenvolvimento de pesquisa, sobretudo de pesquisas clínicas para a cura e tratamento do câncer.

O serviço possui aproximadamente 321 leitos ativos e expectativa de abertura de novos leitos e unidades em 2011. Além de unidades de internação e unidade de terapia intensiva (UTI), possui também centro-cirúrgico, centro de esterilização de materiais (CME), serviço de atendimento diagnóstico e terapêutico (SADT's), unidades ambulatoriais de diferentes especialidades, central de quimioterapia e radioterapia, setores de suporte como a hemodiálise, transporte de pacientes, agência transfusional e um pronto-atendimento (PA) fechado para as urgências e emergências dos pacientes em tratamento no serviço.

A natureza jurídica do hospital é pública e faz parte do modelo de parceria adotado pelo governo do Estado de São Paulo para a gestão de unidades de saúde pelas Organizações Sociais de Saúde (OSS). Esse modelo está previsto no Programa Metropolitano de Saúde (PMS) a partir da publicação da lei complementar nº 846, de 04 de junho de 1998, que dispõe sobre a qualificação de entidades privadas sem fins lucrativos que poderiam ser qualificadas para gerenciar os hospitais do Estado de São Paulo (SÃO PAULO, 1998) e no país, anterior a essa, pela lei nº 9637 de 1998 (BRASIL, 1998).

A adoção do estado de São Paulo ao modelo de gestão por OSS segue aquela formulada em nível federal pelo Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado (MARE), em 1995, e definido pelo Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (PDRAE) que delibera os objetivos e estabelece diretrizes para a reforma da administração pública brasileira (BRASIL, 1995, 1997).

A organização social (OS) é caracterizada como:

(...) entidade de interesse social e de utilidade pública, associação civil sem fins lucrativos, e surgiria pela qualificação de pessoas jurídicas de direito privado nas atividades de ensino, pesquisa científica, desenvolvimento tecnológico, proteção e preservação do meio ambiente,

cultura e saúde, podendo, ainda, ser criada a partir da substituição de órgão público de qualquer figura jurídica, pela extinção da instituição e dos cargos públicos vagos e em comissão, com inventário do patrimônio. A continuidade das atividades seria supervisionada por órgão da Presidência da República, com registro formal da organização social após qualificação proposta pelo ministro de Estado da área correspondente e aprovação do presidente da República. O instrumento básico que garantiria a administração gerencial diferenciada seria o contrato de gestão entre o poder público e a organização social, prevendo multas, resultados, prestação de contas, processos de fiscalização, modelo de estrutura e outros itens, a exemplo do Laboratório Nacional Luiz Sincroton, da Fundação Roquette Pinto, do Instituto Nacional do Câncer, entre outros (IBAÑEZ et al., 2001, p. 392).

A OS é uma qualificação, um título que a administração pública outorga a uma entidade privada sem fins lucrativos para que receba determinados benefícios como dotações orçamentárias, isenções fiscais, entre outras, para realizar atividades necessariamente de interesse da comunidade, dentro daquelas prevista na lei: ensino, pesquisa científica, desenvolvimento tecnológico, proteção e preservação do meio ambiente, cultura e saúde. Essa parceria permitiu a transferência de certas atividades para as organizações sociais que vêm sendo exercidas pelo Poder Público.

O hospital de estudo é cadastrado no SUS como Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia – UNACON com serviço de hematologia. O paciente, já com o diagnóstico do câncer confirmado, chega à instituição encaminhado por um serviço de saúde público, pertencente à rede de referência. A Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de São Paulo descreve que estes centros hospitalares dispõem de todos os recursos humanos e tecnológicos necessários à assistência integral do paciente com câncer, sendo que nas UNACON é oferecido tratamento para os cânceres mais prevalentes no Brasil e nos Centro de Assistência de Alta Complexidade – CACON oferecem tratamento para todos os tipos de câncer (SÃO PAULO, 2002).

O aceite do paciente para o tratamento oncológico no hospital inicia-se com uma fase de análise documental, na qual um médico avalia a documentação do paciente (resultado da biópsia, exames complementares e o encaminhamento do serviço de referência), realiza uma triagem e encaminha o paciente para a especialidade médica que será responsável pelo seu tratamento.

O hospital conta com aproximadamente 2.000 trabalhadores da área da saúde, dos quais 1.500 são da enfermagem. Hierarquicamente, a enfermagem está subordinada à diretoria geral da assistência que é também responsável por todas as profissões ligadas à assistência à saúde como fisioterapia, fonoaudiologia, nutrição, psicologia, reabilitação e serviço social, exceto a medicina e farmácia que estão ligadas a uma diretoria específica.

Na hierarquia da enfermagem, os profissionais estão dispostos da seguinte maneira: os enfermeiros assistenciais e técnicos de enfermagem respondem à coordenadora de enfermagem que é responsável somente por uma unidade, seja ela de atendimento a pacientes internos como internação ou unidade cirúrgica ou unidade de atendimento externo, como ambulatório. Essa coordenadora está ligada a uma gerente de enfermagem que é responsável por um conjunto de áreas, como as unidades de internações clínicas e cirúrgicas, as unidades ambulatoriais e SADT's, as UTI's, centro cirúrgico e CME, o PA e serviços de apoio, e as gerentes estão ligadas à diretora da assistência que responde à diretoria geral da assistência.

A aproximação do campo de investigação ocorreu primeiramente pela pesquisadora e orientadora junto à diretora geral da assistência após ter em mãos a autorização do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP). Na ocasião foi possível esclarecer os objetivos da pesquisa e a pertinência da escolha do cenário de investigação.

Após a autorização da responsável pelo campo, foi marcado um segundo encontro para a apresentação do projeto de pesquisa às gerentes de enfermagem de todas as áreas do hospital e definição das áreas que comporiam o cenário da pesquisa. As gerentes deveriam indicar duas áreas nas quais observavam maior integração da equipe de enfermagem para serem estudadas, visto que se considera na pesquisa qualitativa, investigar situações positivas em que o objeto de estudo esteja presente com riqueza de detalhes.

Com o intuito de compreender mais profundamente o fenômeno do trabalho em equipe de enfermagem solicitou-se que a indicação contemplasse uma unidade de atendimento a pacientes internos e uma de atendimento a pacientes externos. Nessa consulta as gerentes escolheram uma unidade ambulatorial, o ambulatório de

especialidades e uma unidade de internação, a clínica cirúrgica como cenários da investigação.

4.2.2 O ambulatório de especialidades

O ambulatório de especialidades atende os pacientes das especialidades de cardiologia, cuidados paliativos, dor, endocrinologia, fisioterapia, fonoaudiologia, nefrologia, odontologia, pneumologia e psiquiatria. As especialidades que mais demandam ações médicas e de enfermagem e de maior fluxo de atendimento são as de cuidados paliativos e do grupo da dor.

Os profissionais da equipe de cuidados paliativos atendem os pacientes que estão em acompanhamento com a especialidade nas consultas pré-agendadas no ambulatório, bem como atendem os pacientes internados no hospital em cuidados paliativos sendo também responsáveis por essas internações.

O Grupo da dor é uma equipe que presta cuidado aos pacientes de acordo com o pedido de interconsulta de outras equipes do hospital. Tem por rotina atender todos os pacientes que passaram por grandes e médias cirurgias e aqueles pacientes oncológicos que apresentam dor aguda ou crônica quando solicitado por outras equipes.

A equipe de enfermagem do ambulatório de especialidades é composta por uma coordenadora de enfermagem, quatro enfermeiras e quatro técnicas de enfermagem. Dentre as enfermeiras, duas são da equipe de cuidados paliativos, uma do grupo da dor e uma do ambulatório de especialidades que também tem como prática substituir as enfermeiras dos cuidados paliativos e a do grupo da dor quando essas estão de férias ou licença.

O local de trabalho das enfermeiras das equipes de cuidados paliativos e do grupo da dor é tanto o ambulatório de especialidades como as unidades de internação, enquanto que as técnicas de enfermagem ficam alocadas somente no atendimento ambulatorial.

A equipe de cuidados paliativos também é responsável por uma unidade de *hospice*, externa ao hospital. O termo *hospice* em francês significa hospedagem (CHIBA; SAPORETTI; SOUZA, 2009), e corresponde a uma unidade de atendimento diferenciado interprofissional que recebe pacientes em cuidados paliativos exclusivos cuja família não tem condições de receber e cuidar deles em casa.

4.2.3 A unidade de internação da clínica cirúrgica

A clínica cirúrgica atende pacientes das seguintes especialidades médicas: cabeça e pescoço, coloproctologia, coluna, gastroenterologia, ginecologia, mastologia, neurologia, ortopedia, otorrinolaringologia, plástica, tórax e urologia. A unidade tem 60 leitos de internação que são divididos em duas alas, norte e sul. Cada uma das alas contém 30 leitos.

A equipe de enfermagem é responsável pela assistência de enfermagem nas vinte e quatro horas e está dividida em quatro plantões distintos: manhã, tarde, noite um e noite dois. Cada ala é composta por uma coordenadora de enfermagem, dezenove enfermeiros e trinta e quatro técnicos de enfermagem distribuídos nos quatro plantões.

A modalidade de trabalho da enfermagem na unidade é a de enfermeira referência e associadas. A primeira é responsável pelo cuidado dos pacientes relacionados a algumas especialidades médicas. As especialidades cirúrgicas foram agrupadas em três grandes grupos, o primeiro grupo abarca as especialidades de coluna, gastroenterologia, ortopedia e tórax, o segundo, as especialidades de cabeça e pescoço, cirurgia geral, mama, otorrinolaringologia, plástica e o terceiro grupo, as especialidades de cirurgia vascular, neurocirurgia, pelve e urologia. As enfermeiras associadas são responsáveis por dar continuidade aos cuidados planejados pela enfermeira referência e se necessário, alterar ou implementar o plano de cuidados.

Cada ala tem três enfermeiras referência e essas são responsáveis por definir o plano de cuidados dos pacientes que estão internados em um dos três grupos específicos, bem como é responsável pela articulação com a equipe interprofissional

em relação às ações que serão planejadas e executadas segundo as necessidades de saúde do paciente sob sua responsabilidade.

4.3 Sujeitos de pesquisa

Considerando o objeto e os objetivos do estudo, os sujeitos de pesquisa foram os enfermeiros e técnicos de enfermagem, visto que no hospital não há trabalhadores representantes da categoria de auxiliar de enfermagem. Os sujeitos de pesquisa foram selecionados com base na técnica de bola de neve (*snowball*). Essa técnica de amostragem tem sido utilizada nas pesquisas que investigam as redes pessoais e relações sociais (KAPLAN; KORF; STERK, 1987). Cabe destacar que a utilização da denominação ‘amostragem ou amostra’ tem na investigação qualitativa, sentido distinto daquele utilizado nas pesquisas de abordagem quantitativa. Nestas a amostra deve ser representativa da população de estudo e nas investigações qualitativas a amostra refere-se ao universo de sujeitos que participam da coleta de dados.

A técnica de bola de neve, nesse estudo, não é utilizada da forma como usualmente é sugerida pela literatura (BECKER, 1994; BIERNACKI; WALDORF, 1981; KAPLAN; KORF; STERK, 1987), na qual é particularmente indicada para selecionar sujeitos de pesquisa de difícil identificação e abordagem como: usuários de drogas, praticante de delitos, praticantes de abortos ilegais, de prostituição, entre outros. O intuito aqui é construir uma amostra de sujeitos que são indicados por seus pares e são reconhecidos e referenciados por sua capacidade de produzir um relato que contribua para a produção de conhecimento do tema da pesquisa, e, portanto, os entrevistados têm a responsabilidade de avaliar qual colega de trabalho pode produzir um relato “rico”. Depende, portanto, da avaliação desse sujeito que já respondeu a entrevista à escolha do próximo entrevistado.

A construção da amostra de pesquisa pela técnica de bola de neve (*snowball*) tem sido amplamente utilizada nas pesquisas sociológicas qualitativas. O método produz uma amostra por meio de referências feita entre pessoas que compartilham ou conhecem outras pessoas que possuem características que são de

interesse da investigação, é conhecida também como cadeia de referência (BIERNACKI; WALDORF, 1981).

Os autores ainda relatam que poucos pesquisadores têm se preocupado em descrever a técnica e os problemas de sua utilização, dentre os quais se destacam: encontrar os sujeitos de pesquisa e iniciar a cadeia de referência, verificar a elegibilidade potencial dos respondentes e envolvê-los como assistentes da pesquisa, controlar os tipos de cadeias e o número de sujeitos, acompanhamento e monitoramento da cadeia de referência e da qualidade dos dados obtidos nas entrevistas (BIERNACKI; WALDORF, 1981).

Para evitar problemas na definição dos sujeitos do estudo o pesquisador deve participar ativamente de todas as etapas de construção da amostra, desenvolver e controlar o início da cadeia, o progresso e o seu término (BIERNACKI; WALDORF, 1981).

A seleção dos entrevistados por meio da técnica de bola de neve, no qual os sujeitos de pesquisa são contatados mediante a indicação interpessoal tem início a partir de um primeiro entrevistado chave, definido pelo pesquisador com base em critério pertinente ao objeto de estudo (SCHRAIBER, 1995).

Nesta pesquisa, em cada uma das unidades as entrevistas iniciaram-se com as coordenadoras de enfermagem, para começar a cadeia de referência. A essas coordenadoras foi solicitado que indicassem um enfermeiro e um técnico de enfermagem, a partir dos quais foi solicitado que cada um deles indicasse um colega da mesma categoria profissional. Vale destacar que para a construção da amostra, houve a preocupação de garantir a presença equitativa de enfermeiros e técnicos de enfermagem.

Considerando-se que a amostragem na pesquisa social não se baseia no critério numérico para garantir sua representatividade e que à escolha dos entrevistados deve levar em consideração uma vinculação mais significativa dos indivíduos sociais ao problema a ser investigado (DESLANDES, 1994), utilizou-se concomitantemente, o critério de saturação para determinar a quantidade de sujeitos a ser entrevistado. Procurou-se por meio dessas técnicas uma amostra como apontado

pela literatura, ou seja, uma “amostragem qualitativa ideal” com o intuito de que essa refletisse a “totalidade das múltiplas dimensões do objeto de estudo” (MINAYO, 2008, p. 197).

Entende-se por “critério de saturação” na pesquisa qualitativa, a quantidade de entrevistas realizadas pelo pesquisador até o momento em que esse sinta que “conseguiu compreender a lógica interna do grupo ou da coletividade em estudo” sob a perspectiva dos objetivos propostos pela pesquisa (MINAYO, 2008, p. 198). O critério de saturação também é aplicado à medida que o pesquisador reconhece a repetição de conteúdos nos relatos, pois se parte da premissa que os depoimentos expressam não somente elementos singulares de cada sujeito de pesquisa, mas também e fundamentalmente, representações e concepções sociais que traduzem o imaginário social e a memória social (MINAYO, 2008; SCHRAIBER, 1995).

A seleção dos sujeitos por meio do mecanismo de indicação interpessoal acarreta boa recepção e disponibilidade do entrevistado para com a pesquisa (SCHRAIBER, 1995). Esse fato pode ser confirmado neste estudo, pois de todos os profissionais contatados não houve nenhuma recusa de participação.

Foram entrevistados 21 profissionais da equipe de enfermagem. Dentre esses, 03 enfermeiras com funções gerenciais, 09 enfermeiras assistenciais e 09 técnicas de enfermagem. Sendo que no ambulatório de especialidades foram 09 sujeitos: 05 enfermeiras e 04 técnicas de enfermagem e na clínica cirúrgica 12 sujeitos: 07 enfermeiras e 05 técnicas de enfermagem. Todas profissionais entrevistadas (100%) são do sexo feminino, portanto serão tratadas nesse estudo como enfermeiras assistenciais, enfermeiras gerenciais e técnicas de enfermagem.

A faixa etária média das entrevistadas é de 28 anos, com variação de 24 e 35 anos. Em relação ao nível de escolaridade a maioria, 12 enfermeiras e 1 técnica de enfermagem (62%) têm curso superior completo. As 12 (57%) enfermeiras têm pós-graduação *lato sensu* ou especialização nas seguintes áreas: urgência e emergência (3), oncologia (2), UTI (2), auditoria (1), cardiologia (1), centro cirúrgico (1), clínica cirúrgica (1), clínica médico-cirúrgica (1), dor (1), gerontologia e geriatria (1) e gestão de serviços de saúde (1). Quatro enfermeiras (19%) têm duas especializações, e 01 está na pós-graduação *stricto sensu*, mestrado. As outras 08 entrevistadas (38%)

têm formação escolar de ensino médio completo, o que é esperado por serem todas técnicas de enfermagem.

O tempo médio de formação das entrevistadas é de 05 anos, com variação de 02 a 10 anos. O tempo médio de trabalho no hospital é de 14 meses, mínimo de 05 e máximo de 24 meses. E o tempo médio de trabalho nas unidades de estudo é 11 meses com variação no máximo de 17 meses e no mínimo de 05 meses.

Todas as entrevistadas são contratadas sob o mesmo regime de trabalho, Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). As enfermeiras e técnicas de enfermagem do ambulatório de especialidades trabalham em regime integral, 40 horas semanais de segunda-feira a sexta-feira para o atendimento dos pacientes. Em relação às enfermeiras e técnicas de enfermagem da unidade de clínica cirúrgica há profissionais contratadas com jornada de trabalho de 36 horas e outras de 40 horas semanais.

Ainda, em relação à equipe de enfermagem da clínica cirúrgica os sujeitos entrevistados eram tanto do período matutino como vespertino. A maioria dos dias os profissionais da enfermagem dessa unidade trabalham 06 horas diárias, em alguns dias trabalham em plantão de 08 horas.

4.4 Procedimentos de coleta de dados

Os dados foram coletados por meio de entrevista semi-estruturada com roteiro-guia elaborado pela pesquisadora e testado previamente para possíveis ajustes no intuito de melhorar a compreensão e clareza das questões. Foram realizadas entrevistas piloto com 03 enfermeiras de outros hospitais, o que permitiu alterações no instrumento de coleta de dados, levando-se em consideração as opiniões da pesquisadora e das profissionais entrevistadas.

A entrevista para Minayo (2000) é tomada no sentido amplo de comunicação verbal, e no sentido restrito de coleta de informações sobre determinado tema científico. Quando se utiliza uma entrevista semi-estruturada tem-se a possibilidade de discorrer de forma mais ampla e aprofundada sobre o tema

abordado, sem se prender a questionamentos estanques, busca-se a compreensão do objeto de estudo a partir dos depoimentos coletados.

Haguette (1992, p. 86) destaca que a entrevista enquanto um instrumento de coleta de dados, como qualquer outro instrumento com a mesma finalidade “está submetida aos cânones do método científico, um dos quais é a busca de objetividade”. O pesquisador deve tentar captar o real, sem contaminações indesejáveis que são capazes de modificar aquele real original. A autora ainda complementa que apesar da objetividade ser um ideal inatingível, o pesquisador deve persegui-la e tentar ao máximo aproximar-se dela.

Para Minayo (2008, p. 190) a entrevista visa fazer a mediação entre os marcos teóricos-metodológicos e a realidade empírica, com o intuito de “compreender o ponto de vista dos atores sociais previstos como sujeitos/objeto da investigação”.

A entrevista de acordo com Thiollent (1987) não deve ser concebida como instrumento neutro, mas sim como um dispositivo para a obtenção de informações cujas qualidades, limitações e distorções devem ser metodologicamente controladas.

Neste estudo, a realização das entrevistas pautou-se em um roteiro-guia que contemplava as seguintes questões: nome, sexo, idade, categoria profissional, informações acerca de sua escolaridade e formação profissional e ainda tempo de trabalho na instituição e na unidade de trabalho atual. Nas questões abertas os sujeitos foram questionados sobre o seu trabalho e sobre o trabalho em conjunto com outros profissionais, percepções sobre o trabalho coletivo/ equipe, cuidado integral de enfermagem e integralidade à saúde (apêndice 1).

As entrevistas foram realizadas com os profissionais de enfermagem contatados previamente por telefone ou pessoalmente, nas unidades selecionadas. Todas as entrevistas aconteceram em horário formal de trabalho num ambiente reservado em que a entrevistada elegia como ideal. Para o adequado andamento da entrevista e respeito para com os pacientes atendidos nas unidades de estudo, a profissional de enfermagem poderia interromper a entrevista, dependendo da

necessidade e retomá-la em um outro momento que fosse mais adequado, sem causar prejuízos nem para a pesquisa, nem para a assistência dos pacientes na unidade.

As entrevistas aconteceram entre os dias 12 de abril e 22 de junho de 2010, totalizando 31 visitas às unidades do hospital escolhidas para o estudo, o que gerou aproximadamente 20 horas de gravação. A duração média das entrevistas foi de 57 minutos, com variação de entrevistas com 29 minutos de gravação até 2 horas.

As gravações foram transcritas na íntegra pela própria pesquisadora de forma rigorosa. Após a transcrição, os dados foram trabalhados e editados para a correção gramatical, excluíram-se os vícios de linguagem, pausas, interferências e ruídos do ambiente para guiar o leitor à compreensão do sentido da entrevista do depoente.

4.5 Aspectos éticos da pesquisa

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (CEP-EEUSP), processo de número 838/2009 (anexo 1), obedecendo às exigências prevista na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Pesquisa com Seres Humanos do Ministério da Saúde do Brasil.

Ressalta-se que além da autorização do CEP-EEUSP foi também autorizada a coleta de dados pelo responsável do hospital, cenário de investigação. Foi solicitado que os responsáveis pelas unidades de estudo, ambulatório de especialidades e clínica cirúrgica comunicassem aos trabalhadores de enfermagem a realização da pesquisa a fim de divulgar o seu desenvolvimento.

No momento da entrevista, a pesquisadora apresentou-se a cada entrevistado, esclareceu os objetivos da pesquisa e convidou-o a participar como sujeito da pesquisa. Se consentida a participação, esta só ocorria após a assinatura do "Termo de Consentimento Livre e Esclarecido". Foi garantido pela pesquisadora anonimato e sigilo no tratamento dos dados (apêndice 2).

4.6 Procedimentos de análise dos dados

A análise do material empírico das entrevistas foi realizada com base na técnica de análise de conteúdo, em especial por meio da análise temática (BARDIN, 2009).

Bardin (2009) define a análise de conteúdo como:

(...) um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter por procedimentos sistemáticos e objectivos de descrição do conteúdo das mensagens indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/ recepção (variáveis inferidas) destas mensagens (BARDIN, 2009, p. 44).

A análise de conteúdo temática “consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem a comunicação e cuja presença, ou frequência de aparição podem significar alguma coisa para o objectivo analítico escolhido” (BARDIN, 2009, p. 131).

Dessa forma, a análise de conteúdo temática preocupa-se com o universo dos significados dos relatos, consiste num conjunto de técnicas que explora os núcleos de sentido da comunicação e operacionalmente desdobra-se em três etapas que são pré-análise; exploração do material (classificação ou categorização); tratamento dos resultados e interpretação (BARDIN, 2009; MINAYO, 2008).

A primeira etapa da análise temática, a pré-análise, consiste em três fases: leitura flutuante, constituição do corpus e formulação das hipóteses e objetivos. A leitura flutuante consiste em contato exaustivo com o material coletado deixando-se invadir de impressões e orientações. A constituição do corpus (conjunto de documentos que serão submetidos aos procedimentos analíticos) é a etapa de organização do material. A fase de formulação das hipóteses e objetivos consiste em formular e reformular afirmações provisórias que pelos procedimentos de análise propostos na pesquisa serão confirmados ou refutados (BARDIN, 2009; MINAYO, 2008).

Na segunda etapa de análise, a leitura vertical consiste na leitura de cada entrevista para conhecer as singularidades de cada uma e nesse momento elegem-se os núcleos de sentido que emergem dos relatos. Para a transformação do texto bruto

em unidades de significados, realiza-se o recorte dos relatos em unidades de significação. Essas unidades de registros são afirmações acerca de um assunto e se libertam do texto analisado baseado em critérios relativos ao referencial teórico que serve de guia à leitura (BARDIN, 2009). Finaliza-se essa etapa com a construção de uma síntese em que se procura reconhecer as representações, as contradições e os antagonismos de cada relato (PEDUZZI, 2007a).

Em seguida procedeu-se à análise horizontal do material do ambulatório de especialidades e da clínica cirúrgica em separado, para a análise referente a cada um dos objetivos da pesquisa, mediante o pressuposto de que poderiam ser identificadas diferenças nos relatos dos profissionais das duas unidades. A leitura horizontal em separado permitiu estabelecer as relações entre os depoimentos dos profissionais da mesma unidade a respeito dos objetivos da pesquisas, as concepções dos profissionais de enfermagem sobre o trabalho em equipe de enfermagem e as concepções sobre a prática do cuidado integral de enfermagem e da integralidade à saúde, como também permitiu estabelecer relações entre os depoimentos dos profissionais de unidades diferentes. Contudo, no processo de análise identificaram-se os mesmos núcleos temáticos e, portanto realizou-se posteriormente a análise horizontal no conjunto das entrevistas das duas unidades.

Por fim, realizou-se a análise transversal, em que se procurou compreender as semelhanças, as contradições e os antagonismos presentes no conjunto das entrevistas à luz do referencial teórico (SCHRAIBER, 1995; PEDUZZI, 2007a).

Apesar de admitir pequenas variações entre o conjunto dos relatos do ambulatório de especialidades e o conjunto dos relatos da clínica cirúrgica, bem como algumas nuanças diferentes entre enfermeiras e técnicas de enfermagem, como apontado, essas variações não foram intensas o suficiente para justificar a análise separadamente. Portanto, a descrição das categorias identificadas aborda as aproximações e diferenças quando ocorrem entre os profissionais de uma unidade e outra, bem como quando os relatos entre as enfermeiras e técnicas de enfermagem são semelhantes ou distintos em relação à mesma categoria. Os resultados desta pesquisa, portanto, são apresentados, tal como realizada a análise final dos dados, no conjunto das 21 entrevistas de duas unidades hospitalar.

Os resultados e discussão do material empírico são apresentados de forma aleatória para garantir o anonimato das entrevistadas. Identificam-se as enfermeiras com a letra E seguido de um número e as técnicas de enfermagem com as letras TE seguido de um número, agrega-se também o setor ao qual pertence essa profissional, se ambulatorio de especialidades (AE) ou clínica cirúrgica (CC) a fim de contextualizar os relatos. Em relação às enfermeiras, distingue-as de acordo com a função que ocupa, ou seja, entre enfermeira assistencial ou gerencial quando necessário.

Após a análise vertical de cada relato e a análise transversal do conjunto dos relatos, o material empírico deste estudo apoiado ao referencial teórico adotado e aos objetivos da pesquisa, permitiu a construção das seguintes categorias: “Trabalho em equipe de enfermagem, ação interprofissional”; “Dimensão interativa do trabalho em equipe”, e as subcategorias “comunicação” “confiança”, “vínculo”, “respeito mútuo e reconhecimento do trabalho do outro”, “colaboração” e “conflito”; além das categorias relacionadas às concepções acerca da prática do cuidado integral de enfermagem “Alternativo ao modelo funcional”, “Abordagem biopsicossocial/ holística” e “Fortalecido pelo modelo de enfermeiro referência” e categorias relacionadas à prática da integralidade à saúde: “Articulação entre os profissionais da equipe”, “Articulação dos setores do hospital” e “Articulação do hospital na rede de atenção à saúde”.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados da pesquisa são apresentados de acordo com os objetivos específicos e as categorias empíricas construídas. Primeiro apresentam-se os resultados das concepções sobre o trabalho em equipe de enfermagem: Trabalho em equipe de enfermagem, ação interprofissional e Dimensão interativa do trabalho em equipe (comunicação, confiança, vínculo, respeito mútuo e reconhecimento do trabalho do outro, colaboração e conflito). Em seguida, apresentam-se os resultados das concepções acerca da prática do cuidado integral de enfermagem: Alternativo ao modelo funcional, Abordagem biopsicossocial/ holística e Fortalecido pelo modelo de enfermeiro referência; e os resultados sobre as concepções da prática da integralidade à saúde: Articulação entre os profissionais da equipe, Articulação dos setores do hospital e Articulação do hospital na rede de atenção à saúde, conforme segue quadro abaixo:

QUADRO 2: Categorias empíricas com base nos objetivos específicos

Objetivos específicos

Categorias empíricas

Objetivos específicos**Categorias empíricas** **5.1 Concepções sobre o trabalho em equipe de enfermagem**

Identificam-se concepções de trabalho em equipe de enfermagem entre as entrevistadas com diferentes elementos e nuances que estão presentes nos depoimentos de forma variada e constituem categorias empíricas, inspiradas no referencial teórico e na literatura sobre trabalho em equipe. A primeira categoria é: o “Trabalho em equipe de enfermagem, ação interprofissional”.

5.1.1 Trabalho em equipe de enfermagem, ação interprofissional

Os relatos das enfermeiras e técnicas de enfermagem mostram uma concepção de trabalho em equipe que remete simultaneamente ao trabalho entre os profissionais da enfermagem e também com outros profissionais, como médico, psicólogo, assistente social, nutricionista, ou seja, interprofissional. A maioria dos depoentes das duas unidades estudadas, não faz distinção entre trabalho em equipe interprofissional e equipe de enfermagem, os relatos abordam ambos os sentidos de equipe, e as diferenças são sinalizadas, quando necessário, ao longo da apresentação desta categoria.

A maioria dos profissionais da equipe de enfermagem do AE e CC referem que o seu processo de trabalho está sempre articulado com os processos de trabalho dos outros profissionais. Assim, o trabalho em equipe para a enfermagem refere-se as interfaces e articulações entre os profissionais de enfermagem (enfermeiras e técnicas de enfermagem) e os demais profissionais da área da saúde: médicos, nutricionista, assistente social, psicólogo. De acordo com os relatos abaixo, a enfermagem pouco concebe o trabalho intraprofissional como um trabalho em equipe, nos relatos a enfermagem aparece majoritariamente como uma das profissões que compõem a equipe interprofissional.

Trabalho em equipe (pausa) ah é um trabalho de vários profissionais, podendo ser da mesma categoria ou não em que a avaliação de cada um é muito importante pro todo. Se cada um avalia a sua parte, por exemplo: - Eu como técnica [de enfermagem] dentro das minhas habilidades, eu contribuo com a minha avaliação, isso é muito importante, porque, por exemplo, o enfermeiro ele não tá no quarto o tempo todo, quem tá lá é o técnico, é com o técnico que o familiar vai chorar, é com o técnico que o paciente vai chorar, ele vai falar dos seus segredos, entendeu? Ele vai falar dos seus problemas, dos seus medos, e ele pode trazer isso pra equipe, que pode ajudar, que pode trazer essa informação numa forma de ajuda. Ele [paciente] não consegue falar pro médico, ele não consegue falar pro enfermeiro, mas ele trouxe essa informação pro técnico, o técnico traz essa informação, a gente discute em equipe, e é feita a intervenção, assim como o médico, como a nutricionista. O médico deu uma conduta, eu quero que passa a dieta pela gastro x volume, só que a nutricionista foi lá e avaliou que não dá pra fazer naquele volume porque tá tendo refluxo, então ela vai discutir com o enfermeiro, e junto discute com o médico e vê a melhor conduta pra tomar, então eu acho que o trabalho, se cada um fazendo o seu trabalho dentro da sua habilidade, e trazer pra equipe pra discussão, a gente consegue proporcionar uma melhor qualidade do cuidado com o paciente, é um cuidado muito mais completo e detalhado. O fisioterapeuta vem e me fala, ele [paciente] tá com muita secreção e como que ele vai de alta? Quem vai aspirar em casa? Então ele traz isso pra gente, a gente discute com a equipe, a gente discute com o médico, a gente chama o serviço social, a gente vê se ele tem uma retaguarda do PSF lá na casa dele pra fazer a aspiração dele, aí o serviço social traz isso pra equipe, a gente rediscute, senta com o familiar e faz o planejamento. Então, quanto mais a gente trouxer informações, cada profissional trouxer informações pra gente discutir em equipe, a gente consegue proporcionar um cuidado mais completo, com mais qualidade (E3 - AE).

(...) por ser um hospital oncológico, o trabalho em equipe é, (pausa), precisa ter e é muito importante. Quando a gente fala do trabalho em equipe, envolve tudo, a gente fala muito, os enfermeiros, os técnicos de enfermagem, nós coordenadores, mas tem toda a equipe aí atrás disso, que dá um suporte pra gente também, a fisio, a nutri, assistente social, psicologia que a gente suga bastante esse grupo porque é uma necessidade do nosso paciente, do acompanhante, do medo, da angústia, da tristeza, então assim, o trabalho em equipe é o que eu sempre falo pro grupo, não se limita somente nós [enfermagem], existe um ponto que até aqui o enfermeiro pode ir, e existe um determinado momento que o enfermeiro

identifica que não ta conseguindo localizar o familiar pra iniciar as orientações de alta, qual o profissional que eu tenho que chamar? Então eu envolvo outro profissional que é o serviço social, to precisando da sua ajuda, tenho que localizar determinado familiar, então quando eu vejo assim, trabalho em equipe não se limita somente nós o enfermeiro e o técnico de enfermagem, tem todo o grupo ai envolvido, e que nos auxilia muito (E11 - CC).

Na literatura nacional observa-se que a discussão, na área da saúde, sobre o trabalho em equipe está consolidada no que se refere ao termo trabalho “multiprofissional”. No cenário internacional, o trabalho em equipe passa mais recentemente a ser relacionado ao termo interprofissional, visto que o prefixo “multi” refere-se, como relatado anteriormente, a um trabalho fragmentado, com pouca troca e pouca articulação entre os agentes e suas ações, traduzido como uma gama de profissões que realiza ações justapostas, sem fazer aparecer de forma direta as relações que podem existir entre elas (IRIBARRY, 2003). Em contrapartida, o termo interprofissional remete à idéia de uma equipe integrada, articulada, com colaboração entre os profissionais e centrada no paciente, como se encontra nas concepções sobre trabalho em equipe deste estudo.

Essa construção sobre trabalho em equipe multiprofissional que mais recentemente passa a ser designada interprofissional tanto na literatura em língua inglesa como na nacional, de certo modo, pode influenciar a concepção sobre o trabalho em equipe dos profissionais da enfermagem. Constata-se que, no Brasil, a discussão que se faz sobre trabalho em equipe nas políticas é sobre a equipe “multiprofissional”, e há poucos estudos e debates sobre o trabalho em equipe de enfermagem (CANOLETTI, 2008).

No processo de divisão do trabalho em saúde, os vários trabalhos especializados são processos conexos e complementares que, quando conjugados, ampliam as possibilidades para captar e atender as necessidades dos pacientes. Um importante aspecto apontado na literatura nacional e internacional é que a integração do trabalho em equipe se faz justamente contrária à idéia de anular as diferenças técnicas dos trabalhos parcelares, mas sim busca pela articulação das ações e interação dos sujeitos, para que o trabalho em equipe possibilite, em parte, responder a complexidade das múltiplas dimensões das necessidades de saúde (PEDUZZI, 1998, 2001). Nos relatos, os profissionais de enfermagem reconhecem a limitação de

resolver os problemas de saúde apenas com os saberes e as ações de sua própria profissão e valorizam o trabalho e a contribuição dos outros profissionais reconhecendo a complementaridade das várias profissões da saúde no cuidado em equipe.

Contudo, há relatos, tanto no AE quanto na CC, em que o sentido do trabalho em equipe é voltado somente para o trabalho de enfermagem. No excerto abaixo é possível identificar que o trabalho em equipe é circunscrito à enfermagem. Cabe a cada agente, dentro da sua competência profissional, contribuir com seus conhecimentos e experiências para a construção coletiva de um fazer da “equipe de enfermagem”.

(...) os técnicos aqui, assim, eu acho que é como relóginho, não dá pra faltar nenhum ponteiro, acho que todo mundo tem a importância, o dia que as técnicas não vem por algum motivo vira uma bagunça, nos dias que o enfermeiro também não tá a gente sente, sempre que falta uma pecinha a gente sente a diferença. Então assim, os técnicos têm um trabalho muito importante porque elas que tão lá direto, elas que (...) fazem a triagem dos pacientes, então assim, elas, por ser uma equipe boa, elas têm essa visão, olha, esse paciente aqui talvez precise passar, por que ele..., de falar pra gente, olha [nome da enfermeira], aquele paciente tá ali, fiz a triagem ele tá com a pressão assim, eu acho, você não acha que de repente precisa avisar o médico pra passar na frente? Não sei o que...então assim, essencial... (E8 - AE).

Nos relatos dos profissionais do AE evidencia-se que as ações entre técnicas de enfermagem e enfermeiras são articuladas. Como apresentado no excerto abaixo, a enfermeira descreve um exemplo da realização de um procedimento no qual avalia em conjunto com a técnica de enfermagem. Fica evidente que a enfermeira reconhece a participação da técnica de enfermagem na avaliação do paciente.

(...) no ambulatório acontece muito da gente tá fazendo avaliação pra um curativo, alguma coisa assim, e a gente avalia, faz junto com o técnico, as técnicas aqui são muito boas, elas têm muito conhecimento, então elas acabam também fazendo. Às vezes pede uma ajuda pra fazer, a gente auxilia tudo, mas elas são bem experientes nesse sentido, então a gente acaba fazendo assim, supervisão ou, ah, vamos fazer assim dessa forma que pode ser que fique melhor pro paciente, ou que controle o odor, enfim, sangramento, qualquer coisa que, que for o caso. E elas acabam desenvolvendo e a gente acaba desenvolvendo juntas assim, faz, ou pensa numa forma de fazer junto. (...) Elas [técnicas] sabem, (...) conhecem, às vezes elas mesmo às vezes falam, ah [nome da enfermeira], acho que se a gente fizer desse jeito, fica melhor que vai incomodar menos o paciente, elas mesmas têm esse, esse feeling, então eu acho que a equipe em si é muito boa... (E8 - AE)

Kreutz (1993) dedicou-se a pesquisar o trabalho em equipe de enfermagem na década de 90 e refere que, o que caracteriza o trabalho em equipe de enfermagem é a existência de uma relação democrática, não rígida e descentralizada em relação às tomadas de decisões. Além disso, a participação dos profissionais de nível médio no planejamento da assistência não pode ser tolhida pela rígida hierarquia característica da enfermagem, limitando-os ao que lhes é formalmente designado.

As enfermeiras da CC referem a divisão do trabalho entre enfermeiras e técnicas de enfermagem, e a necessidade de comunicação e vínculo entre os profissionais.

(...) a equipe de enfermagem, eu creio que cada um, todo mundo que tem um objetivo que é a melhor forma de cuidar do paciente, só que aí, cada um, esse trabalho em equipe vai ser dividido, cada um vai ter as suas funções, o enfermeiro tem as funções ali, tem coisas que é só específico do enfermeiro e a do técnico, então cada um fazendo as suas atividades de forma que haja comunicação, tem um vínculo, tem a interação, a gente vai conseguir atingir o mesmo objetivo que é o melhor cuidado pro paciente, então é isso que eu entendo, (...) de uma forma é dividido o trabalho pra otimizar o tempo, mas junto com o vínculo, com a comunicação, com respeito, com a dimensão, com o número de pessoas com quem você tá trabalhando, acho que tudo isso, que vai ajudar você trabalhar da melhor forma... (E14 - CC)

Apesar das enfermeiras referirem a interação entre elas e as técnicas de enfermagem, cabe analisar que essa comunicação pode ocorrer apenas no plano técnico das ações, sobretudo na execução de procedimentos de enfermagem sem que haja efetivamente interação com coordenação e articulação das ações dos profissionais (PEDUZZI, 1998). Isso remete a usual ausência das técnicas de enfermagem nos momentos de tomada de decisão sobre o cuidado (PEDUZZI; ANSELMINI, 2002).

Essa situação predomina nos relatos da CC, pois nas entrevistas das técnicas de enfermagem dessa unidade aparece com destaque a percepção de que o trabalho entre enfermeiras e técnicas de enfermagem é bastante distante e pouco articulado como assinalado acima. Nos relatos tanto das enfermeiras como das técnicas de enfermagem da CC não foi possível identificar participação das técnicas de enfermagem nas decisões e condutas em relação ao cuidado do paciente.

(...) a importância mesmo do trabalho em equipe, é como um todo assim, um ajudando o outro, do enfermeiro pro técnico, porque a enfermagem

não é reconhecida como uma profissão unida, não é? Que as pessoas são unidas, então eu queria frisar, bem que eu gostaria, muita gente gostaria que a enfermagem fosse mais unida, e principalmente enfermeiro, é mais técnico com técnico, a gente escuta é uma frase antiga, mas que infelizmente na enfermagem acontece, não é o primeiro serviço meu na área hospitalar, eu já vim de outros, e técnico derruba enfermeiro, enfermeiro tem dificuldade com o técnico, mas eu queria que isso parasse de acontecer, eu queria que o profissional de enfermagem, o técnico e o enfermeiro fosse mais unido, trabalhassem juntos, e não vem com essa desculpa de que é ambiente feminino, e feminino tem intriga, mas trabalhar em conjunto, ser uma profissão mais unida, por isso que eu acho legal nessa unidade que a coordenadora sempre frisa isso, que o trabalho em equipe tem que exercer, não ter diferença entre técnico e enfermeiro, nem de enfermeiro pra técnico...(TE21 – CC)

Quando os profissionais não participam das decisões de forma comunicativa, tendem a não se sentir responsáveis pelas ações e tomadas de decisões. Esse aspecto pode ser ilustrado pelo fragmento abaixo, no qual a técnica de enfermagem refere que a responsável pelas suas ações é a enfermeira. De fato, se somente elas (enfermeiras) decidem sobre o cuidado e prescrevem os procedimentos sem a participação das técnicas de enfermagem, não há responsabilização da equipe e sim da profissional que decidiu a conduta isoladamente.

(...) porque a enfermeira pra nós é o nosso espelho, então se a gente precisa de alguma coisa a gente vai atrás de quem? Atrás da enfermeira, se ela passar alguma coisa de muito errado, a culpa não foi nossa, a culpa foi da enfermeira, então a gente tem assim essa coisa de respaldo pra se defender (TE12 – CC).

A mesma técnica de enfermagem em outro trecho do relato fala da responsabilização pelo cuidado do paciente. No excerto abaixo refere que o paciente, embora sob a responsabilidade de uma das técnicas de enfermagem escalada naquele dia, a execução do cuidado, das ações e dos procedimentos prescritos deve ser de responsabilidade de todas as técnicas de enfermagem daquele plantão, pois como “equipe de técnicas de enfermagem” devem responder por todos os pacientes da unidade.

(...) então assim, foi todo mundo [técnicas de enfermagem] dentro do quarto, tirou ele [paciente] da cama, arrumou a cama, organizou tudo, higienizamos ele, arrumamos o banheiro, deixamos tudo organizado, então isso é equipe, é ninguém achar que o paciente é da [nome da técnica de enfermagem], que era o paciente dela e ela que se vira pra fazer tudo, porque era dez pra uma, o horário de todo mundo ir embora, todo mundo foi lá, dentro de dez minutos resolvemos o problema! Todo mundo ajudou, todo mundo fez um tiquinho, acabou o plantão todo mundo feliz, isso é equipe! (TE12 - CC)

Os dois fragmentos acima mostram a contradição da depoente em relação à responsabilidade pelo cuidado prestado e a divisão de trabalho entre técnicas de enfermagem e enfermeiras. No primeiro, a técnica de enfermagem não se sente responsável enquanto membro da equipe e deposita a responsabilidade na enfermeira e no segundo, de forma contrária, ela se sente responsável pelas ações do coletivo de sua categoria, técnicas de enfermagem, e relata ser essa uma característica de trabalho em equipe. Como dito anteriormente, na CC evidencia-se a ausência de articulação entre os trabalhos de técnicas de enfermagem e enfermeiras, denotando uma cisão da enfermagem em dois “grupos” distintos, a categoria de técnicas de enfermagem e a de enfermeiras que em certa medida remete à divisão técnica do trabalho entre ações assistenciais e gerenciais, característica reconhecida na enfermagem brasileira.

Nesse sentido, a responsabilização pelo cuidado da equipe somente será válida se o profissional for sujeito ativo na produção de cuidado. Para Campos (2007), o trabalho em saúde, organizado de forma parcelar, traz como consequência a fixação do trabalhador em determinada etapa do projeto terapêutico e também a sua alienação. O autor debate a temática da responsabilização do profissional em relação ao resultado do trabalho:

(...) se o profissional não se sente sujeito ativo no processo de reabilitação ou na trajetória de intervenção de programas para debelar um problema sanitário mais coletivo, ele não somente perderá contato com elementos potencialmente estimuladores de sua criatividade, como tenderá a não se responsabilizar pelo objetivo final da própria intervenção, ou seja, pela recuperação do paciente ou pela promoção da saúde de uma comunidade. Nestes casos, a tendência, no melhor dos sistemas gerenciais, será comprometer o profissional apenas com a realização adequada de algum procedimento e ponto final (CAMPOS, 2007, p. 234).

Assim, coletivamente as técnicas de enfermagem sentem-se responsáveis pela realização do conjunto de procedimentos delegados naquele plantão, enquanto “equipe técnica de enfermagem”, ou seja, comprometem-se apenas com a realização adequada dos procedimentos, porém não se sentem responsáveis no âmbito das decisões sobre o cuidado de enfermagem proposto pela enfermeira. Campos (2007) destaca que quando o profissional de saúde se depara com um trabalho em que sua própria organização dificulta a participação coletiva, consequentemente perpetua o trabalho alienado e descomprometido.

Também para Peduzzi (2007a) a discussão sobre responsabilização profissional é um importante aspecto do âmbito da gerência dos serviços. A autora advoga que os profissionais geralmente se responsabilizam pelo trabalho, mas também deve haver uma cultura da equipe de prestar contas das ações e dos resultados produzidos pelo trabalho tanto para a gerência, mas, sobretudo, aos destinatários das ações de saúde, os pacientes. Assim:

(...) no que tange à promoção do trabalho em equipe, é preciso atribuir e cobrar responsabilidade profissional, bem como fomentar uma prática e criar uma cultura de solicitação e prestação de contas, com base na participação e no compromisso de todas as partes envolvidas, reconhecendo seu caráter complementar (Peduzzi, 2007a, p. 57-58).

A inclusão das técnicas de enfermagem nos processos decisórios, principalmente naqueles que se referem ao plano de cuidado da enfermagem, tem como perspectiva a superação das relações que se estabelecem pela imposição de saberes a um outro que é supostamente visto como sujeito passível de tutela: “de um lado, um emissor (conhecimento técnico-científico); do outro, um receptor (sujeito passivo destituído de saber) que deveria conscientizar-se e/ ou apropriar-se de um saber competente” (HECKERT, 2007, p. 203). Nota-se que essa forma de interação e comunicação que a autora diz ser necessário superar se estabelece majoritariamente por meio de comunicação instrumental. A inclusão das técnicas de enfermagem no planejamento do cuidado também permite a configuração de relações mais igualitárias, horizontalizadas, valorizando a contribuição desses profissionais no trabalho em equipe de enfermagem (CAMPOS 2007; MATOS; PIRES, 2006).

5.1.2 Dimensão interativa do trabalho em equipe

A teoria do agir comunicativo de Habermas tem sido utilizada nas pesquisas na área da saúde principalmente quando essas têm como foco de estudo, as práticas em saúde e a interpretação da dupla dimensão, de trabalho e interação (PIROLO, 2008; PEDUZZI, 1998, 2007). Essa abordagem teórica permite analisar a lógica que orienta as ações dos profissionais no cuidado em saúde e questionar sua orientação exclusiva ao êxito, como ação instrumental, dada a possibilidade de que as ações também sejam voltadas para a busca do entendimento, por meio da ação

comunicativa. Considerada sob esta perspectiva teórica, a interação profissional inclui as lógicas instrumental e comunicativa de modo a evitar que o cuidado em saúde e enfermagem se limite a ação instrumental que não contempla o conjunto de necessidades de saúde, e em especial, de cuidado dos pacientes.

Cabe aos profissionais reconhecerem os momentos em que é fundamental o diálogo nas tomadas de decisões, incluindo nesses atos, o respeito ao paciente e família como agentes do processo. Nesse sentido é possível identificar duas lógicas presentes na interação e comunicação entre os profissionais, a lógica comunicativa e a estratégica e instrumental.

Por meio de ação comunicativa, os profissionais da enfermagem e da equipe interprofissional podem desenvolver um trabalho colaborativo, pautado no diálogo para o entendimento.

A análise do material empírico sobre as concepções dos profissionais da enfermagem acerca do trabalho em equipe levou a construção de uma segunda categoria, “dimensão interativa do trabalho em equipe” visto que a interação social perpassa todos os relatos como característica e ao mesmo tempo, requisito para o trabalho em equipe. Contudo, no conjunto das referências à interação entre os profissionais e destes com os pacientes, aparecem subcategorias que permitiu compreender os seus diferentes matizes. As subcategorias são: “comunicação” “confiança”, “vínculo”, “respeito mútuo e reconhecimento do trabalho do outro”, “colaboração” e “conflito”.

No que tange à subcategoria comunicação apresentada a seguir, aparece como um veículo que permite construir a confiança, o vínculo, o respeito mútuo e o reconhecimento do trabalho do outro. Por meio da comunicação é possível promover também a troca de experiências e conhecimentos nos diferentes espaços coletivos, tanto em momentos formais, como as reuniões interprofissionais, bem como nas conversas informais que permeiam o cotidiano de trabalho.

A confiança é um dos aspectos que caracterizam o trabalho em equipe. Nos relatos, os profissionais enfatizam a confiança, em especial da enfermeira em relação às técnicas de enfermagem, embora se reconheça que a confiança deva ser recíproca,

visto que a interação é um movimento de mão dupla e a confiança constitui um elemento da interação social. A confiança entre os profissionais no trabalho em equipe é um dos aspectos destacado na literatura em língua inglesa. Os autores referem que a confiança é a chave para o sucesso da colaboração nas equipes interprofissionais de saúde (POOCHIKIAN-SARKISSIAN et al., 2008).

(...) a enfermeira tem que confiar muito no técnico, (...), teve uma época que era só eu, [nome da técnica de enfermagem], a [nome da coordenadora] e a [nome da enfermeira], então a [nome da coordenadora] tinha que resolver alguma coisa, a [nome da enfermeira] também, só ficava eu e a [nome da técnica de enfermagem], então se elas não confiasse no nosso trabalho, não tinha como elas deixarem a gente sozinha, então a base da enfermeira com o técnico de enfermagem tem que ser à base da confiança, porque se não, não existe trabalho, não adianta nada eu dar uma conduta pra um técnico de enfermagem eu sendo enfermeiro, e eu não confiar no trabalho dele, eu ficar lá vendo tudo que ele ta fazendo, é você não confiar no trabalho do seu técnico de enfermagem (TE5 - AE)

(...) a minha enfermeira ela é uma pessoa que acredita muito no profissional, no técnico, então ela acredita nas informações, mesmo sem ela ta vendo aquele paciente, e eu, vejo a minha enfermeira como uma pessoa assim (...) sabe ser muito parceira, porque sempre que precisa estamos sempre muito lado a lado, independente da situação, então se ela precisa entrar pra um procedimento, ela entra, se ela precisa fazer curativo, ela faz aquele curativo, se ela precisa aspirar ela faz, então eu acho que isso sim é uma enfermeira que ta mesmo pra poder encarar todas as situações que enfrenta... (TE2- AE).

A confiança entre os profissionais da equipe foi referida também pelos profissionais da enfermagem da CC, porém, esta aparece relacionada ao tempo de trabalho conjunto, ou seja, para estabelecer uma relação de confiança é preciso que haja experiências conjuntas positivas, o que requer tempo de trabalho compartilhado. Por outro lado, as enfermeiras expõem que há falta de confiança com aqueles profissionais que acabaram de chegar para compor a equipe.

(...) às vezes eles [técnicos de enfermagem] ficam em dúvida, como é pessoa nova chegando, não saber qual conduta a ser tomada, eles ficam meio receosos, ou de perguntar ou de fazer aquilo que a enfermeira nova ta pedindo, mas é porque não tem a interação, não sabe como trabalhar ainda, eu vejo que eles são bem questionadores, tudo que eles tem dúvida vem e perguntam, se não for de acordo com aquilo que eles acreditam, você tem que ter argumentos ainda mais fortes, mostrar cientificamente porque que você ta fazendo aquilo, porque você ta pedindo para ele fazer aquilo no curativo, porque você ta pedindo para ele fazer um dextro, porque você ta pedindo pra ele colocar um cateter, são pequenas coisas que eu vejo que eles as vezes questionam, ah, mas fazer desse jeito? (...) eles questionam bastante... (E14 - CC)

(...) porque as pessoas normalmente têm receio de quem tá chegando, primeiro porque às vezes você trata as pessoas com um pouco de rispidez, eu percebo isso, todo mundo com um pezinho atrás, olha meio torto, não é cem por cento receptivo, as pessoas sentem muito. Quando eu entrei no [nome do hospital] eu senti muito isso, muito! (...) eu acho que o grupo recebe a pessoa com um olhar meio atravessado, porque não conhece, mas eu acho que a gente sempre faz o pré-julgamento, inclusive eu, eu acho que todo mundo faz um pré-julgamento. (E19 - CC)

Segundo a teoria do agir comunicativo de Habermas (2003), em todos os atos de fala devem estar presentes três pretensões ou expectativas de validade, uma delas, a veracidade e autenticidade expressiva corresponde à subjetividade dos sujeitos envolvidos no diálogo, ou seja, espera-se que na comunicação os interlocutores sejam autênticos e coerentes enquanto dialogam. Relacionada ao mundo subjetivo, a pretensão de veracidade abarca o conjunto de experiências dos sujeitos, na qual o sujeito falante tem acesso privilegiado em relação ao outro sujeito do diálogo. Para estabelecer confiança na interação dos sujeitos torna-se necessário que essa pretensão não seja prejudicada, e os interlocutores sintam que há sinceridade na comunicação.

De acordo com Habermas (2003) é no processo de ação comunicativa, de entendimento mútuo que:

os atores erguem com seus atos de fala, aos se entenderem uns com os outros sobre algo, pretensões de validez, mais precisamente, pretensões de verdade, pretensões de correção e pretensões de sinceridade, conforme se refiram a algo no mundo objetivo (enquanto totalidade dos estados de coisas existentes), a algo no mundo social comum (enquanto totalidade das relações interpessoais legitimamente reguladas de um grupo social) ou a algo no mundo subjetivo próprio (enquanto totalidade das vivências a que têm acesso privilegiado) (HABERMAS, 2003, p. 79).

Quanto às concepções sobre o trabalho em equipe e a dimensão interativa do trabalho interprofissional, os relatos dos profissionais do AE e da CC referem que a criação de vínculo entre os profissionais requer tempo. Tanto enfermeiras como técnicas de enfermagem relatam sentir a desestruturação da equipe pela chegada de novos profissionais, tanto da enfermagem quanto da equipe interprofissional. Esse aspecto é encontrado nos relatos abaixo do AE, o primeiro, da enfermeira com funções gerenciais que relata a dificuldade de receber novos profissionais e o segundo da técnica de enfermagem, que na perspectiva de quem chega para compor a equipe, relata a dificuldade de adaptação:

(...) porque antes a gente fazia tudo com uma pessoa, com duas, agora a equipe cresceu, mas assim, o modelo cresceu, então nós ainda estamos em período de adaptação, é bom ter mais gente na equipe, mas entre janeiro e fevereiro teve uma desestruturação, porque chegaram quatro pessoas novas na equipe de uma vez, da enfermagem, sem contar os médicos também, que eles dobraram a equipe deles também nesse período, então foi mais demanda de trabalho, então a gente tá tentando assim acertar...(E1- AE).

Ah você tem que saber que cada ser humano é diferente um do outro, você saber lidar, aprender lidar, até mesmo eu sofri quando eu entrei aqui porque algumas pessoas têm a personalidade mais forte, as outras não, então pra você aprender a lidar, é difícil lidar com o ser humano, trabalhar com o ser humano, é difícil, é meio complicado essa parte de personalidade das pessoas, (...) no começo você suporta muita coisa, aí a partir do momento que você conhece as pessoas você passa a se impor. (...) Ah dificuldade de passar as coisas, de passar o plantão vamos se dizer assim, de chegar e mandar as coisas pra você, ah vai e faz! E você nem conseguir fazer uma ligação externa porque ninguém te ensinou como que funcionava, ninguém te deu um manual, vamos dizer assim, faz isso, aperta aqui, então você vê: ao ponto de ter dificuldade de fazer uma ligação externa, tá uma correria ninguém pode te informar nada, aí você fica toda perdida, num ambiente novo... (TE7- AE)

Nos relatos da enfermagem da CC esse aspecto também tem bastante destaque. Nos excertos abaixo, o primeiro da enfermeira da CC com funções gerenciais que relaciona à criação de vínculo entre os profissionais ao fluxo do hospital que tem pouco tempo de funcionamento e abre novas áreas, necessitando, portanto, formar novas equipes de enfermagem. O outro da enfermeira assistencial que também, fala da desestruturação da sua equipe com a saída dos profissionais da enfermagem e a construção do vínculo com aqueles que começaram a trabalhar.

(...) a dificuldade que a gente tem, nem é tanto administrativa porque as coisas a gente até consegue fazer, mas a questão é a interação, de montar uma equipe que é complicado no [nome do hospital] porque principalmente as unidades de internações, a gente quebra a equipe a cada mês, a cada quarenta e cinco dias a gente recebe gente nova, envolve ali, treina, acolhe, e aí a gente precisa abrir mais uma ala então dos antigos a gente acaba pegando um pouco, mesclando o grupo pra abrir um novo setor, com um novo coordenador que não conhece ainda a estrutura do hospital, mas precisa de pessoas, de enfermeiros que já conhece a movimentação e de técnicos que já estão treinados pra abrir aquela outra ala, então a equipe a gente mexe muito... (E10 - CC).

(...) uma coisa interessante no nosso grupo da tarde, a gente tinha um grupo formado com uma equipe bacana, que já estava entrosada tanto os enfermeiros quanto os técnicos, você só de olhar, a pessoa já entendia o que você precisava, era só ela me falar e eu já entendia que de repente ela queria que eu fosse só pra acompanhar de repente a nossa equipe se desfez, uma ficou doente, uma de licença, a outra mudou de setor, então assim, dispersou a nossa equipe e hoje a gente tá de novo em formação de equipe... (E19 – CC).

Em outros três relatos no AE identifica-se outro aspecto inerente ao trabalho em equipe: a participação de todos os profissionais e a interação entre eles, no sentido de aceitar a opinião e o conhecimento do outro. A equipe deve trabalhar para que se estabeleçam objetivos e acordos para o cuidado do paciente. Aceitar a idéia do outro é algo valorizado nos depoimentos que prevêm a construção conjunta de consensos, ao contrário de chegar com algo pronto, definido e estanque para ser colocado em prática.

A ação comunicativa se orienta para o entendimento entre os sujeitos que se colocam em interação e comunicação para a construção de acordos. Assim, para a experiência da ação comunicativa, nos encontros formais e informais da equipe interprofissional, todos os sujeitos participantes devem ter o direito de expressarem sua opinião, de serem ouvidos enquanto sujeitos partícipes da equipe, participar das tomadas de decisões sobre o cuidado do paciente, com a totalidade de suas experiências.

Aqui novamente aparece a necessidade das enfermeiras compartilharem as decisões com as técnicas de enfermagem e vice-versa, que as técnicas de enfermagem compartilhem com as enfermeiras suas decisões sobre o cuidado do paciente. Isso remete à concepção de Habermas (2003) na qual o autor concebe a ação comunicativa como: “às interações nas quais as pessoas envolvidas se põem de acordo para coordenar seus planos de ação, o acordo alcançado em cada caso medindo-se pelo reconhecimento intersubjetivo das pretensões de validade” (HABERMAS, 2003, p. 79).

Vale destacar que o trabalho em saúde e enfermagem configura-se por uma relação recíproca de duas dimensões complementares, ação produtiva e interação social, na qual o cuidado é produzido e consumido no próprio ato. A dimensão interativa do trabalho realiza-se por meio da ação comunicativa na qual se apóia para a busca do entendimento entre os sujeitos envolvidos em diferentes momentos do processo de trabalho (PEDUZZI, 2007a). Os aspectos destacados pela enfermeira no relato abaixo como inerente ao trabalho em equipe, apontam para uma necessidade de ação comunicativa entre a equipe interprofissional.

(...) primeiro acho que é uma interação, tem que ter uma interação de trabalho mesmo, entre nós todos, a gente tentar entender que o trabalho, que nós trabalhamos em equipe e que precisa da equipe pra trabalhar, acho que essa interação entre as pessoas é essencial, pra ocorrer esse trabalho, e a participação de todo mundo, uma participação ativa mesmo, se não tiver participação ativa não tem trabalho em conjunto, de dar opinião, de ta colocando o que pensa, falando, acho que isso é importante também pro trabalho rodar, pra ele ser confiável até. Então eu acho que é mais ou menos isso, conhecimento, porque o conhecimento a gente troca, quando a gente faz o trabalho em equipe a gente troca conhecimento, as vezes eu não sei mas você sabe, as vezes eu nunca fiz e você pode me ajudar, ou as vezes eu fiz cinquenta vezes e você nunca fez, e aí a gente tem uma troca, a gente sempre aprende, então eu acho que seriam esses assim, os principais a interação, a exposição de idéias de cada um, de todo mundo pra gente formar um consenso, em equipe e a questão da troca mesmo de conhecimento, acho que também, acho que são fatores importantes pra trabalhar em equipe. (...) A interação quando a gente coloca, é mesmo de você ta disposto a aceitar o que vem do outro, porque se você ta fechado, se você acha que aquilo que você ta fazendo já é necessário, se você acha que aquilo é bom e não precisa de mais nada, que já acabou, você não precisa de equipe, você faz sozinho! Então eu acho que essa interação mesmo é você ta disposto a interagir com as pessoas, às vezes o que eu faço, ah sei lá, há dois anos de trabalho, sigo um mesmo fluxo achando que aquilo é ótimo, quando você ta disposto a olhar pro outro a interagir com outro, aquele outro pode te dar uma idéia que você não tinha pensado, (...) então eu acho que é essa interação, essa troca, permitir a troca, acho que a interação é isso, é permitir que tenha essa troca...(E8- AE)

O fundamento da verdade proposicional e consensual encontrar-se no uso original da linguagem, como veículo que procura alcançar o entendimento entre os sujeitos, num diálogo isento de qualquer coação, visto que o critério para a verdade de um enunciado seria a possibilidade de se obter consenso sobre o conteúdo de uma comunicação entre os sujeitos, desde que este consenso seja fundamentado na argumentação, validada intersubjetivamente, ou seja, no diálogo intersubjetivo (ARAGÃO, 2002; HABERMAS, 2003).

O diálogo na busca do entendimento mútuo, da construção de acordos e consensos, não se refere a uma situação idealizada na mente dos partícipes do diálogo, mas se refere ao plano concreto, que envolve os aspectos objetivos e subjetivos do diálogo, para a coordenação das ações. De acordo com Bógus (1998) um aspecto significativo na teoria de Habermas é de que:

ao propor a ação comunicativa, não o faz baseado em uma crença de que as pessoas querem atuar consensualmente simplesmente por estarem imbuídas de boas intenções para com seus pares, mas porque, cada vez mais, as pessoas vão sendo obrigadas a buscarem consensos para seguirem adiante, com um mínimo de possibilidade de convivência (BÓGUS, 1998, p. 53).

À luz da concepção de Habermas (2003), nas situações em que os sujeitos se encontram em ação comunicativa, as regras técnicas da ação instrumental não são aplicadas automaticamente e isoladamente por cada profissional, mas a partir de trocas, de interação, na busca por certo grau de entendimento que permita decidir sobre as condutas que são tomadas. Aqui a ação comunicativa toma o outro em consideração, como sujeito, e na busca do entendimento é possível identificar o reconhecimento do outro o que tem como consequência a criação de vínculo, importantes no trabalho em equipe interprofissional.

Nesse mesmo sentido, nos excertos abaixo, as técnicas de enfermagem identificam que para o trabalho em equipe as pessoas precisam trocar experiências e conhecimentos. A troca de conhecimento e experiência para a construção coletiva está relacionada ao respeito mútuo, no sentido de ouvir a opinião do outro e respeitar as experiências prévias do outro profissional, mesmo quando são opiniões diferentes.

Quanto ao respeito mútuo no trabalho interprofissional destacam-se dois aspectos, o primeiro com base na ação comunicativa, pois de acordo com Habermas (2003) quando os sujeitos estão em interação no sentido comunicativo, na tentativa de entendimento e construção de acordos (mesmo que provisórios) compartilham as pretensões de validade da correção normativa (dos valores), da verdade proposicional (no sentido do que é dito corresponder ao que se observa no mundo objetivo) e da autenticidade expressiva (no sentido de haver coerência e autenticidade entre o que é dito e o que é feito), portanto supõe-se nessa relação um respeito mútuo, pois a ação comunicativa de antemão, requer que cada um dos sujeitos envolvidos tome o outro em consideração.

Ah, você tendo a humildade pra assumir e falar ó, não sei, me ajuda, falta também um pouco das pessoas passarem pras outras um pouco do que sabem, que muita gente sabe, que ninguém é obrigado a ensinar ninguém, mas, puxa, se eu sei uma coisa porque que eu na posso passar pra você? Fica tudo mais fácil, pra poder ensinar, você de aluno você passa a ser professor, não é tão interessante? Hoje eu aprendi isso, olha que legal você sabe? Ah não, não sabia! Então todo mundo passa a saber. (TE7-AE)

(...) o importante mesmo é você ter respeito e tentar entender o momento do outro, (...) eu penso assim, como eu já trabalhei com outra equipe antes dessa meio conturbada, faltava um pouco de respeito assim, do modo como você é visto, (...) na outra equipe que eu trabalhei, eu percebia que eu não era bem vista por alguns colegas e eu não via alguns colegas bem, então isso você não tem como chegar no colega e dar alguma opinião de

alguma coisa, isso se torna uma barreira, e é difícil trabalhar assim, por isso que com respeito, (...) eu acho que o respeito é muito importante, porque com respeito se cresce outras coisas com o tempo, saber que o que o colega ta falando é importante, reconhecer a história que ele já tem, as experiências que ele já teve e ta mostrando pra você, às vezes você tem uma experiência um pouco maior de uma pessoa que saiu do curso agora, por exemplo, você vai dar uma orientação a pessoa não aceita, essas coisas assim, que eu acho que tem tudo a ver com respeito, pra você trabalhar, pra você fazer parte de uma equipe é isso...(TE6- AE)

O outro aspecto que se destaca em alusão ao respeito mútuo, conforme observado nos relatos acima, pode ser analisado sob a ótica da teoria do reconhecimento de Honneth (2003). Pois o respeito que o sujeito obtém de seus pares está relacionado ao seu reconhecimento no plano da solidariedade, no sentido do trabalhador ter reconhecida a sua participação no processo de trabalho, ter reconhecidas suas propriedades e capacidades individuais pelos outros sujeitos de seu grupo. Os aspectos relacionados ao reconhecimento do outro serão analisadas adiante, quando serão contemplados os conflitos no trabalho em equipe de enfermagem.

Quanto à “dimensão interativa do trabalho em equipe”, os profissionais de enfermagem do AE referem que a comunicação entre os profissionais de diferentes equipes é o veículo que permite estabelecer acordos nas ações de cuidado dos pacientes do ambulatório que são internados. A ação comunicativa é aquela que se baseia ativa e explicitamente em acordos racionalmente motivados sobre algo no mundo – uma norma, um fato ou uma experiência subjetiva. Esse tipo de ação encontra na linguagem um meio legítimo para o entendimento mútuo (HABERMAS, 2003).

(...) eu fui da assistência até pouco tempo então eu sempre falo, gente a PCA não é a prioridade dela [da enfermeira da unidade de internação], o paciente paliativo não é a prioridade dela, a gente tem que mostrar que naquele momento esse paciente tem que ser priorizado, porque ele ta com dor, porque ele pode ter uma depressão respiratória, ou um paliativo que o paciente ta falecendo e ele precisa de um apoio naquele momento, mas se ela tiver dez paciente no andar, um correndo RSHOP [quimioterapia], outra com 5FU [5-fluorouracil], outro com oxido de platina, ela vai ta preocupada com aquilo! Se não tem alguém pra dar um norte, e falar, olha, nesse momento essa família ta precisando que você apóie...(E1 – AE)

Portanto, a comunicação é veículo para a construção de confiança, vínculo e entendimento no interior de uma equipe e entre equipes de diferentes unidades do hospital, tal como ocorre entre a equipe do AE e a equipe da unidade de internação.

Assim, a comunicação entre as equipes e entre os profissionais de uma mesma equipe, profissionais de enfermagem e outras profissões, é o veículo para a construção conjunta do plano de cuidados. A enfermeira narra que no planejamento de alta, cada profissional avalia e contribui dentro da sua atuação para as orientações de alta. Como referido anteriormente, o trabalho da enfermagem é complementar e interdependente do trabalho interprofissional, em especial ao trabalho médico. No relato abaixo, destaca-se a ação comunicativa entre os profissionais.

(...) a alta quem faz é o enfermeiro que tá no setor, o que a gente conversa muito, que é quando tem essa troca com a equipe é a nossa conversa com a médica dando alta, isso acontece bastante assim, quem nem, as médicas vão dar alta, aí [nome da enfermeira], aquele curativo o que você acha? Você acha que vai fazer de tal forma? Porque a forma como a gente faz aqui no hospital, muitas vezes, na maior parte das vezes não é a forma que vai fazer em casa, (...) então a gente adapta de uma forma que seja possível ser feito em casa, então normalmente essa alta ela discutida com a médica, ou o médico que tá dando alta, a doutora [nome da médica] sempre pergunta, aí você acha que vai dar pra fazer o curativo em casa? Você acha que tal coisa em casa resolve? Não sei o que... Então assim, é discutido com ela, e aí ela fecha a alta e a orientação é feita... (E8 - AE).

Nas entrevistas do AE e da CC observa-se que a ação comunicativa acompanha a ação instrumental. É possível identificar que a comunicação entre os profissionais também aparece na forma de troca de informação para a realização de procedimentos.

Em algumas situações no cotidiano de trabalho de cuidados em saúde, predomina a troca de informação para a ação instrumental, ou seja, as ações são realizadas na lógica instrumental com base em regras técnicas já consagradas e de consenso, e se busca aplicá-las para obter um dado fim, com sucesso nos resultados esperados. Esse determinado fim já estabelecido em geral é a realização de procedimentos.

(...) o paciente chega, elas [técnicas de enfermagem] vão aferir os sinais, se tiver alguma coisa alterada eles já comunicam a gente, a gente já orienta que tem que avisar o médico, então elas já estão assim, bem orientadas, não há tanto aquela necessidade de ficar ali em cima pra ver se elas tão realmente fazendo o serviço, não, elas vão, elas mesmo já vê, ah a PA tá alterada, elas já anotam num papel a parte já passa pro médico, vê qual vai ser a conduta, anota se for o caso, traz o paciente de volta pra receber algum medicamento, então elas sempre passam pra gente, qualquer alteração. Às vezes, se eu tiver ocupada, fazendo outra coisa, elas vão lá e me chamam e a gente já vê o que vai fazer com o paciente... (E9 - AE).

(...) a pessoa poder trocar informações, a gente não sabe tudo, então se você tem alguma dúvida, você vai fala com a pessoa, fala com outra, se ela não consegue na mesma hora ta solucionando aquele problema, ela vai procurar também nos mais superiores dela as informações, a gente não fica meio desamparada assim, sempre tem alguém por perto pra você ta perguntando, questionando, e sempre trazendo mais informações pro grupo, acho que é importante... (E4 – AE).

(...) eu acho que a comunicação é tudo, porque hoje, a gente tem uma dinâmica muito diferente de passagem de plantão, então a gente deixa muito claro o que? O enfermeiro tem que ter uma boa interação com o técnico, a questão da troca de informações, porque hoje é o enfermeiro que vai ta passando o plantão pra quem ta chegando, pros enfermeiros e técnicos que tão chegando, os técnicos que tão saindo ficam no posto dando um suporte se alguém chamar, e o que acontece? Se esse técnico teve uma boa interação com esse enfermeiro, quais as informações que esse enfermeiro vai ta vindo passar pro próximo plantão, então a gente deixa bem clara essa questão da comunicação e da interação, do fechamento, no final do plantão ó, você ta comigo como técnico vem cá vamos fechar o nosso plantão, antes da passagem de plantão, como que foi? Ah, desprezei o dreno deu tanto de débito, ter esse fechamento, e é isso que eu falo da comunicação, eu acho que a comunicação é imprescindível, precisa ter mesmo (E11 - CC).

Colaboração

A maioria das profissionais de enfermagem entrevistadas do AE e da CC aponta a necessidade de colaboração no trabalho em equipe e referem que a **disponibilidade em colaborar** compreende uma relação de ajuda ao outro quando se reconhecem dificuldades das colegas em realizar alguns procedimentos. Essa forma de ajuda entre os profissionais expressa a complementaridade das ações no cuidado do paciente. Como referido anteriormente, a literatura sobre colaboração destaca como um dos determinantes relacionados à interação, a disponibilidade do profissional em colaborar com o trabalho em equipe, visto que a colaboração é essencialmente voluntária (MARTÍN-RODRIGUEZ et al., 2005). Esse é um dos fatores apontado nas entrevistas que interfere na colaboração e no trabalho em equipe de enfermagem.

Nos relatos do AE predomina que a colaboração está presente tanto entre os pares, isto é, entre as técnicas de enfermagem, e entre as enfermeiras, como entre as diferentes categorias. Embora em alguns relatos, apresentados a seguir, seja possível observar que a colaboração é maior entre as técnicas de enfermagem.

Nos excertos abaixo, as enfermeiras do AE relatam as atividades que realizam em conjunto na equipe de enfermagem, que evidenciam a complementaridade nas ações e a colaboração no sentido de ajuda mútua.

(...) com as técnicas a gente trabalha bastante em conjunto, por exemplo, se eu vou heparinizar um portocath, por exemplo, sempre uma delas ta comigo, sempre vão me auxiliando com os materiais, com tudo, elas sempre tão ali junto, até mesmo pelo interesse delas de aprender, de ta observando e pela iniciativa delas mesmo de ajudar, já é uma equipe assim que você não tem aquela coisa de ficar precisando chamar, precisando orientar, elas por si só já vem, já arrumam a sala, já se orientam já é uma equipe bem preparada pra isso, até acho que pela especialidade em si, então elas acompanham o procedimento, ta sempre comigo, isso em tudo, em curativo também, quando elas estão, eu sempre entro e participo, e elas entre si também se ajudam bastante, uma vai fazer o curativo, sempre tem outra que ta junto ajudando, tem dia que tem, todas as salas estão ocupadas então se eu vejo que tem duas fazendo um curativo eu também entro ajudando elas então assim, é uma equipe que trabalha muito junto... (E9 - AE)

(...) um paciente vem aqui pra fazer um curativo, ele tem um curativo, ele tem que passar uma sonda vesical e ele ainda tem alguma coisa, alguma pendência social, então é em conjunto, a enfermeira entra ajuda a avaliar, começa a fazer o curativo, conversa com o paciente, nisso ela dá as condutas, daí o técnico participa dessa avaliação porque aí ele já vai aprendendo também que materiais que a gente usa, que materiais que a gente não utiliza, também a enfermeira passa pro técnico, olha isso faz assim, ele continua fazendo o curativo, enquanto ela sai pra conversar com o médico, pra ver outra demanda que ele precisa, então, um termina o trabalho da outra assim, já aconteceu assim, de a técnica ta passando uma sonda vesical, e não conseguir, apresentar muita dificuldade então ela chama a enfermeira, acho que, mais nesse momento de procedimentos com os pacientes que a gente consegue visualizar, esse trabalho em equipe... (E1- AE)

Nesse mesmo sentido a técnica de enfermagem do AE relata que a enfermeira assistencial que está mais próxima ao seu trabalho no ambulatório participa das atividades assistenciais, há colaboração entre ela e as técnicas de enfermagem como há entre as enfermeiras.

(...) ela [enfermeira] fica mais assim no nosso suporte, ela nos auxilia em tudo que a gente faz aqui, e auxilia as enfermeiras também, (...) ajuda todo mundo, assim, porque se precisar fazer um curativo, eu sei que ela vai fazer, se precisar o auxílio de algumas coisas ela auxilia, precisa conversar com o paciente, ela faz triagem, faz orientação de medicações após a consulta, encaminha pros outros ambulatórios, encaminha exames... (TE6 - AE)

(...) é uma coisa assim, um não vive sem o outro, é bem assim mesmo, eles [enfermeiros] com certeza vêm o nosso trabalho como um trabalho que eles, como se eles estivessem fazendo, eu penso assim, e nós também, eu vejo como se eu estivesse fazendo o trabalho delas, todo mundo se ajuda e assim, como se diz, cada um na sua categoria, mas todo mundo se

respeita, elas dão autonomia pra gente, a gente dá liberdade pra elas e, sempre, eu vejo um ótimo trabalho como se o meu trabalho estivesse dentro do trabalho delas, e eu sei que elas também vêem nosso também como um bom trabalho, tanto que nós não temos reclamação, nem da parte delas nem delas da nossa... (TE6 - AE)

A proposta dos cuidados paliativos prevê uma atuação em equipe interdisciplinar cujo objetivo é alcançar a qualidade de vida daqueles pacientes fora de possibilidades terapêuticas, que no caso da oncologia, não é indicado ao paciente em tratamento abordagens clínicas ou cirúrgicas. Na definição da Organização Mundial da Saúde/ World Health Organization (OMS/ WHO), cuidado paliativo é:

(...) uma abordagem que incrementa a qualidade de vida dos pacientes e seus familiares, enfrentando o problema associado a doença grave através da prevenção e alívio do sofrimento, o que significa uma identificação precoce e avaliação impecável para tratamento da dor e dos problemas físico, psicossocial e espiritual¹ (WHO, 2002, p. 83)

Dentre os princípios fundamentais para os cuidados paliativos, a OMS destaca a integração dos aspectos psicológicos e espirituais do cuidado e o oferecimento de uma abordagem em equipe para focar as necessidades dos pacientes e de seus familiares (WHO, 2002).

Com base nessa definição os profissionais da equipe dos cuidados paliativos do AE têm um objetivo bem definido, e um horizonte normativo comum para suas práticas, qual seja: um atendimento em equipe que visa atender as diferentes necessidades dos pacientes e familiares em cuidados paliativos, de ordem física, social ou espiritual. Essa peculiaridade dos cuidados paliativos permite compreender a observação com base nos relatos das entrevistadas de um trabalho em equipe mais colaborativo.

No entanto, as técnicas de enfermagem da CC narram que a maior parte do trabalho realizado em conjunto ocorre entre as profissionais da mesma categoria. A enfermeira participa somente em alguns procedimentos específicos, que requerem sua avaliação em relação ao cuidado do paciente. Nestes relatos, a colaboração aparece predominantemente entre as técnicas de enfermagem, aspecto identificado na maioria dos relatos das técnicas de enfermagem da CC.

¹ “Palliative care is an approach that improves the quality of life of patients and their families facing the problem associated with life-threatening illness, through the prevention and relief of suffering by means of early identification and impeccable assessment and treatment of pain and other problems, physical, psychosocial and spiritual” (WHO, 2002, p. 83).

(...) nos banhos de leitos, como a gente [técnicas de enfermagem] não da sozinha, aí a gente se organiza, vamos agilizar os banhos de aspersão primeiro. O paciente que vai tomar sozinho, a gente acompanha então, aí tal hora vamos dar o banho no fulano, aí quem tá desocupado? Sou eu e outra, então você já desocupou então você vai com essa pessoa, a gente mesmo, antes do horário a gente faz isso, você vai com fulano fazer o banho nesse paciente, ou vai acompanhar um curativo, a gente já se organiza antes, pra poder fazer tudo no horário pro paciente, a gente já se programa pra isso. (...) às vezes elas [enfermeiras] tão, um paciente de alguma delas tem alguma intercorrência, a outra vem faz esses aprazamentos dessas prescrições, vai lá fazer as evoluções que elas precisam, orientar uma alta também é competência do enfermeiro, orientação de alta, então se uma demorar um pouquinho mais em algum procedimento e já tava em horário e tem outras coisas pra fazer, elas tomam a iniciativa dessa parte, elas tomam essas condutas... (TE16 – CC)

Com o meu colega [técnico de enfermagem] de trabalho, geralmente é banho no leito que necessita mais de uma pessoa, um curativo mais complexo que não dá para, ou que sejam vários curativos e que você possa tá correndo o risco de contaminar, e também quando assim, sempre acontece, tem dia que sempre um de nós acaba se enrolando, se atrasa, então sempre um tá ajudando o outro, ou seja, fazendo uma medicação, fazendo um banho, encaminhando o paciente pro banho, já faz uma ajuda. Com a enfermeira a gente, o trabalho que a gente tem com eles é em conjunto, mas em geral a gente se ajuda entre nós [técnicos de enfermagem] antes de tá pedindo a ajuda pra eles, mas sempre que eles podem dar um suporte, tá encaminhando o paciente pro centro cirúrgico que às vezes a gente tá com outro eles vão, pra eles, eles anotam, se tiver que verificar a pressão também verificam, não tem problema quanto a isso... (TE18 - CC)

Juntamente com o enfermeiro são poucas, são poucas atividades, é mais quando são coisas que nós técnicos não fazemos, os procedimentos, que é a lavagem de sonda vesical, então pra evitar que contamine o campo, essas coisas então elas pedem a nossa ajuda, outra é passar sonda vesical de demora tem umas que não gostam de passar sozinha, até por ser mais rápido pede ajuda também, sonda nasoenteral quando passa, porque a maioria das sonda nasoenteral é passada por via endoscópica, aí também a gente ajuda, é mais essas coisas assim... (TE21 – CC).

A divisão do trabalho proposta nas teorias de Taylor e Fayol baseadas na especialização funcional e na fragmentação das ações mostrou grande eficácia no aumento de produção e na produtividade do trabalhador no mundo industrial (MATOS; PIRES, 2006). No entanto, no processo de trabalho em saúde e enfermagem há procedimentos e abordagens complexos que requerem ação conjunta, interação entre os profissionais e também interação com o paciente e família, o que é prejudicado pela rígida divisão do trabalho e a fixação do trabalhador numa determinada etapa do cuidado. Dessa perspectiva destaca-se a que articulação das ações e o trabalho colaborativo no cuidado ao paciente promove benefícios tanto aos profissionais como para os pacientes. Este é um importante argumento apresentado na literatura a favor do trabalho em equipe, ou seja, que a articulação e colaboração

entre os profissionais de uma equipe aumentam a eficiência do serviço e da própria equipe na prestação de cuidados (PATEL; PRATT; PATEL, 2008; JAIN et al., 2008).

Relacionado aos fatores que potencializam o trabalho colaborativo da equipe, os espaços e possibilidades de discussão em equipe também foram citados como importante para os profissionais da equipe de enfermagem do AE. Nesta unidade, esse espaço de discussão refere-se às reuniões interprofissionais, nas quais participam somente os profissionais de nível superior: médicos, enfermeiras, assistente social, nutricionista e psicólogo. Pouco antes de começar a coleta de dados, as técnicas de enfermagem começaram a participar também dessas reuniões interprofissionais, como referido nos relatos abaixo. Isso representou para as técnicas de enfermagem a valorização do seu trabalho além de crescimento profissional, pois referem que a participação nas reuniões representa a oportunidade de “aprender” com os outros profissionais.

Corroborando esta afirmação, Fortuna (1999) aponta que uma possível forma de desenvolver um trabalho coletivo, em equipe, considerando as características do trabalho em saúde, é por meio da criação de espaços compartilhados, em que os trabalhadores integrantes de uma equipe possam se reunir, conversar e elaborar planos de atendimento conjunto. Apesar da importância das reuniões para as equipes, Matumoto et al. (2005) alertam para o fato de que as modificações necessárias não se dão apenas com base na existência desse espaço, mas, sobretudo da forma como ele é utilizado. Segundo as autoras, para que a equipe possa se analisar na produção de seu trabalho ela necessita de espaço-tempo conjunto na qual a reflexão sobre o trabalho possa ser feita.

Os espaços de discussão do trabalho, a possibilidade de comunicação e interação aumenta a colaboração interprofissional.

As palestras que a gente tá indo, você passa a se sentir importante, não é porque você é só uma mera técnica que, ah deixa ela pra lá, não, você se sente importante, porque faz parte da minha equipe, então tanto quanto o médico é importante, eu também sou importante, isso aí é legal, (...) porque ninguém fica perdido no assunto, todo mundo acaba sabendo de tudo um pouco, aprendendo de tudo um pouco, até mesmo [nome da enfermeira], a enfermeira, ela deu aula de novo pras meninas que estavam aqui e trouxe o material dela e deu aula pra gente aqui tudo de novo, é

legal, porque aí também se importa, que é importante todo mundo conhecer, saber... (TE7- AE)

(...) agora o grupo [de técnicos de enfermagem] tá mais interado, em saber dos congressos, das aulas, todo o conhecimento, qualquer tipo de conhecimento que há no mundo dos paliativos a gente tá tentando interagir também pra cada vez mais entender e poder ajudar os pacientes daqui, pra ter mesmo uma equipe assim (...) Porque nós sabemos que aqui, o hospital por ser oncológico, muitas pessoas gostariam de estar aqui no paliativos, então a gente tem que fazer jus aquilo, tá aqui no paliativos tem que lutar, tá aqui por que? Porque gosta, porque sabe, e é esse que a gente tá procurando, o saber, não só vivenciando mas também tendo na teoria, saber tudo do mundo do paliativos, a gente procura muito saber sobre isso, e tá querendo participar das reuniões, e tá participando, (...) isso é muito rico, porque nós, nós nos tornamos funcionárias, mais assim, como se diz, eu me sinto menos vazia, digamos assim, porque você tem que saber o que você tá fazendo, (...) no momento nós num, num estamos assim, dando nossa opinião, acho que as meninas, eu mesmo não dou minha opinião pra muitas coisas, mesmo só assimilando o que nós escutamos e pra poder quem sabe mais pra frente ter alguma opinião e poder também produzir também nas aulas...(TE6 – AE)

Matos e Pires (2009) em investigação realizada em duas instituições hospitalares destacam que as reuniões interdisciplinares constituem espaços privilegiados para a integração dos trabalhadores e para o gerenciamento do trabalho coletivo. Apontam ainda que por meio das reuniões é possível que os profissionais tenham uma visão mais integral do cuidado do paciente, uma vez que nesses espaços podem ser discutidos e definidos os planos de cuidados dos pacientes que mais se aproxime das suas necessidades.

Uma vez que se constitua como espaço privilegiado para a integração da equipe interprofissional com objetivo de promover o cuidado integral do paciente, a reunião deve ser um espaço de caráter democrático, momento formal para a participação de todos os trabalhadores, inclusive para as técnicas de enfermagem. Como referido nos relatos, elas também têm um papel fundamental no trabalho da equipe, pois identificam e captam as necessidades de cuidado dos pacientes por terem uma atuação muito próxima a eles. As técnicas de enfermagem podem trazer para a equipe as necessidades dos pacientes e mobilizar os profissionais para a discussão conjunta do caso.

No AE aparece a construção dos acordos, a partir da participação coletiva das técnicas de enfermagem e das enfermeiras assistenciais para as tomadas de decisão, em conjunto com a coordenadora de enfermagem, aspecto relacionado à

colaboração no trabalho em equipe. No exemplo abaixo, a enfermeira relata que a coordenadora de enfermagem está sempre disposta a ouvir a opinião da equipe.

(...) com a [nome da coordenadora] também, a gente procura trabalhar muito em equipe, ela pede as coisas pra gente, a gente vai executando da melhor maneira, a gente leva muita idéia pra ela também, das coisas que podem ser melhoradas, idéias que a gente vai vendo na prática. Agora que eu entrei aqui pro ambulatório às vezes eu vejo alguma coisa, acho que podia ser feito assim, de uma maneira melhor, uma planilha que poderia ser criada, então eu passo pra ela, muitas vezes ela adere a idéia e da o aval pra gente fazer, executar aquela idéia e colocar em prática, então é assim, é uma, acho que é uma gerência assim, bem aberta, pra gente poder colocar as nossas idéias em prática e ela tá sempre pronta a ouvir o que a gente tem a falar, então a gente procura trabalhar muito junto, não é aquela coisa assim de ordem, e você executa ali e pronto, fica naquilo, não, a gente também dá idéias e acaba fazendo o contrário, é bem legal, e as técnicas com ela também, a mesma coisa. (E9 - AE)

O gerenciamento participativo para a organização do processo de trabalho corresponde às atuais tendências de gestão propostas na tentativa de superar as dificuldades gerenciais decorrentes da rígida divisão do trabalho e da ênfase nas regras e condutos de cunho burocrático, encontradas nos modelos tayloristas/fordistas (CECÍLIO; MENDES, 2004; MATOS; PIRES, 2006). Os autores apontam que na micropolítica do hospital as decisões devem ser descentralizadas e compartilhadas favorecendo a participação dos trabalhadores. Esse fato potencializa a corresponsabilização entre os trabalhadores, estimula a colaboração entre os profissionais, diminuem as diferenças hierárquicas além de valorizar os trabalhadores.

Cecílio e Mendes (2004, p. 53) destacam que na gestão hospitalar em geral, ocorre um distanciamento entre a direção que toma as decisões e o trabalho cotidiano das equipes, “fica-se com a impressão que a coordenação do cotidiano, do cuidado direto ao paciente, passa, de fato, por mecanismos que não são exatamente o que a direção propôs”. Os autores entendem que o poder real da instituição está polarizado em duas pontas, um lado no qual se tomam as decisões mais importantes para o cotidiano do hospital, de outro, as equipes, os trabalhadores que detêm poder de melhor pensar as estratégias envolvidas no cuidado ao paciente. Os autores propõem que cabe aos gerentes um olhar em duas direções, ora para os interesses da instituição, ora para os trabalhadores e seus movimentos de autogovernos.

A gestão participativa na enfermagem deve incluir todos os profissionais, inclusive os trabalhadores de nível médio nos processos de tomada de decisões. Tem como finalidade o avanço no sentido de desenvolver relações mais igualitárias e de valorizar a opinião dos profissionais que estão presentes no cuidado direto aos pacientes, uma vez que esses trabalhadores tradicionalmente são excluídos dos momentos reflexivos e de tomada de decisão no cotidiano dos hospitais (SILVA, 2010). Isso não significa que todos os profissionais de enfermagem devam ser envolvidos da mesma forma e simultaneamente em todas as tomadas de decisão, pois o trabalho ficaria obstaculizado pela excessiva discussão no momento de execução. O que os resultados do estudo mostram é a necessidade das profissionais, em especial das enfermeiras, reconhecerem os momentos em que é imprescindível discutir as ações de enfermagem com as colegas, seja enfermeira ou técnica de enfermagem para que a ação instrumental, pautada na regra técnica já estabelecida, não tome conta dos espaços e momentos em que é preciso ouvir o outro, estabelecer trocas, conversar sobre o trabalho e refletir sobre o que é necessário fazer e coordenar as ações.

Conflito

O conflito é aspecto presente no cotidiano de trabalho das organizações de saúde, uma constante na agenda dos gerentes. Conflito é fenômeno, “é o que escapa, o que se apresenta, o que denuncia”. Os conflitos “são os comportamentos observáveis que exigem *“tomadas de providências”*: a briga entre funcionários, o bate-boca de pacientes com funcionários, a disputa de recursos entre unidades diferentes, as reclamações de pacientes” (CECÍLIO, 2005, p. 510).

A discussão da gênese e manifestação dos conflitos no trabalho em equipe de enfermagem apresentada neste estudo está fundamentada na teoria do reconhecimento de Axel Honneth, pois segundo o autor, “o conflito social não deve ser entendido como um simples participante funcional num jogo de poder, mas atravessado pelas exigências de reconhecimento” (RAVAGNANI, 2008, p. 13).

Assim, um sujeito espera encontrar na interação com outro sujeito o reconhecimento em três tipos de relações: nas relações primárias (amor), nas relações jurídicas (direito) e na esfera do trabalho (solidariedade). A ausência de

reconhecimento num dos três tipos de relação, motiva o sujeito a entrar num conflito prático (HONNETH, 2003).

Constata-se pela análise do material empírico que o conflito na enfermagem assume diferentes formas e pode ser dividido em: conflito intequipes, e conflito intra-equipes, o segundo pode acontecer entre pares bem como entre profissionais de diferentes categorias.

Nos relatos da enfermagem do AE, os conflitos aparecem em sua maioria originados entre diferentes equipes do hospital. Em menor expressão entre os profissionais da mesma equipe. O conflito relatado abaixo aconteceu entre diferentes equipes de dois setores do hospital, quando houve desentendimento sobre a prioridade de cuidado do paciente, que se traduzia em passar um cateter para controle da dor.

(...) eu fiquei até as dez horas da noite aqui para ajudar a passar um cateter peridural, num paciente que era muito querido e que eu sabia que assim, a enfermagem [da unidade de internação] não tava interessada no procedimento, não tava correndo atrás, não tava ajudando porque a anestesista não queria fazer também, a anestesista que tava de plantão. Então foi um estresse muito grande porque uma médica da unidade, que era chefe, ela falou: precisa repassar o cateter! Então ta bom, eu fui lá e falei: olha, vai repassar o cateter. Falei com a anestesista, a anestesista de plantão falou: não, não vou repassar! Não quis nem vir avaliar, depois marcou centro cirúrgico, isso era seis horas da tarde, marcou centro cirúrgico para dez horas da noite e era um paciente que não podia ficar sem a medicação, (...) e eu não tinha visto empenho nenhum de ninguém, já tinha pedido uma vez, já tinha pedido outra, na terceira eu falei: não, eu vou fazer porque senão o [nome do paciente] vai ficar com mais dor, porque foi aquela coisa do trabalho em equipe, porque a doutora [nome da médica dos cuidados paliativos] saiu da casa dela só pra vir passar o cateter tendo dois médicos de plantão, e eu fiquei aqui também tendo enfermeira na unidade de internação, porque elas não estavam entendendo, elas não estavam interessadas então, (...) então esse dia eu fiquei até dez e meia da noite, era o meu papel? Não! O paciente não ia ser assistido? Teoricamente ia, porque a enfermagem é vinte e quatro horas, mas naquele momento eu achei importante ficar... (E1 - AE)

O excerto acima aponta para um conflito vivenciado pela enfermeira por meio da experiência de desrespeito na esfera do reconhecimento social da solidariedade. Esse desrespeito não se restringe somente à enfermeira dos cuidados paliativos, por não ter sido ouvida em relação às decisões de cuidado do paciente tomada por sua equipe. Toda a equipe da qual a enfermeira faz parte e que é responsável por aquele paciente não foi reconhecida pelos outros profissionais da

unidade de internação bem como pela médica anestesista de plantão. O não reconhecimento das propriedades e capacidades individuais da enfermeira na esfera da solidariedade traz também como consequência um desrespeito em relação ao paciente, no sentido de não ser compreendido no sofrimento da dor.

Portanto, em relação à experiência do reconhecimento na esfera da solidariedade Honneth refere que para chegar a uma autorrelação bem-sucedida o sujeito depende do reconhecimento intersubjetivo de suas capacidades e de suas realizações, desse modo, os sujeitos encontram o reconhecimento da estima social conforme o valor socialmente atribuído às suas propriedades concretas. O insucesso na ação da enfermeira se mede pela expectativa que ela tinha de ter sua capacidade pessoal e profissional reconhecida. O conceito de solidariedade pressupõe também que os sujeitos se estimem entre si de maneira simétrica, ou seja, todo sujeito reconhece que tem a chance de experienciar o “sentimento de próprio valor” por meio de suas realizações e capacidades, como sujeito valioso para a sociedade (HONNETH, 2003).

Outro aspecto que se destaca do relato é a criação do vínculo e da responsabilização pelo cuidado da enfermeira em relação ao paciente em comparação à ausência de compromisso dos demais profissionais na situação específica analisada. Vale destacar, como apontado por Merhy et al. (2007), que o trabalho em saúde pode ser uma poderosa arma em defesa da vida individual. Aos profissionais cabe, no entanto, o acolhimento, a criação de vínculo com o paciente, à responsabilização e o compromisso, que o profissional seja a referência para o paciente no atendimento, além de priorizar ações que não sejam burocráticas e nem impessoais.

Nota-se também nos relatos da enfermagem do AE, que os conflitos ocorrem entre os pares, ou seja, entre as técnicas de enfermagem bem como entre as enfermeiras. Em geral são decorrentes das diferenças individuais, falta de afinidade e apresentam um caráter intersubjetivo. Nos dois casos analisados, o conflito aconteceu pouco tempo depois de uma técnica de enfermagem entrar para a equipe, bem como após a entrada de uma das enfermeiras envolvidas no conflito. Ou seja, o vínculo e a confiança, características necessárias para o trabalho em equipe como apontado anteriormente, e que demoram certo tempo para serem construídas, a

ausência desses elementos no trabalho em equipe, são fontes de conflito. O conflito nesse caso atua como obstáculo para o trabalho em equipe.

Nota-se que nestas situações também a esfera afetada na relação entre pares é a da estima social (solidariedade). Neste caso, tanto a técnica de enfermagem, que não tem sua capacidade reconhecida por seus pares, como a enfermeira que experimenta o mesmo sentimento de não reconhecimento, são privadas da possibilidade de imputar um valor social às suas próprias capacidades pessoais e profissionais. Desse modo, técnica de enfermagem e enfermeira privam-se de desenvolver uma estima social positiva de si mesma, com a experiência de degradação da autoestima pessoal (HONNETH, 2003).

Face ao terceiro excerto que se segue, em relação ao conflito com a enfermeira recém chegada à equipe, destaca-se que por parte das enfermeiras ela não tem reconhecimento do seu trabalho, diferentemente das técnicas de enfermagem que quando questionadas pela enfermeira com funções gerenciais relatam que a reconhecem como sujeito de propriedades e capacidades pessoais e profissionais significativas para a prática do trabalho de enfermagem no AE.

(...) eu tenho alguns problemas de trabalho em equipe da parte de comportamento, da parte de gênio, os únicos problemas que eu tive foi de falta de afinidade entre algumas pessoas, e que eu resolvi de forma bem simples, eu simplesmente chamei as duas [técnicas de enfermagem] na minha sala, porque uma era muito rápida e a outra era muito lenta, e a que era rápida queria ser mais rápida ainda pra outra ficar mais lenta ainda, e a outra travava, porque é o tipo de pessoa que se você fala um pouco mais forte ela trava e chora, daí eu chamei as duas na minha sala e falei olha, pra mim não interessa uma maravilhosa e a outra horrível, eu quero as duas mais ou menos, então vocês se conversem, suas tarefas vão ser, essa, essa e essa, vocês vão dividir, vocês vão conversar, vocês vão falar bom dia todos os dias, e vocês vão ter que olhar uma para a cara da outra todos os dias, então acostumem-se! (E1- AE).

A [nome da enfermeira coordenadora] conversou muito com a gente, com nós duas, com ela principalmente, porque o ambulatório era só eu ela e [nome da enfermeira], então tinha coisas que [nome da enfermeira] delegava pra ela [técnica de enfermagem] que ela não conseguia resolver, aí eu tinha que resolver por mim e por ela, então o que acontecia? Criava muita divergência entre nós duas porque ela queria fazer só que ela não conseguia fazer, então de tanto conversar, e aí entrou outra moça no ambulatório que foi [nome de outra técnica de enfermagem], aí as coisas foram apaziguando, uma foi aceitando o que era diferente da outra, ela foi aceitando os erros dela, assim como eu fui aceitando os meus, aí foi que a gente conseguiu entrar num acordo... (TE5 -AE).

(...) teve um problema também com as enfermeiras de relacionamento no começo mas assim, um problema meio que sério, e que eu também tive que chegar pra todo mundo e falar gente. Todo mundo [enfermeiras] reclamava de uma pessoa, todas, (...) [falavam] ah ela é isso, é aquilo, é aquilo, é aquilo...Eu nunca vi elas [enfermeiras] reclamando, então, daí eu fui pras técnicas [e perguntei]: -Como que é fulana[enfermeira recém-chegada à equipe]? Ah, é bom trabalhar com ela, ah não sei o que, ah ta. Daí eu chamei as enfermeiras de novo [e perguntei]: -Vocês tem certeza o que vocês estão falando? Tem! Então por que vocês falam A e as técnicas B? Daí elas olharam..., será que vocês não estão com problema de aceitação da pessoa? É uma pessoa diferente, que ta chegando de fora (...), eu acho que ela tem que melhorar mas vocês não estão dando chance, pensa, que se ela chegasse e visse três caras feias, como eu to vendo, se ela ia ficar a vontade? Então, daí elas olharam assim, então vou conversar com a pessoa, mas eu quero que vocês dêem uma outra chance, sejam mais receptivas, conversem com ela, e resolveu o problema, quer dizer, aí tem uma delas que não tem tanta afinidade mas, eu falei, não interessa, ela não ta aqui pra ser amiga, mas você ta aqui pra trabalhar juntas, e hoje elas conseguem trabalhar juntas...(E1 – AE)

Destaca-se nos três relatos supracitados o papel da enfermeira com funções gerenciais como mediadora de conflitos entre os trabalhadores da equipe de enfermagem. A dimensão gerencial da enfermeira que utiliza o diálogo entre as partes para mediar e negociar as situações de conflito pode ser entendido como um meio efetivo para superá-los.

Outra estratégia da enfermeira gerencial é o reconhecimento das diferenças e potencialidades do seu grupo. Nos relatos foi possível identificar que quando a enfermeira reconhece as diferenças pessoais na execução do trabalho, essa percepção pode contribuir para minimizar ou evitar os conflitos na equipe de enfermagem, pois assim contempla o reconhecimento das características pessoais e profissionais dos trabalhadores e não somente da dificuldade que apresentam para realizar certos procedimentos.

(...) lógico que cada um tem a sua limitação, cada um tem seu jeito, se eu preciso de alguma coisa rápida, que envolva mais de três ordens, eu não posso pedir pra uma das minhas funcionárias, agora, se eu quiser que ela faça um curativo, que vai durar uma hora, eu peço pra ela porque vai ser o melhor curativo, porque ela gosta de atender, o negócio dela é assistência, e porque o da outra, ela gosta de atender, ela atende rápido, atende bem, mas ela adora, computador, planilha, então ela me ajuda muito na parte das planilhas... (E1 - AE)

Os conflitos são frequentemente associados a dificuldades, desavenças, injúrias, ameaças, competição, oposição, desarmonia, incompatibilidade nas relações pessoais (CIAMPONE; KURCGANT, 2005) que afloram em sua maioria

sentimentos de caráter negativo (CIAMPONE; KURCGANT, 2005; SPAGNOL et al., 2010).

A literatura descreve que algumas estratégias para mediar e conduzir os conflitos no cotidiano de trabalho em saúde é de importância fundamental. Até a década de 1980, as teorias administrativas propostas negavam ou tentavam suprimir a presença de conflitos. A partir dessa época, com mudanças no ambiente externo às organizações, surgem abordagens gerenciais que se referem ao gerenciamento dos conflitos (CIAMPONE; KURCGANT, 2005).

A presença de um conflito gera uma série de sentimentos ambíguos entre as pessoas envolvidas, ocasiona quase sempre, uma relação hostil e dificuldades na comunicação entre as partes conflitantes, e ainda pode estender o conflito para além do problema original. Geralmente os efeitos negativos dos conflitos estão relacionados à forma com que se lida com eles (CIAMPONE; KURCGANT, 2005).

Como parte da dimensão gerencial do trabalho do enfermeiro, cabe a esse profissional, na maioria das ocorrências, gerenciar o conflito quando presente na equipe de enfermagem. Existem diferentes formas de administrar as situações conflituosas, uma delas é a solução integrativa de problemas, utilizada pela enfermeira gerencial conforme relato acima. Essa estratégia visa a satisfazer às exigências de ambas as partes e procura soluções alternativas identificando a mais favorável (CIAMPONE; KURCGANT, 2005).

Dessa forma, com o objetivo de identificar a conduta gerencial da enfermeira numa maternidade privada do interior de São Paulo, a pesquisa de Fernandes et al. (2003) identificou que na presença de conflitos, os enfermeiros procuram resolvê-los em conjunto com a equipe, demonstrando uma tendência à democratização na conduta das enfermeiras investigadas. As autoras também constataram que as enfermeiras privilegiaram as questões relacionadas ao coletivo, do processo de tomada de decisão compartilhada e trabalho em equipe. As autoras ainda defendem que essa atitude reforça a corresponsabilização pelo trabalho desenvolvido contrário à responsabilização somente da execução de tarefas determinadas.

Na enfermagem os conflitos entre diferentes categorias ganham destaque quando olhamos sob a ótica da divisão técnica e social do trabalho. A enfermagem como prática social sempre conviveu com diferenças entre trabalho intelectual e trabalho manual, o primeiro realizado por pessoas com formação profissional, o segundo por pessoas sem qualificação formal e regular. Esse aspecto histórico influencia a prática da enfermagem ainda nos dias atuais, pois a divisão não se refere somente à técnica – intelectual e manual, mas também a divisão social do trabalho, pois profissionais qualificados formalmente e não qualificados estão inseridos no trabalho de forma desigual, com desigual valor social e ocupam posição desigual na sociedade. As primeiras ocupam posição social profissional reconhecida, com reconhecido valor social, trabalho que é provido de formação específica. As segundas ocupam posição social e trabalho com pouco ou às vezes nenhum reconhecimento. A partir do século XIX o trabalho da enfermagem se institucionaliza como prática profissional subordinada ao saber médico, em especial, da clínica nos moldes do trabalho médico e essa subordinação e frágil autonomia se estabelecem sem conflitos explícitos, embora latentes, dadas as suas bases históricas relacionadas ao trabalho doméstico e religioso que não requeriam formação.

Durante muitas décadas, no Brasil, este cenário se manteve presente no trabalho de enfermagem, pois os atendentes de enfermagem, que no início da década de 1980 ainda representavam 65% do total dos trabalhadores de enfermagem no país, eram trabalhadores de enfermagem sem qualificação técnica formal e regular (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 1985). Destaca-se que os auxiliares e técnicos de enfermagem têm atualmente formação específica que lhes garantem uma prática com conhecimentos científicos e lhes permitem ocupar posições sociais com características distintas das encontradas na institucionalização da enfermagem e até recentemente no Brasil. Mas a interação social entre as profissionais de enfermagem de diferentes categorias e reconhecida, ao longo dos anos, de forma desigual, é motivo constante de conflitos.

Em relação ao relato das entrevistadas da CC, observa-se que os conflitos ocorrem em sua maioria entre enfermeiras e técnicas de enfermagem, visto que de acordo com as técnicas de enfermagem, a divisão do trabalho é rígida e as ações de menor complexidade não são realizadas pela enfermeira. A falta de colaboração da

enfermeira na assistência ao paciente são fontes/ fatores de conflitos na equipe de enfermagem.

O conflito que se origina pela ausência de colaboração das enfermeiras é decorrente da falta de reconhecimento de sua parte, do valor do trabalho das técnicas de enfermagem. Novamente nos excertos destaca se o desrespeito na esfera do reconhecimento social (solidariedade), degradando o “sentimento de próprio valor” das técnicas de enfermagem.

(...) a gente chama a enfermeira pra assistência, ela é enfermeira assistencial, só que muitas vezes ela se recusa, ela foge disso, porque ela acha, não todas, não to dizendo todas, mas a maioria acha que o papel dela é sentar, apazigar uma prescrição, é fazer uma evolução, é pegar o folhão lá com a nossa anotação que ta pronta e prescrever! Para a evolução dela, e eu acho que não é isso! Então a gente chama a enfermeira pra assistência, a gente chama a enfermeira, olha, pra observar o paciente, pra olhar o curativo do paciente, vou fazer o curativo agora, eu queria que você estivesse lá pra você ver como que ta o curativo. Olha, eu vou desprezar o dreno eu queria que você viesse aqui pra dar uma olhada, eu notei uma coisa diferente eu queria saber se é normal, se é anormal, então a gente chama muito a enfermeira, sabe? Pra equipe! Trabalhar junto com nós, não só a enfermeira, a [nome da coordenadora da enfermagem] também, que é a nossa coordenadora... (TE12 - CC)

(...) respeito ao profissional, respeito à pessoa, respeito ao trabalho da pessoa, o respeito à pessoa como um todo, eu acho que isso que falta. Às vezes o paciente chega, ta chegando da UTI, então sempre, na maioria das vezes no final do plantão a gente ta na correria sempre, e muitas vezes os enfermeiros até já passaram plantão, aquela coisa: ah então o paciente chegou espera só um pouquinho, o técnico vai te ajudar a passar o paciente pra cama, então assim, é só pra isso que o enfermeiro vê o técnico? Ah é pra fazer alguma coisa? Vou chamar o técnico. É pra fazer tal coisa? Eu vou chamar o técnico, se muitas vezes o enfermeiro pode ta fazendo isso, pode ta ajudando também, não é uma coisa, é coisa simples, então o enfermeiro ta focado só em mandar, e não em ajudar e não em ver se você ta precisando de ajuda... (TE21 – CC).

Entende-se que se a enfermeira recusa-se a realizar as atividades que de um modo geral espera-se que sejam realizadas pelas técnicas de enfermagem, pode significar que na realização das atividades que lhes competem, as enfermeiras preservam para si, o “sentimento de próprio valor” e da autoestima. Em contraposição, quando as enfermeiras se negam a executar as atividades que são de competência das técnicas de enfermagem, sentem que essa valoração positiva de si mesma poderá se perder com a realização de atividades de menor complexidade, pois essas atividades são majoritariamente reconhecidas como trabalho com pouco valor social.

Cabe destacar que quando comparados os relatos entre as duas unidades estudadas é possível identificar maior evidência de colaboração entre enfermeiras e técnicas de enfermagem no AE. Diferentemente, na CC a maioria das técnicas de enfermagem entrevistadas relata não haver colaboração por parte das enfermeiras na realização das atividades mais simples, como passar paciente para a maca, encaminhá-lo ao banheiro, atividades que as enfermeiras não reconhecem como parte do seu cotidiano de trabalho. A ausência de colaboração entre enfermeiras e técnicas de enfermagem responde em grande parte pelos conflitos intra-equipe na CC.

Outra importante peculiaridade é o fato de haver mais colaboração entre os pares, ou seja, as técnicas de enfermagem colaboram mais entre si. Nessa perspectiva, os conflitos também ocorrem em maior expressão entre categorias diferentes, visto que há uma relação de dupla mão, conflito e colaboração, ou seja, quanto maior colaboração entre os profissionais da mesma ou de diferentes categorias, menos conflitos são observados nas relações entre os profissionais.

Outra fonte de conflito entre enfermeiras e técnicas de enfermagem encontrada nas entrevistas das técnicas de enfermagem é a escala diária de trabalho que a enfermeira realiza e que em algumas ocasiões é mal distribuída. Os pacientes que demandam cuidados de complexidades variadas não são distribuídos de forma adequada no plantão, o que sobrecarrega o trabalho de algumas técnicas de enfermagem enquanto outras ficam responsáveis por pacientes que demandam menos cuidados.

A escala de trabalho é um dos importantes instrumentos da dimensão gerencial do trabalho da enfermeira, e deve ser utilizada para organizar o processo de trabalho da equipe de enfermagem. Pode ser fonte de conflito quando formulada pela enfermeira por meio de uma comunicação instrumental, com tomada de decisão centralizada e verticalizada, e não necessariamente aceita e pactuada entre toda a equipe. Esse tipo de comunicação não toma em consideração as opiniões do outro na construção da escala que é instrumento de organização do trabalho de enfermagem. Apesar da escala ter como importante finalidade otimizar as intervenções técnicas da equipe de enfermagem, se realizada por meio de uma comunicação unilateral, sem

trocas e consensos entre todos os agentes acarretará conflito entre as categorias de enfermagem.

(...) não tem muito tempo, (...) foi uma escala, foi uma escala muito mal feita que fizeram. Pra uma colega que tava na minha frente, os leitos, os leitos aqui são do trinta e um ao sessenta, aí roda, sempre roda, então a cada quinze dias você sai do seu leito e pula três, quatro leitos pra frente. Tinha uma colega na minha frente que tava com dois pacientes, os paciente super tranquilos, que andava tudo, inclusive ela pegou o plantão, os dois paciente já tinha tomado banho, eram dois pacientes que iam pro centro cirúrgico e já ia chamar. Então não tinha nada, então eles estavam prontos, não tinha nada pra fazer, medicação, não tinha nada, nada, nada, era só a anotação pra fazer dele e o acompanhamento de enfermagem e me deram quatro pacientes, eram três pacientes POI, que tinha vindo do centro cirúrgico, estavam muito mal e um deles era banho no leito. Quando eu olhei aquela escala eu falei, nossa gente, o que aconteceu? Só que aí ninguém também falou nada! Ninguém falou nada, aí acho que uma hora depois que já tinha passado tudo, que eu já tinha visto sinais de todos os pacientes, eu cheguei no postinho de enfermagem e falei: gente, eu acho que eu não vou dar conta dos meus pacientes hoje! Eu to com quatro pacientes, três pacientes tão passando mal, aqueles que estavam vomitando assim horrores, eu já tinha feito medicação e eles continuavam passando mal, eu não tinha conseguido entrar nesse paciente que era banho no leito, que era um paciente de isolamento, paciente de isolamento a gente sempre deixa pra entrar por último a gente entra pra ver ele, ver se ele tá tudo bem, depois a gente entra por último pra fazer os procedimentos que tem pra fazer, aí eu falei pra elas, passei pra elas, eu não vou dar conta! Mas só isso, virei e daqui a pouco estavam todas em volta de mim, [nome da técnica de enfermagem] o que precisa fazer? Porque não era só essa que tava tranquila, as outras também estavam tranquilas, então nesse dia quem estava apertada era eu, aí vieram todas, cada um pegou um paciente, foi lá, fez o procedimento que tinha pra fazer, deu banho, medicou o paciente, fez o curativo, depois chegaram em mim e falaram, o paciente tá lindo, tá ótimo, já fizemos o curativo. Eu [falei] gente, eu não acredito que vocês fizeram isso! Sim, nós fizemos, claro, nós fizemos, então eu acho que isso é equipe, sabe, não quer saber o que tá acontecendo, se o paciente é um paciente super, hiper pesado, se é um paciente tranquilo, mas vai todo mundo ajudar, (...) então eu acho que isso é o trabalho de equipe, é você não ter medo de colocar as dificuldades para as suas colegas, e seus colegas ter aquela visão de que, os meus pacientes são tranquilos, ou o meu paciente pode esperar um pouco mais, eu vou ajudar a colega...(TE12 - CC)

Em pesquisa realizada sobre situações de conflito no contexto hospitalar em hospital público Spagnol et al. (2010) também encontram a escala como fonte geradora de conflitos entre os profissionais da enfermagem. As autoras corroboram que a escala deve ser pautada em critérios estabelecidos e pactuados entre os trabalhadores de enfermagem, para que sua construção seja fundada em consensos a fim de evitar as situações de conflito.

A escala de trabalho da enfermagem realizada de forma compartilhada com auxiliares e técnicos de enfermagem de acordo com Gaiva e Scochi (2004) aponta

para um trabalho mais cooperativo e integral. Nesse sentido, as autoras citam essa iniciativa como um dos indicativos que as levaram a acreditar no rompimento, ainda que tímido, com o modelo de organização do trabalho de enfermagem tradicional centrado na fragmentação das ações entre as diferentes categorias profissionais.

Como instrumento de trabalho comum às técnicas de enfermagem e enfermeiras, entende-se que a escala de trabalho deve ser realizada em conjunto, pois diz respeito ao trabalho de ambas, a fim de evitar conflitos relacionados à divisão do trabalho e também a manutenção da rígida hierarquia na enfermagem, na qual somente as enfermeiras detêm o poder de decidir, sobre o trabalho dos demais agentes, por meio da elaboração da escala.

5.2 Conceções da prática de cuidado integral de enfermagem

Em relação às concepções sobre a prática do cuidado integral de enfermagem, os resultados são apresentados em relação às categorias empíricas: “Alternativo ao modelo funcional”; “Abordagem biopsicossocial/ holística” e “Fortalecido pelo modelo de enfermeiro referência”.

5.2.1 Alternativo ao modelo funcional e abordagem biopsicossocial/ holística

Nos relatos, é possível identificar uma concepção de cuidado integral de enfermagem com dois aspectos que aparecem de maneira variada e não uniforme. Um deles, o cuidado integral de enfermagem como alternativo ao modelo funcional de organização do trabalho da enfermagem. Outro sentido atribuído ao cuidado integral de enfermagem é a sua ancoragem e fundamentação na abordagem biopsicossocial/ holística, expressa, sobretudo por meio da referência reiterada ao “cuidado do todo”.

(...) não pode ter um técnico só pra medicação, um técnico só pra procedimentos, porque você descaracteriza o paciente como pessoa, como indivíduo, então, vira um trabalho rotineiro, tarefairo, e o cuidado não pode ser tarefairo nem rotineiro, então, eu vejo o cuidado integral como uma necessidade mesmo, que você tem que ver o paciente por inteiro, então, acho que as instituições já estão trabalhando pra isso assim, de ter

mais técnicos pra cuidar de menos pacientes, pra cuidar melhor, porque só dar medicação é fácil, mas dar medicação, conversar, dar o banho, criar um vínculo, isso acho que é o cuidado integral, (...) principalmente meu paciente que ta em cuidados paliativos, falecendo. Então se você não tiver um cuidado integral, (...) o paciente vira um corpo, um corpo pra ser manipulado, um corpo pra ser limpo, daí ele deixa de ser a dona Maria que ta falecendo, eu acho que quando o técnico, ou o enfermeiro percebe isso, ele cuida diferente, ele consegue dar um cuidado mais humanizado... (...) eu acho que em vários hospitais ainda os técnicos, principalmente os técnicos são tarefeiros, então um dá banho, outro dá a medicação, e ninguém vê o paciente, e você só viu o omeprazol das dez, ou você viu o banho de leito e não a dona Maria, então acho que o cuidado integral é isso, você tem que ver tudo, todas as partes do paciente, cuidado físico que é um dos principais, o cuidado emocional, o cuidado espiritual que a gente sabe que ainda ta muito além, nós não estamos preparados ainda pra esse cuidado espiritual, para quem ta falecendo, poucas pessoas são, e cuidar da família também, acolher, entender esse momento (E1 - AE).

(...) o cuidado integral de enfermagem é você cuidar do paciente num todo, quando fala enfermagem, você coloca o técnico e o enfermeiro, o que é competência do técnico fazer e o que é competência do enfermeiro. Então é estipulado o paciente, a gente tem a prescrição de enfermagem, e naquela prescrição de enfermagem tem todos os procedimentos que tem que ser feitos com o paciente, (...) de manhã eu pego a prescrição de enfermagem e vou ler o que o paciente precisa fazer, ou que não precisa fazer com ele, então eu vejo, cuidados integral de enfermagem é você cuidar do paciente num todo, em geral, observar tudo, desde alimentação, o lado físico dele, o psicológico também dele, o que ele quer, o que ele não quer, o que ele ta se queixando, o que é bom pra ele... (TE12 – CC).

Os profissionais da enfermagem ao relatarem sobre o cuidado integral de enfermagem mostram que a primazia do cuidado está na realização de procedimentos, o cuidado está fundamentalmente contido na esfera biológica, e embora façam referência ao termo integral, como o “cuidado do todo” esse termo está, sobretudo, relacionado à organização do trabalho de enfermagem, à modalidade de cuidados integrais, no sentido da execução do conjunto de técnicas indicadas para o cuidado do paciente por um mesmo profissional. Esses resultados corroboram com a pesquisa realizada por Pirolo (2008), na qual identifica que os profissionais de saúde da UTI, campo de seu estudo, destacam como idéia central da atuação profissional a execução de procedimentos.

A autora considera que essa forma de conceber o cuidado, na representação dos profissionais é decorrente de um contexto social mais amplo, na qual o modelo hegemônico centrado na doença influencia o trabalho em saúde. Orientado pelo paradigma positivista, o cuidado em saúde e na enfermagem está organizado em torno de práticas reducionistas, com resolução de problemas contidos nos limites

fisiopatológicos, e se reduzem a tratar a ferida, aliviar um desconforto físico e auxiliar na cura de uma doença (PIROLO, 2008). Vale destacar que a abordagem clínica é necessária e importante, mas não recobre o conjunto das necessidades do paciente.

Dessa forma, o cuidado integral de enfermagem de acordo com as entrevistadas, fica aquém do cuidado centrado nos pacientes, e se traduz, sobretudo, à realização de todos os procedimentos previstos para aquele dia, naquele plantão, essencialmente limitando-se aos problemas físicos do paciente. Entretanto, em alguns relatos as entrevistadas destacam as dimensões psicológicas, sociais e espirituais e reforçam a idéia de que o cuidado de enfermagem não deve ser centrado na realização da tarefa ou procedimento, mas nas necessidades de cuidado dos pacientes que se expressam de diferentes formas.

Assim, para pensar na produção de saúde, ou sobre “o processo saúde/enfermidade/intervenção” que supere o paradigma biomédico, deve haver uma ampliação da compreensão do ser humano, abordagens que superem a fragmentação das ações dos profissionais além de superar as ações de cuidado que se limitam à dimensão biológica dos pacientes. Cabe não só investir no cuidado biológico, extremamente necessário, mas também num cuidado que reconheça os direitos, as individualidades e o papel ativo dos pacientes com toda a sua complexidade (CAMPOS, 2000).

5.2.2 Fortalecido pelo modelo de enfermeiro referência

Nas entrevistas da equipe da CC, aparece que o trabalho de enfermagem organizado segundo o modelo da enfermeira referência está relacionado a uma prática mais ‘integral’ no sentido de atentar para um cuidado focalizado nas necessidades de saúde do paciente. Identificam-se as comparações e aproximações dessa modalidade com a do cuidado integral, esse enquanto modalidade de cuidado, traduzido como uma única profissional de enfermagem realizando todos os procedimentos sob a coordenação de uma enfermeira. O modelo de enfermeira referência, de acordo com as entrevistadas, avança em relação ao cuidado integral,

uma vez que a técnica de enfermagem além de realizar todos os procedimentos diários também contempla outras necessidades dos pacientes com o acompanhamento de uma enfermeira que fica responsável pelo plano de cuidado do paciente durante toda a internação.

Os benefícios que as entrevistadas destacam para o cuidado de enfermagem baseado no modelo da enfermeira de referência são: maior vínculo entre a enfermagem e o paciente e maior vínculo da enfermeira com a equipe interprofissional, principalmente com a equipe médica.

Chama a atenção que o avanço representado pela enfermeira referência com os benefícios que ele traz, não inclua o fortalecimento do vínculo entre enfermeiras e técnicas de enfermagem. Nesse sentido, a análise das entrevistas mostram uma lacuna na comunicação e interação entre a enfermeira referência com a técnica de enfermagem.

Isso remete ao que foi analisado anteriormente, sobre a dimensão interativa do trabalho em equipe de enfermagem, em particular aos conflitos entre técnicas de enfermagem e enfermeiras, pois a enfermeira deixa de discutir o plano de cuidados com a técnica de enfermagem que irá executar a maior parte das ações do plano. Assim, observa-se o predomínio da lógica instrumental em detrimento à lógica comunicativa.

A ênfase do cuidado de enfermagem baseado no cuidado integral de enfermagem e no modelo de enfermeiro referência se mantém na realização de procedimentos por uma única técnica de enfermagem durante um período e da enfermeira durante a internação. Embora as entrevistadas reconheçam que há uma maior proximidade da enfermeira com o paciente, proporcionando um vínculo entre eles, a ênfase nesses modelos de organização do trabalho da enfermagem não é atribuída ao próprio vínculo enfermeira e paciente, mas sim à execução do conjunto de ações de cuidado por uma única técnica de enfermagem. Além disso, como apontado acima o vínculo entre enfermeira e técnica de enfermagem não é sequer referido.

(...) hoje a gente já trabalha com o enfermeiro referência, é o enfermeiro que ta dividido por especialidade e ele acompanha esse paciente do

momento da internação até a alta. Então não é só o cuidado integral diário, ele viu o paciente ontem, conhece o familiar, ele prevê a assistência pro dia seguinte, os exames, procura encaixar mais no período da manhã, pra tarde ficar mais tranquilo. O técnico, eles ficam com esse paciente pelo menos uma semana pra conhecer mesmo, pra dar um cuidado inteiro desde a hora que chega às sete da manhã, banho, medicação, então, curativo, ele toma conta do doente às seis horas totalmente, junto com o enfermeiro que é de referência dele, (...) o paciente já te identifica, já pergunta pelo enfermeiro de referência dele, às vezes liga, vai de alta ele liga, ele quer falar com aquela pessoa que é a referência da internação passada, a gente percebe que o doente fica mais personalizado, personalizado não sei, mas eles se sentem mais a vontade pra falar algumas coisas que eles não fariam se fosse cada dia um enfermeiro, cada hora um, então cria um pouco mais de vínculo entre o enfermeiro e o paciente, acho que o cuidado fica bem melhor... (E10 – CC)

Por que esse projeto do enfermeiro referência? Pra deixar bem claro pro enfermeiro que ta ligado diretamente na assistência mesmo, eu to com esse grupo e esse grupo eu tenho que conhecer muito e muito bem. Ta ali beira a leito com o paciente mesmo, (...) e fica mais focado a informação, vamos pegar uma situação, eu tenho uma enfermeira que é responsável pelo grupo da gastro, (...) então a gente acredita no que? Que a assistência fica mais direcionada, mais focada, que nem hoje eu sou responsável pelo grupo dos pacientes da gastro, eu conheço o tipo de cirurgia que esse paciente fez que eu já fiz um levantamento prévio, eu sei os cuidados que eu tenho que ter com esses pacientes, sei que se complicar qual o sinal que indica que esteja complicando, e a questão de alinhar a rotina mesmo, o paciente da gastro fez uma colostomia, que rotina tenho que seguir? Ele vai embora com essa bolsa, quais as pessoas que estão envolvidas? (E11 – CC).

O papel da enfermeira referência é planejar o cuidado integral naquele paciente daquela especialidade, então dos meus pacientes, (...) eu como enfermeira referência tenho que observar dentro daqueles meus pacientes mais complicados, e focar naquele em primeira instância para não deixar ter complicações maiores, focar a assistência integral para aqueles pacientes, e partir daí, planejar, fazer o plano de cuidados e passar isso pra enfermeira associada (...) se for tendo intercorrências no decorrer desse período eu vou, entro em contato com eles [médicos] também, se eu vejo que alguma conduta que ele deu que não foi efetiva, que não deu certo, que o paciente continua apresentando outras complicações, como enfermeira eu vou lá e ligo para o médico, e comunico, (...) eu vejo também que você tem uma interação maior com o médico também, de você chegar e discutir o caso, o enfermeiro, pelo menos o enfermeiro referência da manhã tem mais essa liberdade também, chegar e conversar... (E14 – CC).

Retomando os benefícios da modalidade da enfermeira referência, no excerto abaixo, observa-se que a técnica de enfermagem relaciona o sucesso do atendimento à participação da enfermeira referência na equipe da especialidade na qual o paciente está internado, pois isso melhora a assistência do paciente e o trabalho da técnica de enfermagem, visto que o vínculo da enfermeira refere-se à equipe médica que agiliza as condutas gerais e o cuidado de enfermagem.

A gente tava com um paciente no quarenta e dois, ele fez uma oorrquié [oorquiectomia] mais uma RTU [retirada de tumor] de bexiga e ele teve uma complicação, obstruiu o canal da uretra e não tava drenando, ele começou a inchar e foi uma noite assim, super complicada. Pegamos o plantão de manhã, tivemos que monitorar ele, eu falei nossa, esse paciente vai parar a qualquer momento, saturando super baixo, com os batimentos lá em cima, PA [pressão arterial] dele caindo, aí veio a enfermeira da uro [urologia], que a noite não tinha enfermeiro referência da uro. De manhã a enfermeira da uro foi lá, já ligou pro médico, já conversou, olha, o paciente ta assim, assim, aí teve que ir pra reop [re-operação], voltou pro centro cirúrgico novamente, fizeram um bricker nele, assim, foi super satisfatório o resultado, ele voltou pra clínica, dois dias depois ele tava de alta, então assim, quando você pega o enfermeiro referência as coisas eu acho que flui melhor, porque ele teve intercorrência a noite toda, (...) quando você pega a referência é bem melhor, porque ela ta ligada à equipe daquele paciente, daquela especialidade, acho que é muito bom. (TE12 - CC)

Contudo, no que tange à organização e articulação das práticas entre enfermeiras e técnicas de enfermagem, os relatos das entrevistadas do AE e da CC mostram que a divisão entre os dois agentes no planejamento e na realização dos cuidados de enfermagem, ainda revela uma prática assistencial fragmentada. As técnicas realizam os procedimentos e as enfermeiras o planejamento da assistência como também executam as atividades assistenciais de maior complexidade. Embora, no AE, como referido anteriormente, há momentos em que as técnicas de enfermagem e enfermeiras avaliam conjuntamente o cuidado do paciente e articulam as ações da equipe de enfermagem.

Embora se reconheça algum avanço na articulação entre o trabalho das enfermeiras e das técnicas de enfermagem visto que alguns momentos há a participação da técnica de enfermagem na avaliação das condutas e cuidado ao paciente, ainda assim prevalece nas entrevistas a separação das ações em duas dimensões distintas: concepção e execução. Ou seja, nas duas unidades estudadas predominam a divisão clássica do trabalho de enfermagem, com a conseqüente fragmentação do cuidado, ausência de colaboração entre as distintas categorias, a emergência de conflitos entre enfermeiras e técnicas de enfermagem e fragilidade do trabalho em equipe de enfermagem. Nessa configuração do trabalho de enfermagem, a qualidade do cuidado e as necessidades do paciente ficam comprometidas.

(...) o técnico ele faz mais a parte prática mesmo, a parte assistencial mesmo, assim, de banho, de higiene de medicação, de dieta, o enfermeiro também é assistencial, ele principalmente no controle da dor, sedação, avaliação de nível de consciência, lesões, curativos de lesões, quimioterapia, então o enfermeiro também é muito assistencial aqui, o

enfermeiro da unidade, e também faz a parte administrativa, ele tem que ver leito, ele que tem ver familiar, chama o psicólogo, às vezes ele atende o psicólogo, é medicação, exames laboratoriais, farmácia, tudo é do enfermeiro, então ele tem muita parte prática, mas também ele tem muita parte administrativa... (E3 -AE)

(...) geralmente nós, o técnico, faz todo o procedimento, só somos auxiliadas mesmo, o enfermeiro, por exemplo, se ta eu e a enfermeira fazendo o curativo, eu faço o curativo, o enfermeiro dá as orientações, de um tecido, um medicamento que vai naquele tecido, e vai orientando como fecha, mas todo o restante, o bruto mesmo, somos nós que fazemos num curativo (TE6 - AE)

(...) o técnico na verdade é assistencial na execução das tarefas, coordenadas e orientadas pelo enfermeiro, realização de técnicas básicas, medicação, banho, curativo, ele que retira a medicação na farmácia, confere as prescrições, organiza o carrinho de medicação com o que ele vai utilizar, tem a quantidade já predeterminada do que tem que ter dentro do carrinho, e ele revisa aquele carrinho pra poder passar pro plantão seguinte... (E10 – CC)

O enfermeiro tem toda a parte do SAE, da sistematização (...), desde o exame físico, a prescrição de enfermagem, a evolução de enfermagem, então é atribuição do enfermeiro mesmo, existe alguns procedimentos técnicos que somente o enfermeiro realiza (...) medicação e curativo de cateter central é o enfermeiro, orientação para a alta é o enfermeiro que dá as orientações de alta, tanto na manipulação de cateter, como vai usar as medicações em casa (...) o primeiro curativo do paciente que ta no primeiro PO, (...) quem faz é o enfermeiro, mas neste momento o técnico deste paciente ta junto porque amanhã quem vai fazer é este técnico (...) os técnicos de enfermagem prestam assistência de uma forma integral ao paciente, então ele assume o paciente como um todo, desde os cuidados de higiene, cuidados pré-operatório como tricotomia, isso o técnico faz, muitas vezes essa questão dos cuidados pré [operatórios] ta muito ligado junto com a comunicação com o enfermeiro, (...) a questão da administração de medicamento o técnico ta diretamente fazendo isso exceto em caso de cateter central e também da bomba de analgesia, da PCA só quem manipula é o enfermeiro o técnico não pode manipular, a questão das anotações e controle dos débitos o técnico de enfermagem atua diretamente nisso também... (E11 – CC).

O trabalho coletivo no hospital se organiza com base numa acentuada divisão social e técnica, e tem como princípio dominante a oposição entre trabalho intelectual e trabalho manual conforme discutido anteriormente. Diante disso, Lima (1998) que se dedicou à pesquisa sobre o trabalho da enfermagem na produção de cuidados de saúde no modelo clínico em sua tese de doutorado, identificou que o trabalho do médico pode ser considerado o momento nuclear de concepção, de trabalho intelectual, no trabalho em saúde.

Considerada a análise de Lima (1998) e Lima e Almeida (1999) os resultados desta pesquisa assinalam que o trabalho de enfermagem passa por mudanças na última década com presença crescente, embora ainda minoritária, dos

aspectos sociais atrelados aos biológicos e psicológicos. Nos relatos das profissionais de enfermagem, contudo, observa-se que a enfermagem se mantém organizada de forma semelhante ao apontado pelas autoras acima referidas, pois cabe à enfermeira a posição central de decisão e planejamento das ações, e às técnicas de enfermagem a posição periférica de execução das ações sob o comando da profissional reconhecida como intelectualmente capacitada para decidir sobre o cuidado do paciente.

Os estudos sobre o trabalho da enfermagem que discutem a fragmentação das ações em momentos separados de concepção e execução já é tema consolidado e discutido no Brasil há pelo menos três décadas (GOMES ET al. 1997; MELO, 1986; PEDUZZI; ANSELM, 2002; PIRES, 2006a, 2006b). A renovação da enfermagem na utilização dos modelos de organização do trabalho alternativos ao modelo funcional, como o trabalho em equipe, o cuidado integral e o *primary nursing* tem contribuído para atenuar a divisão estanque entre as categorias profissionais, embora demonstre que ainda não a superou.

Contudo, na análise das entrevistas é possível captar que há tentativa de articular as ações e os agentes no trabalho da enfermagem, embora essa tentativa esbarre na reiteração da divisão de trabalho intelectual e manual entre enfermeiras e técnicas de enfermagem.

Ainda a respeito da articulação das práticas entre enfermeiras e técnicas de enfermagem, a técnica de enfermagem é referida nos relatos como a profissional de saúde que identifica as necessidades do paciente. Destaca-se, portanto, que as técnicas de enfermagem em muitas circunstâncias são os elos que unem as enfermeiras aos pacientes, bem como a enfermeira é o elo que une as técnicas de enfermagem ao trabalho dos demais profissionais como o médico, por exemplo.

Desse aspecto deve-se reconhecer a importância da articulação das enfermeiras e técnicas de enfermagem no trabalho em equipe de enfermagem bem como das conexões da equipe de enfermagem com a equipe interprofissional que conformam uma teia de mediações feitas em diferentes momentos por diferentes agentes com foco nas necessidades dos pacientes.

(...) nós [técnicos de enfermagem] temos o controle dos pacientes, eu considero mais do que o enfermeiro, o enfermeiro tem o controle do que

nós passamos pra eles, nós temos o controle de sinais vitais, de procedimentos que vão ser realizados no paciente aqui, encaminhamento pra outros ambulatorios, os médicos conversam muito com a gente, que a gente fica lá na frente, tem muito esse contato direto, e se tem algum problema a gente passa pra elas, tem controle de consulta, de frequência, até casos mesmo social mesmo, familiar, a gente que tem controle (...) nós sabemos se o paciente tem condições, por exemplo, pelo estado que o paciente vem, a gente percebe, sabe dos problemas, tenta saber porque o paciente ta maltratado, porque ele ta desnutrido, por exemplo, se tem alguém que pode ajudar isso, em relação a isso, curativo, aspecto do curativo, tem paciente aqui que a gente acompanha assim, quinzenal, semanal, a gente vê o aspecto, vê se ele consegue fazer ou que alguém faz pra ele, então nesses casos assim, já aconteceu de a gente ver que o paciente não tinha como ficar sozinho, a família não cuidava tinha que mandar pro hospice, a gente intervém bastante nesses casos” (TE6 - AE).

Lá em cima nas unidades de internação, é quando eu vou avaliar um paciente, eu sempre pergunto, sempre peço a avaliação do técnico, porque o técnico ta ali, o tempo todo com o paciente, então eu vou lá avaliar uma ferida, uma punção, uma medicação, estado confusional, agitação, eu sempre consulto o técnico que ta ali, pra saber como que ele tava, se ele melhorou, se ela acha que ele melhorou piorou, porque ela ta ali o tempo todo e é passado de plantão a plantão, como que foi a noite do paciente, a dor melhorou? A dor não melhorou? Porque assim, às vezes o paciente ta rebaixado, ele ta em fase final e ele ta sem acompanhante, então a gente conta muito com o relato da enfermagem, e das, dos enfermeiros também, a gente sempre pergunta,...(E3 - AE).

(...) pro enfermeiro, o técnico acaba estando na linha de frente, ele que, a primeira informação às vezes vem dele, porque ele que já está em contato direto com o paciente, por ter vários técnicos, então as informações pros técnicos chega mais rápido, e depois pros enfermeiros, porque eles são em menor número que a gente. Então assim, pra ele, a gente é o elo de ligação entre o paciente e ele, através da gente que ele vai saber se o paciente comeu, se o paciente tomou o medicamento, se o paciente ta com os sinais vitais estáveis se não ta, se aconteceu alguma coisa no período anterior ou não, se o paciente ta em condições, (...) a gente acaba para eles sendo um elo, e pros técnicos eles [enfermeiros] acabam sendo um elo de ligação com a parte, com a equipe médica, qualquer coisa, qualquer intercorrência, a gente ta se reportando a eles pra que eles possam ta comunicando o médico, pra ta informando o que ta acontecendo pra gente ta tomando alguma decisão...(TE18 - CC).

Nesse sentido destaca-se que a autonomia no trabalho das técnicas de enfermagem se refere à identificação das necessidades de cuidado do paciente e das ações que precisam ser priorizadas, relacionadas às alterações de sinais vitais e estado do paciente. Elas identificam e acionam a enfermeira ou os outros profissionais da equipe interprofissional, como o médico, por exemplo, de acordo com a sua interpretação. E quando comunicam a enfermeira ou o médico, esperam deles uma avaliação do paciente para que indiquem a conduta pertinente.

(...) se a gente percebe que ele [paciente] ta apresentando algum rebaixamento, se é um paciente já conhecido a gente já tem mais ou

menos uma base de como ele é, então você pergunta como que ele tá. Pergunta pra família como que ele anda durante esses dias pra eu ter uma avaliação já meio prévia e passar isso pro médico, priorizando a consulta porque a gente avalia assim, entre aspas, são todos oncológicos, paliativos, porém existe aquele de maior gravidade e aquele um pouquinho menor, então esse paciente que você vê que tá com uma saturação mais baixa, ou fazendo uma hipotensão, ou qualquer outro sinal que você percebe que não tá correspondendo da forma correta você já pede pro médico então priorizar a consulta dele pra você poder atender e ver o que pode ser feito por isso (...) então tudo o que você percebe de alteração no paciente, é passado pra enfermeira ou pro médico, e ela então, junto contigo ela faz uma avaliação, ao teu lado, e vê se realmente há ou não necessidade dessa priorização, há ou não necessidade de qualquer outra intervenção, conforme o curativo ou qualquer outra condição do paciente... (TE2 - AE).

(...) o técnico eu percebo que ele faz, eu participo às vezes junto com ele, mas eu vejo que ele faz mais medicação, anotação, curativos, questiona para a enfermeira como deve ser feito, mas ele acaba fazendo, tricotomia do paciente, isso eu vejo que é mais do técnico, (...) eles trazem também muitas informações, ah, o paciente tá vomitando, ele que identifica que o paciente tá vomitando, tá com dor, então ele traz muitas informações pra você, ele tá ali presente vendo cada, prestando mais a assistência, estando ali toda hora, fazendo medicação toda hora, mas ele traz respostas pra você e você acaba intervindo também... (E14 - CC)

De acordo com Peduzzi (1998), embora a autonomia técnica seja paradigmática no trabalho do profissional médico, também está presente no trabalho dos demais profissionais da saúde. Essa autonomia técnica também pode ser observada no trabalho das técnicas de enfermagem no cuidado ao paciente, visto que no trabalho que realizam estão presentes situações de incertezas e descontinuidade que necessitam de algum grau de decisão sempre pautado num saber técnico específico para aquela situação particular. Ou seja, “na intervenção em saúde nada é totalmente definitivo antes da execução, tendo sempre o agente direto uma possibilidade de exercitar algum grau de decisão sobre o projeto geral da intervenção” (SCHRAIBER; PEDUZZI, 1993, p. 305).

No entanto, a autonomia técnica apresenta características distintas relacionadas ao estatuto de cientificidade do respectivo saber técnico e da sua legitimidade social bem como do trabalho especializado correspondente (PEDUZZI, 1998). No campo da saúde, o trabalho dos diferentes profissionais é interdependente e a autonomia técnica sempre será relativa, ou seja, “quanto maior a legitimidade social e, não apenas a autoridade técnica, do saber, maior o âmbito de autonomia profissional, o que pode significar, também, autonomia frente ao usuário, mas dependência e subordinação frente a outro profissional, mais soberano” (PEDUZZI,

1998, p. 129). No caso das técnicas de enfermagem há explícito nos relatos o caráter relativo de sua autonomia profissional em relação às enfermeiras e também ao médico, pois a execução de algumas ações depende da avaliação desses profissionais, em conjunto ou não com as técnicas de enfermagem, e da tomada de decisão frente à avaliação.

Observa-se então que a técnica de enfermagem também tem algum grau de autonomia na execução do seu trabalho, mas cabe questionar e investigar o quanto as enfermeiras reconhecem esse aspecto e como lidam com ele visto que ele diz respeito ao trabalho em equipe.

5.3 Concepções sobre a prática da integralidade à saúde

Conforme o conceito de integralidade adotado neste estudo, proposto por Mattos (2004, 2006), busca-se uma ampla abrangência e enfrentamento do reducionismo à dimensão biológica do fenômeno saúde e doença, ou seja, o conceito de integralidade não deve ser compreendido apenas por uma das suas dimensões, quer seja a prática dos profissionais, a organização do trabalho ou a formulação de políticas, desconsiderando as demais.

Em consonância ao exposto, entende-se que a integralidade possui um caráter polissêmico no âmbito das políticas públicas no Brasil e que a integralidade pode ser considerada nos planos individuais e sistêmicos. De acordo com Pinheiro (2001):

(...) uma ação social resultante da permanente interação dos atores na relação demanda e oferta, em planos distintos de atenção à saúde (plano individual – onde se constroem a integralidade no ato da atenção individual e o plano sistêmico – onde se garante a integralidade das ações na rede de serviços), nos quais os aspectos subjetivos e objetivos sejam considerados (PINHEIRO, 2001, p. 65).

A análise do material empírico mostra que neste estudo, as concepções dos profissionais de enfermagem sobre a prática da integralidade à saúde contempla três dimensões, ou três categorias empíricas: “Articulação entre os profissionais da equipe”, “Articulação dos setores do hospital” e “Articulação do hospital na rede de atenção à saúde”.

5.3.1 Articulação entre os profissionais da equipe

Na categoria relacionada à articulação entre os profissionais para o atendimento do paciente, o acolhimento da família no cuidado da equipe aparece como perspectiva da integralidade, é implementada, sobretudo, por meio de uma das ações realizadas pela equipe do AE, a reunião familiar. Essa tem por finalidade explicar para a família o estado de saúde do paciente, o tratamento proposto e avaliar se é possível realizar o cuidado do paciente em casa, e se não, oferece o serviço de hospice do hospital. Essa abordagem destaca o envolvimento da família na recuperação à saúde do paciente.

(...) eles [família] trazem muito a dinâmica familiar porque quando a gente fala ó, o paciente tá de alta, a gente tem que saber como o familiar se organiza, se organiza pra atender esse paciente lá, então, é, a gente acompanha tudo isso, que é tudo isso conversado nessa reunião familiar, por isso que a gente pede pra na reunião não vir só um responsável, mas sim os responsáveis legais e principalmente o cuidador, que a gente já vai ter que tentar planejar com ele, organizar, como é que vai ser esse cuidado em casa, se na própria reunião a gente identifica que não há estrutura familiar e mesmo de infraestrutura em casa a gente oferece o hospice se o paciente se enquadra no perfil, daí a gente esclarece o que é o hospice, a proposta de tratamento, o funcionamento, e a gente aguarda a decisão, tudo isso é feito nessa reunião familiar, com a equipe, (...) tem o médico, o enfermeiro, o psicólogo, o assistente social e a gente faz uma ata, no final todo mundo assina, e essa ata vai pro prontuário (E3 - AE)

(...) normalmente sempre faz reunião familiar, a não ser que seja uma família muito estruturada, que tem tudo em casa pra levar, que tem alguém pra cuidar, que tá tudo certinho, sabe? É muito difícil, porque a doença mesmo faz um contexto difícil, dificulta o contexto familiar, então sempre, sempre tem uma estrutura prejudicada, então esse contato, na maior parte das vezes ele é sempre feito, porque mesmo que a família prefira que vá pra casa, os nossos pacientes geralmente tem curativo, se não tem curativo, eles se alimentam por sonda, ou tem uma sonda de demora, ou tem tudo junto, então ele vai precisar de uma orientação, então quando a gente faz a proposta de (...) ir pro hospice ou ir pra casa, o paciente que tá sendo cuidado pelo paliativo, ele tem a possibilidade de ir pra lá se ele quiser, se ele precisar, então essa conversa é sempre feita, essas duas alternativas, até porque muitas vezes naquele momento da alta, o hospice não é uma alternativa, mas num futuro próximo pode ser, porque infelizmente a tendência daquele paciente é piorar, então as vezes nesse momento a família consegue levar pra casa, mas daqui a dois três meses não, e nós estamos tentando fazer essa colocação antes, pra que quando chegar a hora não seja um susto pra família...(E8 - AE)

Nesse mesmo sentido de acolhimento da família, a enfermeira relata que as profissionais de enfermagem, por estarem constantemente na unidade de internação, dão o suporte emocional ao familiar, pois nem sempre o psicólogo, profissional que

poderia atuar com maior especificidade nesse cuidado com a família está disponível na unidade.

Lá na internação, além de acompanhar os pacientes, a gente acolhe os familiares, principalmente os que tão, às vezes você aborda um familiar e ele começa a conversar com você e ali ele conta tudo, ele desaba, ele chora, ele ri, e você tem que dar essa estrutura, esse suporte, porque nesse momento você tem o papel de tentar acolher, porque não é sempre que o psicólogo vai tá ali do lado e foi naquele momento que ele se abriu, que ele conversou, que ele chorou, então é, são umas situações muito ricas mas você tem que ter estrutura pra lidar e maturidade também pra dar um retorno (E3 - AE)

Outro aspecto relacionado à integralidade à saúde que contempla as dimensões de articulação dos diferentes profissionais bem como articulação entre os diferentes setores do hospital são as ações que a enfermeira realiza de gerenciamento do cuidado interprofissional. Nos relatos tanto do AE como da CC, a enfermeira aparece como figura central na articulação e troca de informações entre os profissionais da equipe interprofissional (médico, nutricionista, fisioterapeuta, assistente social) e também como elo entre as técnicas de enfermagem e esses profissionais. Ela aciona os profissionais responsáveis pelo cuidado e realiza a intermediação entre eles (entre médicos, nutricionista, assistente social) e entre esses e a equipe de enfermagem.

As ações da enfermeira de articulação dos diversos trabalhos e de organização das intervenções da equipe interprofissional carregam fortes traços de uma prática com vistas à atenção integral à saúde. “A coordenação e a articulação das atividades dos diversos agentes são atividades imprescindíveis para garantir o desenvolvimento do trabalho coletivo dos agentes em direção ao produto pretendido” (LIMA, 1998, p. 187). Os resultados deste estudo e da pesquisa anterior de Lima (1998) mostram que a enfermeira é a profissional de saúde que tem se ocupado desse papel de unir os trabalhos dos diferentes profissionais da equipe interprofissional no hospital.

Assim, a enfermeira desempenha o papel de articulação das parcelas de cuidado da equipe da saúde, assim como desenvolve atividades de supervisão e controle, tanto no que se refere ao pessoal de enfermagem como aos procedimentos voltados para o diagnóstico e a terapêutica. Também interliga o trabalho do médico com o trabalho da equipe de enfermagem, bem como articula o trabalho da

enfermagem com os demais profissionais que compõem o processo de trabalho hospitalar (LIMA, 1998; LIMA et al., 2000; LIMA; ALMEIDA, 1999).

Nesse sentido, a enfermeira, que em sua filiação institucional ao hospital passa a desenvolver atividades de cuidado ao paciente e também à instituição com manutenção e controle da ordem social do serviço, assume o gerenciamento do cuidado dos diferentes profissionais, esses por sua vez não têm historicamente a mesma filiação institucional que a enfermeira e atuam de forma mais independente à instituição hospitalar (LOPES, 2001). O cuidado da enfermeira em relação à instituição pode ser, em certa medida, traduzido como oferecer subsídios para a realização de ações de cuidado e procedimentos pelos demais profissionais, sobretudo ao médico, e mais contemporaneamente ao trabalho de outros agentes da equipe interprofissional. Assim, cabe à enfermeira fazer o gerenciamento do cuidado de enfermagem e do cuidado de saúde interprofissional.

Segundo Cecílio e Mehry (2003):

a enfermagem não faz, “apenas”, a coordenação do pessoal de enfermagem. Ela vai mais longe, joga um papel muito mais “estratégico” para a vida hospitalar e muito mais complexo e difícil do ponto de vista da sua operacionalização: a gestão do cotidiano das unidades assistenciais (CECÍLIO; MEHRY, 2003, p. 114).

A enfermagem pode ser considerada, com base na abordagem da complexidade e dos sistemas gerenciais, o motor que mobiliza, articula e movimenta a rede de interações complexas que compõe o sistema de cuidados, assim, é o enfermeiro que assume a gerência do cuidado e se constitui como elo de comunicação uma vez que se envolve com atividades de administração, orientação, controle, conservação e articulação das atividades dos demais profissionais (ERDMANN; BACKES; MINUZZI, 2008).

Dessa forma, Silva (2010) destaca que a dimensão gerencial no processo de trabalho da enfermeira pode se desdobrar em pelo menos duas direções distintas, de um lado a reiteração do modelo gerencial taylorista/fordista que contribui para a cisão entre gerência e assistência de enfermagem bem como para o distanciamento entre enfermeiros e trabalhadores de enfermagem de nível médio. Na outra direção, o

gerenciamento do cuidado interprofissional pode ampliar o trabalho da enfermeira no sentido da articulação das ações da enfermagem e dos demais profissionais.

Se por um lado as técnicas de enfermagem são os elos que unem a enfermeira com os pacientes, pois essas desenvolvem, sobretudo, suas atividades muito próximas ao paciente e ao seu leito, por outro lado, a enfermeira é a “representante” da enfermagem junto à equipe interprofissional e é ela quem vai articular o trabalho da enfermagem com o de toda a equipe, compartilhando com as técnicas de enfermagem, as orientações dos demais profissionais.

Contudo, como analisado anteriormente, a mediação da enfermeira entre técnicas de enfermagem e equipe interprofissional, usualmente ocorre no sentido da transmissão unilateral de orientações. Ou seja, a mediação é feita, em grande parte, de forma instrumental e não por meio do diálogo e troca, que representam a alternativa comunicativa.

Hoje tinha um paciente que fez uma gastro [gastrostomia] há dois dias, e a gastro tava indo super bem, essa noite administraram dieta, hoje de manhã tinha oitenta ml de refluxo, aí nós acionamos o médico, ele pediu pra fazer um antiemético e continuar a dieta, fez a dieta e depois, sessenta ml de refluxo, então a gente sempre tá em contato, então as meninas [técnicas de enfermagem] me avisam isso, a gente vai avaliando, passa pro médico, vê lá com o técnico, ó faz um antiemético, tem uma prescrição, chama o enfermeiro, vamos de novo, vamos avaliar, a gente sempre trabalha em equipe, muito difícil tomar uma conduta sozinha (E3 - AE).

(...) paciente da gastro que colocou uma colostomia, envolve quem? O médico, que vai dar as medicações que ele vai tomar, por quanto tempo que ele vai ficar com aquela bolsinha, então você precisa saber, aí você aborda, solicita a avaliação da psicologia, que é pra ver como que tá o psicológico do paciente enquanto aquele procedimento, aí você chama a assistente social pra falar pro paciente onde fica, aonde ele vai achar o pólo de referência pra pegar as bolsinhas de colostomia, a estomaterapeuta, você também aciona o grupo da estomaterapia pra vim validar o paciente a tomar os cuidados ali com o estoma, e todos esses profissionais trazem um respaldo pra você, a enfermagem vai também ali no dia a dia auxiliando ele a desprezar, como que ele vai fazer tomar o cuidado ali com aquela ostomia, então tem aí uma rede que tá tentando dar a melhor qualidade de vida pro paciente, que teve uma mudança na vida dele com todo o suporte, assistencial, psicológico, nutricional também a gente aciona a nutricionista, (...) no dia a dia você acaba tendo comunicação com a psicóloga, com a nutrição você chega e questiona se você tem algum problema como esse paciente que tem uma ostomia você chama todos os profissionais que participam daquilo, que de alguma forma vão ajudar o paciente... (E14 – CC).

A articulação das ações e a coordenação do trabalho desenvolvido pelos profissionais de enfermagem e pelo conjunto dos profissionais de saúde, no cotidiano hospitalar, podem ser executadas de diferentes formas, uma delas é a que segue a lógica das profissões, na qual cada profissão interage com outros profissionais que estão no mesmo nível de atuação:

O pessoal de enfermagem conversa entre si para estabelecer as escalas de trabalho, as rotinas, as trocas de plantão, como cobrir as faltas de colegas etc. Seria uma conversa entre enfermeiros, para organizar o mundo do trabalho da enfermagem. A referência para esse grupo profissional é a chefia ou diretora de enfermagem do hospital. Os médicos conversam entre si para cobrir escalas, para solicitar pareceres técnicos de outros colegas, em particular para buscar apoio nas horas em que os problemas dos pacientes são mais desafiadores e exigem outra opinião. A mesma forma de coordenação pode ser identificada entre assistentes sociais, psicólogos, dentistas, fisioterapeutas e outros profissionais de nível universitário que atuam diretamente na assistência aos pacientes (CECÍLIO; MEHRY, 2003, p. 203).

O outro modo de se fazer coordenação é a que segue a lógica das unidades de produção, unidades chamadas de áreas-meio, como por exemplo, laboratório e radiologia, envolvem necessariamente múltiplos trabalhadores ou uma equipe de trabalho. A finalidade do trabalho dessas unidades é a produção de insumos utilizados no cuidado ao paciente. Há uma coordenação dos distintos processos de trabalho dos profissionais que difere daquela por profissões (CECÍLIO; MEHRY, 2003).

No caso das unidades assistenciais, há outra lógica que os autores chamam de coordenação baseada no cuidado, a qual se faz por meio de dois mecanismos principais. O primeiro refere-se àquele em que as práticas dos diferentes profissionais confluem por meio de conversa para que o cuidado seja realizado, mas que ainda tem como centro das ações o ato médico. O médico detém o monopólio do diagnóstico e da terapêutica e, sem desconsiderar o grau de autonomia dos profissionais não-médicos (principalmente a enfermagem). As práticas das demais profissões em geral, são comandadas e conduzidas pelas decisões e práticas do médico. O outro mecanismo, de acordo com os autores é por aproximação o que se considera nesta pesquisa por gerenciamento do cuidado interprofissional realizado pela enfermagem. A enfermagem garante os insumos necessários ao cuidado, articula e encaminha os pacientes para os procedimentos necessários à realização de exames complementares, dialoga com a família, conduz o paciente entre as áreas do hospital,

“é responsável por uma gama muito grande de atividades que resultam, afinal, no cuidado” (CECÍLIO; MEHRY, 2003, p. 204).

O desafio nos serviços hospitalares é justamente este, o de estabelecer uma lógica de coordenação, que tenha como essência a integralidade do cuidado sem desconsiderar que o hospital é palco de várias disputas profissionais, assimetrias de poder e diferentes lógicas de coordenação. Nesse sentido, para alcançar a integralidade torna-se imperativo horizontalizar as relações profissionais e valer-se da lógica comunicativa, quando pertinente, sem negar que o hospital é espaço de forças instituídas, com o intuito de articular as práticas dos diferentes profissionais, com tomada de decisões mais democráticas e que tenham canais de comunicação mais definidos (CECÍLIO; MEHRY, 2003).

5.3.2 Articulação dos setores do hospital e articulação do hospital na rede de atenção à saúde

Ainda no que tange às ações dos profissionais da enfermagem para a integralidade à saúde destaca-se nos relatos a articulação e complementaridade do cuidado entre as equipes e setores do hospital, para o atendimento contínuo do paciente. Dentro do hospital, é possível identificar a comunicação/ articulação das diferentes áreas de atuação (ambulatório, unidade de internação, pronto atendimento), havendo esforços para criação de fluxos contínuos para o atendimento do paciente. Essas ações de articulação não são exclusivas à enfermagem.

(...) então assim, você tem uma integração muito grande, por exemplo, com internação e com ambulatório, se um paciente nosso entra pelo pronto socorro e, por exemplo, ele ta com uma dor descontrolada, o médico não ta conseguindo compensar, ele aciona o Grupo da Dor e pede uma interconsulta, então você tem um aparato muito grande pra esse paciente, então, ele por todos os lados ele vai ser ali amparado, tanto em dor como, se é um paciente já que não tem terapia que vai ser dos cuidados paliativos, então os médicos já observam, ah é do paliativo? Já acionam a equipe, então ele tem todo esse cuidado, a gente tem um cuidado também de, por exemplo, ah espera aí, esse paciente ta internado em outro hospital, porque que ele foi pra outro hospital? Se ele tem aqui como a referência dele, já é um paciente do hospital, então a gente tem isso também, tenta ver o que aconteceu, porque que essa família recorreu a outro hospital, então tem tudo isso também dessa assistência, e procura sempre manter o atendimento aqui, tem o hospice, que o paciente também não deixa de ser uma continuidade de atendimento... (E9 - AE).

(...) quando eu recebo um paciente da UTI, eu percebo que eles se esforçam pra passar o melhor que eles fizeram pro paciente, e se precisar me passam algumas atividades pra poder fazer, a mesma coisa o ambulatório, as vezes a gente recebe o paciente direto do ambulatório pra poder operar, eu percebo que eles fazem o máximo que eles podem, que ta dentro do alcance deles, e pedem pra gente dar continuidade, de uma maneira geral o [nome do hospital] ta bem entrosado no que se refere a equipe (E19 - CC).

Nesse sentido, por considerar que o hospital é apenas uma das estações que compõe o sistema de saúde, a passagem do paciente por esse serviço deve seguir a lógica que prevê um atendimento contínuo das equipes e dos profissionais que se encontram dentro e também fora do ambiente hospitalar. Dentro do hospital deve ser em “uma linha contínua e articulada de cuidados que se realiza em unidades de cuidados diferentes”, assim como essa articulação deve ser pensada com os diferentes serviços do sistema (CECÍLIO; MEHRY, 2003, p. 208).

Nos relatos da equipe de enfermagem do AE e da CC aparecem ações voltadas para a articulação entre os serviços do SUS no atendimento do paciente. No hospital o profissional responsável pelo contato com a atenção básica é o assistente social. Contudo, cabe à enfermeira descrever para a assistente social como o cuidado estava sendo realizado no hospital. Quando os profissionais não identificam a possibilidade de continuidade do cuidado na unidade de saúde próxima à residência do paciente o paciente não recebe alta. No entanto, as entrevistadas relatam que há dificuldade em estabelecer um fluxo com a atenção básica para a continuação da recuperação do paciente no domicílio.

Como apontado anteriormente, vários são os possíveis sentidos de integralidade (MATTOS, 2004, 2006). Um deles é pensado a partir da implementação dos serviços em redes de atuação à saúde. Trata-se da possibilidade de oferecer uma seqüência lógica de atenção e serviços que quando articulados se direcionam para a produção de cuidado integral (SILVA; MAGALHÃES JÚNIOR, 2008).

A articulação dos serviços de saúde em rede tem sido proposta desde o nascimento do SUS. Desde então foi previsto como sistema único por se tratar da unificação de todas as ações e serviços públicos de saúde num único sistema. O modelo de rede prevê ao mesmo tempo a interconexão entre os serviços envolvidos

(único) ao mesmo tempo em que se sustenta cada serviço como uma unidade (descentralizado). Outro elemento é atrelado ao sistema de saúde: a integralidade da assistência à saúde, ou seja, na prática, funcionar o sistema único em redes, significa a possibilidade de integralidade (SANTOS, ANDRADE, 2008).

O funcionamento em redes de atenção à saúde torna-se crescentemente necessário pelo aumento da incidência e prevalência de doenças crônicas, avanços na valorização da integralidade e criação de vínculos, além do aumento dos custos na atenção à saúde com vistas a garantir maior eficiência dos serviços com menores custos e diminuir os desperdícios e duplicidade de ações (SILVA, MAGALHÃES JUNIOR, 2008).

Expressa nos relatos, a articulação do hospital com os outros serviços do sistema de saúde demonstra certa tendência à integralidade. Apesar dos profissionais de enfermagem não realizarem essa articulação de forma direta, não estão alheios à trajetória do paciente pelo sistema.

É importante ressaltar que esses caminhos são incertos, e que nem sempre é possível garantir uma linha contínua de atenção ao paciente, obrigando os profissionais a pensarem em alternativas para atingir essa dimensão da integralidade.

(...) na verdade esse serviço de encaminhamento é a assistente social quem faz, por isso que eu falei, como aqui é muito dividido, então assim, fica bem delimitado o papel de cada profissional, então, por exemplo, se eu preciso encaminhar um paciente pra unidade básica de saúde pra ele receber algum tipo de material, por exemplo, pra curativo, o que acontece? A assistente social que vai conversar com ele, eu faço só um relatório do tipo de ferida que ele tem, ela vai ver a unidade básica de saúde mais próxima da casa dele, manda pra lá esse relatório, e eles vão avaliar e vão dar a conduta do que eles acham que podem fornecer, então é um contado na verdade indireto, entendeu? Eu não posso, por exemplo, ligar pra ela e colocar olha, o paciente tem tal ferida, estamos utilizando tal, tal e tal produto, parece que já houve um problema quanto a isso, colocar o tipo de produto que a unidade básica de saúde não tinha e a pessoa queria esse produto então a gente só manda o tipo de ferida que tem e aí eles fornecem aquilo que eles acham necessário, então é um contato mais indireto, quem tem contato direto é a assistente social, a gente não tem esse vínculo muito direto... (E9 - AE)

Eu acho que atenção integral à saúde é na verdade um pouco o que eu vejo todo dia aqui, porque aqui eu to num centro de excelência que tenho os melhores equipamentos, os melhores profissionais que é muito bom, mas que meus pacientes já chegam aqui com um câncer super avançado, porque eles não conseguiram marcar uma consulta lá no PSF, porque não conseguiu passar na AMA, porque demorou quatro meses pra fazer a

biópsia, que daí até chegar aqui, um paciente que há dois anos atrás, (...) ou seis meses, ele tinha cura, agora ele não tem! Então nós temos uma super alocação de recursos, que é adequado porque precisa, porque eu tenho várias pessoas que o câncer tem cura, mas que não chegam a tempo de serem curados, já chegam num estágio muito avançado, daí eu vejo muito, porque nos paliativos a gente quer mandar o paciente pra casa, e às vezes a rede de suporte, não oferece suporte nem pra fazer um curativo uma vez ao dia, pra aplicar uma medicação uma vez ao dia, então eu acho que a gente ainda tá muito falho, acho que precisava mesmo ter um centro de referência em oncologia, um centro de excelência, mas eu acho que nosso paciente tem que aproveitar isso, ele tem que chegar aqui pra poder ter acesso a uma bitera que é caro ao iceptin, não pra chegar aqui e ver os paliativos, que é importante, mas assim, ele tem tantas etapas aí que não tão sendo adequadas, diagnóstico errado, descaso (...) eu preciso que as pessoas tenham acesso aqui, e preciso que a rede melhore pra receber os pacientes de volta, porque também eu não tenho justificativa de manter um paciente aqui internado só pra receber antibiótico ou só pra fazer um curativo, a rede tem que pegar esse paciente de volta, pra fazer acompanhamento, então eu acho que a atenção integral em saúde tá muito falha no país, é muito difícil...(E1 – AE)

Chama a atenção, a escassa referência à integralidade à saúde nos relatos dos profissionais da enfermagem, tanto no AE como na CC, relacionadas à articulação das ações de promoção e prevenção à saúde, encontrada apenas em uma das entrevistas. Embora no relato apareça a visão da enfermeira em realizar ações de recuperação à saúde, essa enfatiza a preocupação que o profissional deve ter de olhar para além das necessidades que fez com que o paciente procure ao serviço. A ausência de referência a articulação das ações de promoção, prevenção e recuperação pode estar relacionada à prática em hospital especializado em oncologia, na qual as ações dos profissionais tendem a ser, majoritariamente, de recuperação à saúde. Nesse sentido, a ausência de articulação entre prevenção e recuperação de saúde nos relatos dos profissionais da enfermagem, representa tanto a fragmentação das ações dos profissionais e das equipes do hospital, como a fragmentação na rede de atenção à saúde.

(...) o paciente veio aqui ele vai passar na fonoaudiologia, mas ele tem um câncer de cabeça e pescoço tá com um curativo horrível e tem dificuldade pra fazer em casa, esse paciente não interessa que é da fonoaudiologia ele tá passando no nosso ambulatório, nós como enfermeiras vamos cuidar dele, então a gente abre uma consulta de enfermagem a gente pega avalia o curativo, essa visão pró-ativa, não interessa que é da Dor, do Paliativo. Já teve paciente da Psiquiatria que tava aqui séptico e que foi pro hospital, foi pro AR[pronto-atendimento] então assim, Dor e Paliativo é muito clara as outras especialidades as pessoas ainda confundem. Ah, mas não vai passar comigo! Eu falo assim, mas o paciente ele tá aqui, ele precisa de uma orientação independente disso, então esse paciente o que a gente fez? Foi, fez o curativo, fechou e encaminhou pra estomaterapeuta pra ela vir no dia seguinte dar continuidade a conduta e ainda pegou com o

serviço social aquele formulário pra mandar pro posto, tentar dispensar medicamentos e materiais...(E1 – AE).

Ribeiro, Pires e Blank (2007) defendem que se faz necessário a construção de um novo modelo de atenção à saúde que agregue os valores propostos pelo SUS, privilegie ações que facilitem a integralidade da assistência e que desloque a atenção individual, focada na doença, para um cuidado em equipe que considere o contexto social do processo saúde-doença que envolve os indivíduos.

Nessa perspectiva, e por considerar que o cuidado em oncologia não deve ser visto apenas como assistência aos danos e reabilitação, pois estão atrelados também à componentes genéticos, sociais, culturais, entre outros, entende-se, que a prática da equipe de enfermagem e da equipe interprofissional de saúde deve também conter planos de ações de promoção à saúde e de prevenção dos fatores de risco tanto do paciente como dos familiares.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Investigar as concepções dos profissionais de enfermagem, sobre o trabalho em equipe, permitiu compreender o modo de organização do trabalho da enfermagem e sua articulação com os outros profissionais da equipe interprofissional de saúde, além de compreender as concepções das práticas de enfermagem direcionadas para o cuidado integral de enfermagem e para a integralidade à saúde.

No que se refere às concepções sobre trabalho em equipe, destacam-se nas entrevistas as conexões e interfaces entre a enfermagem e os demais profissionais da área da saúde, o que mostra que o trabalho em equipe de enfermagem é usualmente também ação interprofissional. Ou seja, o trabalho em equipe de enfermagem não é entendido pelos agentes da enfermagem como prática isolada do trabalho interprofissional. Nesse sentido, falar de trabalho em equipe de enfermagem é quase sempre falar de trabalho interprofissional.

Os resultados da pesquisa também evidenciam que no tocante à dimensão interativa do trabalho em equipe, as profissionais de enfermagem valorizam a comunicação, a confiança, a criação de vínculo entre os profissionais, o respeito mútuo e o reconhecimento do trabalho do outro e a colaboração como características essenciais para se alcançar o trabalho em equipe, bem como destacam que o conflito é uma das características que obstaculiza a organização do trabalho em equipe.

Quanto à comunicação, os resultados mostram que cabe aos profissionais de enfermagem, em especial, a enfermeira, reconhecer os momentos em que é pertinente a ação comunicativa, no sentido de estabelecer o diálogo entre as técnicas de enfermagem, as enfermeiras e com os profissionais da equipe interprofissional para a construção de acordos em relação ao cuidado do paciente. A prática comunicativa e a ação instrumental, baseada em regras técnicas já consagradas com objetivo de obter um dado fim, que na maioria das situações é a realização de procedimentos, podem conviver de modo complementar com foco nas necessidades de saúde do paciente. Todavia, os resultados também mostram que ambas as lógicas,

instrumental e comunicativa, usualmente são mutuamente excludentes ou convivem de forma tensa.

As entrevistadas destacam que a colaboração entre os profissionais é uma importante característica do trabalho em equipe. A disponibilidade em colaborar é um dos principais aspectos levantados, sobretudo, pelas técnicas de enfermagem. No AE a colaboração ocorre tanto entre os pares, como entre as diferentes categorias da enfermagem. Já na CC a colaboração é predominante entre as técnicas de enfermagem ao mesmo tempo em que há ausência de colaboração por parte das enfermeiras. Cabe destacar que confrontados os relatos entre equipe de enfermagem do AE e da CC evidencia-se que há mais colaboração entre enfermeiras e técnicas de enfermagem no AE. Os resultados da pesquisa destacam que há articulação das ações de enfermagem na equipe do AE e entre as técnicas de enfermagem da CC, mas não se evidencia articulação entre enfermeiras e técnicas de enfermagem na clínica cirúrgica.

Os resultados mostram a ausência da técnica de enfermagem da clínica cirúrgica no planejamento dos cuidados de enfermagem que se mantém atribuição exclusiva das enfermeiras, sem a necessária comunicação e compartilhamento com as técnicas de enfermagem. As enfermeiras ocupam-se da definição do plano de cuidados, mas não o discute com as técnicas de enfermagem, que executam a maior parte das ações, o que resulta em desarticulação do cuidado de enfermagem.

No que se refere ao objeto de estudo, trabalho em equipe de enfermagem, a dificuldade reside, sobretudo, na ausência de articulação do planejamento à execução do cuidado, pois as enfermeiras não buscam incluir as técnicas de enfermagem que em grande parte executam as ações, não reconhecem a participação delas no planejamento. O planejamento do cuidado de enfermagem é de responsabilidade da enfermeira, assim como é de responsabilidade discutir o plano de cuidados de cada paciente com a equipe para promover o trabalho integrado, com colaboração e relações mais horizontalizadas.

No trabalho em equipe de enfermagem integrado, o plano de cuidados do paciente não é uma ordem da enfermeira a ser executada pela técnica de

enfermagem, o plano de cuidados deveria ser um instrumento apropriado por todos os membros da equipe que cuidam do respectivo paciente.

Nesse sentido, a presença dos conflitos na equipe de enfermagem, entre as enfermeiras e técnicas de enfermagem, é maior na clínica cirúrgica. No ambulatório de especialidades o conflito na enfermagem ocorre predominantemente com as outras equipes do hospital. A falta de colaboração, a ausência de vínculo e confiança, destacados como aspectos essenciais do trabalho em equipe, são fontes de conflitos entre os profissionais da enfermagem.

Quanto às concepções sobre as práticas de enfermagem para o cuidado integral de enfermagem, os resultados mostram que há três diferentes entendimentos. O primeiro refere-se ao cuidado integral de enfermagem como modelo de organização do trabalho de enfermagem alternativo ao modelo funcional. O segundo refere-se à ancoragem e fundamentação na abordagem biopsicossocial / holística. E o terceiro, o cuidado integral de enfermagem está relacionado ao fortalecimento dessa abordagem pelo modelo de enfermeiro referência.

No que tange as concepções dos profissionais de enfermagem a respeito da integralidade à saúde, apreendem-se três dimensões que representam as articulações dos diferentes profissionais no trabalho cotidiano para o atendimento do paciente e família, as articulações entre os diferentes setores do hospital e a articulação do hospital com os outros serviços do sistema de saúde. As dimensões evidenciam a inquietação das entrevistadas no que se refere ao reducionismo da abordagem do processo saúde doença à esfera clínica, bem como a pertinência do atendimento do paciente na rede de serviços do SUS, como aspecto essencial para a integralidade à saúde. Contudo chama a atenção, a frágil referência da integralidade à saúde no que se refere à articulação das ações de promoção e prevenção à saúde que pode estar relacionado à prática das profissionais entrevistadas em um hospital especializado em oncologia, que tende ao foco das ações, majoritariamente, na recuperação à saúde.

Apontam-se as limitações do estudo por não ter contemplado os demais profissionais da saúde como sujeitos de pesquisa, pois esses permitiriam a compreensão do objeto de estudo de uma perspectiva mais ampla, visto que os

resultados da pesquisa mostram que o trabalho em equipe de enfermagem é quase sempre ação interprofissional.

Outra limitação refere-se a opção da utilização exclusiva da entrevista como técnica de coleta de dados. Entende-se que a utilização também da observação permitiria triangular o material empírico das entrevistas e das observações, com intuito de compreender em conjunto, não só as concepções de trabalho em equipe, de cuidado integral de enfermagem e de integralidade à saúde, mas também a organização das práticas cotidianas dos profissionais pautadas nessas concepções.

Cabe esclarecer que ambas as limitações estão em partes relacionadas à necessidade de um recorte maior do objeto de estudo por se tratar de um mestrado. Nesse sentido, as próprias limitações instigam para a continuidade do estudo e futuras pesquisas que permitirão compreender de forma mais ampla o tema da pesquisa.

Finalizando, cabe também mencionar as contribuições deste estudo na compreensão do trabalho em equipe de enfermagem apontando a sua estreita interface com as ações desenvolvidas pelos demais profissionais da saúde, os múltiplos elementos que constituem a dimensão interativa do trabalho em equipe: comunicação, confiança, vínculo, respeito mútuo, reconhecimento do trabalho do outro, colaboração e os conflitos entre enfermeiras e técnicas de enfermagem. Esses conflitos ocorrem predominantemente na ausência de reconhecimento das contribuições das técnicas de enfermagem por parte das enfermeiras e na ausência de colaboração e compartilhamento do plano de cuidados entre ambas. O trabalho em equipe de enfermagem com colaboração e compartilhamento do plano de cuidados permite ampliar a qualidade da assistência de enfermagem centrada nas necessidades de cuidado do paciente.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

Allison S. Up a river! Interprofessional education and the Canadian healthcare professional of the future. *J Interprof Care*. 2001;21(5): 565-68.

Almeida AH. Educação em saúde: análise do ensino na graduação em enfermagem no estado de São Paulo [tese]. São Paulo: Escola de enfermagem, Universidade de São Paulo; 2009.

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

Almeida MCP, Rocha SMM. O trabalho de enfermagem. São Paulo: Cortez; 1997. Considerações sobre a enfermagem enquanto trabalho; p.15-26.

Aragão L. Habermas: filósofo e sociólogo do nosso tempo. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro; 2002.

Artmann E. Interdisciplinaridade no enfoque intersubjetivo habermasiano: reflexões sobre planejamento e AIDS. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2001;6(1):183-195.

Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa (PORT): Edições 70; 2009.

Becker HS. Métodos de pesquisa em ciências sociais. 2ª ed. São Paulo: HUCITEC; 1994. Estudo de praticantes de crimes e delitos; p.153-178.

Biernacki P, Waldorf D. Snowball sampling: problems and techniques of chain referral sampling. *Sociol. Methods and Research*. 1981;10(2):141-163.

Bógus CM. Participação popular em saúde: formação política e desenvolvimento. São Paulo: Annablume/FAPESP; 1998.

Brasil. Presidência da República. Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado [texto na internet]. Brasília; 1995 [citado 2010 nov. 09]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/publi_04/colecao/plandia.htm

Brasil. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. Organizações sociais. Brasília: MARE; 1997. (Cadernos MARE de Reforma do Estado, 2).
Brasil. Lei n. 9637, de 15 de maio de 1998. Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização, a extinção dos órgãos e entidades que menciona e a absorção de suas atividades por organizações sociais, e dá outras providências [legislação na internet]. Brasília; 1998 [citado 2010 out. 01]. Disponível em:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/mpv/antigas/1648-7.htm

Brasil. Constituição, 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado; 1988.

Campos GWS. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. Ciênc. Saúde Coletiva. 2000;5(2):219-30.

Campos GWS. Subjetividade e Administração de Pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: Merhy EE, Onocko R, organizadores. Agir em Saúde: um desafio para o público. 3ª ed. São Paulo: Hucitec; 2007. p. 229-66.

Canoletti B. Trabalho em equipe de saúde e de enfermagem: análise sistemática da literatura [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2008.

Cecílio LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção do cuidado à saúde. 3ª ed. Rio de Janeiro: Abrasco; 2001. p. 113-26.

Cecílio LCO. É possível trabalhar o conflito como matéria-prima da gestão em saúde? Cad. Saúde Pública. 2005;21(2):508-516.

Cecílio LCO, Mendes TC. Propostas alternativas de gestão hospitalar e o protagonismo dos trabalhadores: por que as coisas nem sempre acontecem como os dirigentes desejam? Saúde Soc. 2004;13(2):39-55.

Cecílio LCO, Merhy EE. O singular processo de coordenação dos hospitais. Saúde Debate. 2003;27(64):110-122.

Ciampone MHT, Kurcgant P. Gerenciamento de conflitos e negociação. In: Kurcgant P, organizadora. Gerenciamento em enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005. p. 54-65.

Chiba T, Saporetto LA, Souza MRB. Cuidados Paliativos. In: Martins MA et al. editores. Clínica Médica. Barueri: Manole; 2009. p. 29-43.

Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). O exercício da enfermagem nas instituições de saúde no Brasil: 1982/1983. In: Conselho Federal de Enfermagem. Força de Trabalho em Enfermagem. Rio de Janeiro; 1985. p. 3-18.

Correia VS, Servo MLS. Supervisão da enfermeira em unidades básicas de saúde. Rev Bras Enferm. 2006;59(4):527-31.

D'Amour D, Goulet L, Labadie JF, Martín-Rodriguez LS, Pineault R. A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. BMC Health Serv Res. 2008;8(188):1-14.

Deslandes SF. A construção do projeto de pesquisa. In: Minayo MCS, organizadora. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 24ª ed. Petrópolis (RJ): Vozes; 1994. p. 31-50.

Elias PEM. Sistema de saúde no Brasil. . In: Martins MA et al. editores. Clínica Médica. Barueri: Manole; 2009. p. 357-67.

Erdmann AL, Backes D, Minuzzi H. Care management in nursing under the complexity view. Online Braz J Nurs. [serial on the Internet]. 2008 [citado 2011 jan 09]; 7(1). Disponível em:
<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2008.1033>

Felli VEA, Peduzzi M. O Trabalho gerencial em enfermagem. In: Kurcgant P, organizadora. Gerenciamento em enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005. p.1-13.

Fernandes MS, Spagnol CA, Trevisan MA, Hayashida M. A conduta gerencial da enfermeira: um estudo fundamentado nas teorias gerais da administração. Rev Latinoam Enferm. 2003;11(2):161-7.

Fortuna CM. O trabalho de equipe numa unidade básica de saúde produzindo e reproduzindo-se em subjetividade - em busca do desejo, do devir e de singularidades [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 1999.

Fortuna CM, Mishima SM, Matumoto S, Pereira MJB. O trabalho de equipe no Programa de Saúde da Família: reflexões a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos. *Rev Latinoam Enferm*. 2005;13(2):262-8.

Foucault M. O nascimento do hospital. In: *Microfísica do Poder*. 27ª reimp. Rio de Janeiro: Edições Graal; 2009.

Franzoi NL. Profissão. In: Pereira IB, Lima JCF, organizadores. *Dicionário da Educação Profissional em Saúde*. 2ª ed. Rio de Janeiro: EPSJV; 2009. p. 328-33.

Freitag B. *Dialogando com Jurguen Habermas*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro; 2005.

Freitas RAMM. Sociedade Contemporânea, conhecimento em saúde e em enfermagem: desafios para a formação profissional. *Estudos Goiânia*. 2002;29(5):1159-94.

Furtado JP. Equipes de referências: arranjo institucional para potencializar a colaboração entre disciplinas e profissões. *Interface Comun Saúde Educ*. 2007;11(22):239-55.

Gaiva MAM, Scochi CGS. Processo de trabalho em saúde e enfermagem em UTI neonatal. *Rev Latinoam Enferm*. 2004;12(3):469- 76.

Galbreath JG. Callista Roy. In: George JB et al organizador. *Teorias de Enfermagem: Os fundamentos à prática profissional*. 4ª ed. Porto Alegre. Artmed; 2000. p. 203-224.

Gomes ELR, Anselmi ML, Mishima SM, Villa TCS, Pinto IC, Almeida MCP. Dimensão histórica da gênese e incorporação do saber administrativo na enfermagem. In: Almeida MCP, Rocha SMM, organizadores. *O trabalho de Enfermagem*. São Paulo: Cortez; 1997.

Guise JM, Segel S. Teamwork in obstetric critical care. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2008;22(5):937-51.

Habermas G. Consciência moral e agir comunicativo. 2ª ed. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 2003.

Haguette TMF. Metodologias qualitativas na sociologia. 3ª ed. Petrópolis-RJ: Vozes; 1992. Metodologias qualitativas. p. 61-101.

Heckert AL. Escuta como cuidado: o que se passa nos processos de formação e de escuta? In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor. Rio de Janeiro: CEPESC/ IMS/ UERJ/ ABRASCO; 2007. p. 199-212.

Hoffman SJ, Rosenfield D, Gilbert JHV, Oandasan IF. Student leadership in interprofessional education: benefits, challenges and implications for educators, researches and policymakers. *Med Educ*. 2008;42(7):654-61.

Honneth A. Luta por Reconhecimento: a gramática moral dos conflitos sociais. São Paulo: Editora 34; 2003.

Ibañez N, Bittar OJNV, Sá ENC, Yamamoto EK, Almeida MF, Castro CGJ. Organizações sociais de saúde: o modelo do Estado de São Paulo. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2001;6(2):391-404.

Iribarry IN. Aproximações sobre a transdisciplinaridade: algumas linhas históricas, fundamentos e princípios aplicados ao trabalho em equipe. *Psicol Reflex Crit*. 2003;6(3):483-90.

Jain AK, Thompson JM, Chaudry J, McKensie S, Schwartz RW. High-performance teams for current and future physician leaders: an introduction. *J Surg Educ*. 2008;65(2):145-50.

Japiassu H. Interdisciplinaridade e patologia do saber. Rio de Janeiro: Imago; 1976.

Kaplan CD, Korf D, Sterk C. Temporal and social contexts of heroin-using populations: an illustration of the snowball sampling technique. *J Nerv Ment Dis*. 1987;175(9):566-74.

Kearney AJ. Facilitating interprofessional education and practice. *Can Nurse*. 2008;104(3):22-6.

Kirchhof ALC. O trabalho da enfermagem: análise e perspectivas. *Rev Bras Enferm.* 2003;56(6):669-73.

Kreutz I. O trabalho em equipe na enfermagem [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem de São Paulo, Universidade de São Paulo; 1993.

Lazzarato M, Negri A. Trabalho imaterial: formas de vida e produção de subjetividade. Rio de Janeiro: DP&A Editora; 2001.

Leopardi MT, Gelbecke F, Ramos F. Cuidado: objeto de trabalho ou objeto epistemológico da enfermagem? *Texto & Contexto Enferm.* 2001;10(1):32-49.

Lima MADS. O trabalho de enfermagem na produção de cuidados de saúde no modelo clínico [tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 1998.

Lima MADS, Almeida MCP. O trabalho de enfermagem na produção de cuidados de saúde no modelo clínico. *Rev Gaúch Enferm.* 1999;20(n.esp):86-101.

Lima MADS, Gustavo AS, Coelho DF, Schmitz AV, Rosa RB. Concepções de enfermagem sobre seu trabalho no modelo clínico. *Rev Bras Enferm* 2000;53(3):343-54.

Lobo ML. Florence Nightingale. In: George JB e colaboradores (org.) *Teorias de Enfermagem: Os fundamentos à prática profissional*. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2000. p. 33-44.

Lopes Neto D, Nóbrega MML. Holismo nos modelos teóricos de enfermagem. *Rev Bras Enferm.* 1999;52(2):233-242.

Lopes Neto D, Pagliuca LMF. Abordagem holística do termo pessoa em um estudo empírico: uma análise crítica. *Rev Latinoam Enferm.* 2002;10(6):825-30.

Lopes NM. *Recomposição profissional da enfermagem*. Coimbra: Quarteto editora; 2001.

Lubenow JA. As críticas de Axel Honneth e Nancy Fraser à filosofia política de Jünger Habermas. *Veritas.* 2010;55(1):121-34.

Marcondes D. Filosofia, linguagem e comunicação. 4ª ed. São Paulo: Cortez; 2001.

Martín-Rodríguez LS, Beaulieu MD, D'Amour D, Ferrada-Videla M. The determinants of successful collaboration: A review of theoretical and empirical studies. *J Interprof Care*. 2005;1(Suppl):132-47.

Marx K. O Capital. São Paulo: Nova Cultural; 1996.

Matos E, Pires DEP. A organização do trabalho da enfermagem na perspectiva dos trabalhadores de um hospital escola. *Texto & Contexto Enferm*. 2002;11(1):187-205.

Matos E, Pires DEP. Teorias administrativas e organização do trabalho: de Taylor aos dias atuais, influências no setor saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enferm* 2006;15(3):508-14.

Matos E, Pires DEP. Práticas de cuidado na perspectiva interdisciplinar: um caminho promissor. *Texto & Contexto Enferm*. 2009;18(2):338-46.

Matos E, Pires DEP, Campos GWS. Relações de trabalho em equipes interdisciplinares: contribuições para a constituição de novas formas de organização do trabalho em saúde. *Rev Bras Enferm*. 2009;62(6):863-9.

Mattos RA. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser definidos. In: Pinheiro R, Mattos RA organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. 3ª ed. Rio de Janeiro: UERJ/ IMS/ ABRASCO; 2001. p. 39-64.

Mattos RA. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). *Cad Saúde Pública*. 2004;20(5):1411-6.

Mattos RA. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Mattos RA, Pinheiro R, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. 4ª edição. Rio de Janeiro: ABRASCO; 2006. p. 39-64.

Matumoto S, Fortuna CM, Mishima SM, Pereira MJB, Domingos NAM. Supervisão de equipes no programa de saúde da família: reflexões acerca do desafio da produção de cuidados. *Interface Comun Saúde Educ*. 2005;9(16):9-24.

Medeiros AMS, Marques MARB. Habermas e a teoria do conhecimento. *Educ Temática Digital*. 2003;5(1):1-24.

Meirelles DS. O conceito de serviço. *Rev Econ Polit*. 2006;26(1):119-36.

Melo C. Divisão social do trabalho e enfermagem. São Paulo: Cortez; 1986.

Mendes-Gonçalves RB. Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades. São Paulo: Caderno CEFOR; 1992.

Mendes-Gonçalves RB. Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas de processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo. São Paulo: Hucitec-ABRASCO; 1994.

Merhy EE, Chakkour M, Stéfano E, Stéfano ME, Santos CM, Rodrigues RA, Oliveira PCP. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: Merhy EE, Onocko R, organizadores. *Agir em saúde: um desafio para o público*. 3ª ed. São Paulo: Hucitec; 2007. p. 113-50.

Mills P, Neily J, Dunn E. Teamwork and communication in surgical teams: implications for patient safety. *J Am Coll Surg*. 2008;206(1):107-12.

Minayo MCS. Pesquisa social, teoria método e criatividade. Petrópolis-RJ: Vozes; 1994. In: Minayo MCS. *Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social*. p. 09-29.

Minayo, MCS. O desafio do conhecimento, 2ªed. São Paulo: Hucitec; 2000.

Minayo MCS. O desafio do conhecimento. São Paulo: Hucitec; 2003.

Minayo MCS. O desafio do conhecimento. 11ª ed. São Paulo: Hucitec; 2008.

Nobre M. Luta por reconhecimento: Axel Honneth e a Teoria Crítica. In: Honneth A. Luta por reconhecimento: a gramática moral dos conflitos sociais. São Paulo: Edições 34; 2003. p. 07-19.

Nugus P, Greenfield D, Travaglia J, Westbrook J, Braithwaite J. How and where clinicians exercise power: interprofessional relations in health care. *Soc Sci Med*. 2010;71:898-909.

Orchard CA. Persistent isolationist or collaborator? The nurse's role in interprofessional collaborative practice. *J Nurs Manag*. 2010;18:248-57.

Patel DR, Pratt HD, Patel ND. Team process and team care for children with developmental disabilities. *Pediatr Clin North America*. 2008;55(6):1375-90.

Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre o trabalho e interação [tese]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade de Campinas; 1998.

Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Rev Saúde Pública*. 2001;35(1):103-9.

Peduzzi M. Trabalho em equipe de saúde da perspectiva de gerentes de serviços de saúde: possibilidades da prática comunicativa orientada pelas necessidades de saúde dos usuários e da população [tese livre-docência]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2007a.

Peduzzi M. Trabalho em equipe de saúde no horizonte normativo da integralidade, do cuidado e da democratização das relações de trabalho. In: Pinheiro R, Barros MEB, Mattos RA, organizadores. Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas. Rio de Janeiro: INS/UERJ – CEPESC – ABRASCO; 2007b.

Peduzzi M, Anselmi ML. O processo de trabalho de enfermagem: a cisão entre o planejamento e execução do cuidado. *Rev Bras Enferm*. 2002;55(4):392-8.

Peduzzi M, Ciampone MHT. Trabalho em equipe e processo grupal. In: Kurcgant P. organizadora. Gerenciamento em enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005. p. 108-124.

Peduzzi M, Oliveira MAC. Trabalho em equipe multiprofissional. In: Clínica Médica. Barueri: Manole; 2009. p. 171-178.

Pinheiro R. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERJ – CEPESC – ABRASCO; 2001. p. 65-112.

Pinheiro R, Ferla A, Silva Júnior AG. Integrality in the population's health care programs. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2007;2(12):343-349.

Pinzani A. Habermas. Porto Alegre: Artmed; 2009.

Pires DEP. Divisão social do trabalho. In: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Estação de trabalho Observatório de técnicos em saúde. Dicionário da educação profissional em saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006a. p. 87-92.

Pires DEP. Divisão técnica do trabalho em saúde. In: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Estação de trabalho Observatório de técnicos em saúde. Dicionário da educação profissional em saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006b. p. 92-7.

Pires DEP. A enfermagem enquanto disciplina, profissão e trabalho. *Rev Bras Enferm*. 2009;62(5):739-44.

Pirollo SM. Atuação interprofissional na terapia intensiva: a integralidade do cuidado e o agir comunicativo de Habermas [tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2008.

Poochikian-Sarkissian S, Hunter J, Tully S, Lazar NM, Sabo K, Cursio C. Developing an innovative care delivery model: interprofessional practice teams. *Health Manage*. 2008;21(1):6-18.

Ravagnani HB. A filosofia social do reconhecimento: fundamentos normativos para uma teoria crítica da sociedade. *Aurora*. 2008;2(3):12-23.

Retchin SM. A conceptual framework for interprofessional and co-managed care. *Acad Med*. 2008;83(10):929-33.

Ribeiro EM, Pires D, Blank VLG. A teorização sobre o processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no programa de saúde da família. *Cad Saúde Pública*. 2007;20(2):438-46.

Rodriguez HP, Rogers WH, Marshall RE, Safran DG. Multidisciplinary primary care teams: effects on the quality of clinician-patient interactions and organizational features of care. *Med Care*. 2007;45(1):19-27.

Saavedra GA, Sobottka EA. Introdução à teoria do reconhecimento de Axel Honneth. *Civitas Rev Ciências Sociais*. 2008;8(1):9-18.

Salas E, DiazGranados D, Weaver SJ, King H. Does team training work? Principles for health care. *Acad Emerg Med*. 2008;15(11):1002-9.

Sanna MC. Os processos de trabalho em enfermagem. *Rev Bras Enferm*. 2007;60(2):221-4.

Santos L, Andrade LOM. A organização do SUS sob o ponto de vista constitucional: rede regionalizada e hierarquizada de serviços de saúde. In: Silva SF, organizador. *Redes de Atenção à saúde no SUS: O pacto pela saúde e redes regionalizadas de ações e serviços de saúde*. Campinas: IDISA: CONASEMS; 2008. p. 23-50.

São Paulo (Estado). Lei complementar n. 846, de 04 de junho de 1998. Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais e dá outras providências. [legislação na internet]. São Paulo; 1998 [citado 2010 out. 01]. Disponível em: <http://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/lei%20complementar/1998/lei%20complementar%20n.846,%20de%2004.06.1998.htm>

São Paulo (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. Coordenadoria de Saúde da Região Metropolitana da Grande São Paulo. Unidade de Avaliação e Controle. Manual de credenciamentos e cadastramentos especiais – Oncologia – CACON [texto na internet]. São Paulo; 2002 [citado 2011 jan 09]. Disponível em: http://www.saude.sp.gov.br/resources/gestor/aceso_rapido/auditoria/manual_oncologia.pdf

Schraiber LB. Pesquisa qualitativa em saúde: reflexões metodológicas do relato oral e produção de narrativas em estudo sobre a profissão médica. *Rev Saúde Pública*. 1995;29(1):63-74.

Schraiber LB, Peduzzi P. Tendências e possibilidades da investigação de recursos humanos em saúde no Brasil. *Educ Méd Salud*. 1993;27(3):295-313.

Schraiber LB, Peduzzi M, Sala A, Nemes MI, Castanheira, ER, Kon R. Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. *Ciênc Saúde Coletiva*. 1999;4(2):221-42.

Silva AM. Processo de trabalho e atividades educativas de trabalhadores de enfermagem em hospitais públicos [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2010.

Silva EM. Supervisão em enfermagem. Análise crítica das publicações no Brasil dos Anos 30 à década de 80 [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 1991.

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

Silva SF, Magalhães Júnior HM. Redes de atenção à saúde: importâncias e conceitos. In: Silva SF, organizador. *Redes de Atenção à saúde no SUS: O pacto pela saúde e redes regionalizadas de ações e serviços de saúde*. Campinas: IDISA: CONASEMS; 2008. p. 69-86.

Spagnol CA. A trama de conflitos vivenciada pela equipe de enfermagem no contexto da instituição hospitalar: como explicar seus “nós”? [tese]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas; 2006.

Spagnol CA, Santiago GR, Campos BMO, Badaró MTM, Vieira JS, Silveira APO. Situações de conflito vivenciadas no contexto hospitalar: a visão dos técnicos e auxiliares de enfermagem. *Rev Esc Enferm USP*. 2010;44(3):803-11.

Thiollent M. Crítica metodológica, investigação social e enquete operária. 3ª ed. São Paulo: Polis; 1987.

Xyrichis A, Ream E. Teamwork: a concept analysis. *J Adv Nurs*. 2007;61(2):232-41.

Zwarenstein M, Goldman J, Reeves S. Interprofessional collaboration: effects of practice-based interventions on professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database Syst Rev* (online). 2009; Issue 3:72(31).

World Health Organization. National cancer control programmes: policies and managerial guidelines. 2ª ed. Geneva: WHO; 2002.

World Health Organization. Working Together for Health [relatório na internet]. Geneva: WHO; 2006 [citado 2011 abr. 04]. Disponível em: http://www.who.int/whr/2006/whr06_en.pdf

World Health Organization. Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice. Geneva: WHO; 2010.

APÊNDICES

APÊNDICES

Apêndice 1 – Roteiro-guia de entrevista

I - Identificação profissional:

- a) Nome:
- b) Categoria profissional:
- c) Idade:
- d) Sexo:
- e) Escolaridade:
Ensino fundamental completo ()
Ensino médio () completo () incompleto
Ensino superior () completo () incompleto
Pós Graduação: () Sim. () Especialização () Mestrado () Doutorado
Área: _____
() Não.
- f) Ano de conclusão da educação profissional: _____
- g) Tempo de trabalho na instituição: _____
- h) Tempo de trabalho na unidade de estudo: _____

II – Roteiro de entrevista:

1. Relatar as atividades individuais desenvolvidas no seu cotidiano de trabalho (rotineiras e eventuais). Descrever o fluxo das atividades e o que ocorre entre elas (se necessário pedir para descrever um dia de trabalho, se o entrevistado falar genericamente sobre suas atividades pedir para descrever o conteúdo da atividade – como realiza, os materiais e os instrumentos utilizados).
2. Relatar as atividades que realiza em conjunto com outros profissionais de enfermagem, da mesma categoria ou de categoria diferente.
 - quem são os envolvidos?

- de que maneira se dá essa atividade? (por delegação de uma terceira pessoa ou por decisão própria de desenvolvimento em conjunto com outro profissional). Pedir para dar exemplos de atividade;
- 3. Descrever as atividades desenvolvidas pelos profissionais de enfermagem de categorias distintas da sua (tomando por base o conhecimento que o entrevistado tem do que o outro realiza, quais são suas especificidades). Se necessário pedir para descrever uma atividade da enfermeira, do auxiliar e técnico de enfermagem. E como se relacionam os diferentes trabalhos?
- 4. Como você acha que os profissionais de categorias diferentes à sua vêem o seu trabalho e por quê? E como você vê o trabalho dos outros profissionais da enfermagem?
- 5. Descrever o que considera importante para o desenvolvimento de trabalho conjunto entre os profissionais de enfermagem.
- 6. Qual a sua percepção e o que entende por trabalho em equipe.
- 7. Comentar se identifica o trabalho em equipe de enfermagem na unidade e no hospital (pedir para descrever e relatar casos ou exemplos).
- 8. Descrever o que entende como cuidado integral de enfermagem (pedir para descrever e relatar casos ou exemplos no qual identifica cuidado integral de enfermagem).
- 9. Descrever o que entende como atenção integral à saúde (pedir para descrever e relatar casos ou exemplos no qual identifica atenção integral à saúde).
- 10. Comentar se o cuidado integral de enfermagem e a atenção integral à saúde são realizados no hospital (pedir para descrever e relatar casos ou exemplos).

Apêndice 2 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Pela presente forma eu, **Geisa Colebrusco de Souza**, abaixo assinado, aluna da pós-graduação (mestrado) da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo – EEUSP- SP, informo que estou realizando uma pesquisa sob orientação da Prof^a. Dr^a. **Marina Peduzzi** do Departamento de Departamento de Orientação Profissional (ENO) da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo – EEUSP. A pesquisa intitulada “Trabalho em equipe: instrumento para o processo de trabalho de enfermagem em hospital especializado” tem como objetivo estudar as concepções sobre o trabalho em equipe de enfermagem e as concepções sobre a prática do cuidado integral de enfermagem e da integralidade à saúde dos profissionais da equipe de enfermagem.

Solicito seu consentimento para participação na pesquisa que será realizada por meio de uma entrevista semi-estruturada individual com os profissionais indicados pela gerência ou seus colegas. A entrevista será gravada com recursos de áudio, posteriormente transcritas e analisadas.

Comprometo-me que as informações obtidas com base nas entrevistas serão tratadas de forma confidencial, e que não haverá identificação de nomes em nenhuma fase do estudo. Os sujeitos participantes da pesquisa terão liberdade em suspender a sua participação em qualquer momento, e garanto que não haverá nenhuma sanção ou qualquer tipo de prejuízo pessoal.

Responsabilizo-me a apresentar os resultados obtidos para os profissionais após o término da pesquisa. Os meios para contato são: Departamento de Orientação Profissional (ENO) da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo situada na Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 - 05403-000 - São Paulo – SP e telefones: (11) 30617551/7552. E Comitê de Ética em Pesquisa da EEUSP, situado no mesmo endereço, telefone para contato: (11) 30617548.

O termo de consentimento será elaborado em duas vias, uma será entregue ao sujeito participante da pesquisa e outro ficará com o pesquisador.

São Paulo, ____ de _____ de 2010.

Geisa Colebrusco de Souza

TERMO DE CONSENTIMENTO

Eu, _____,
exercendo a função profissional de _____ nesta
instituição e abaixo assinado, fui esclarecido de que em nenhum momento da
pesquisa serei identificado, e que será mantido o caráter confidencial das
informações obtidas, consinto em participar da pesquisa acima esclarecida.

São Paulo, ____ de _____ de 2010.

ANEXOS

ANEXOS

Anexo 1 – Parecer CEP EEUSP

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM
Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 - CEP 05403-000
Tel.: (11) 3061-7548/8858 – Fax: (11) 3061-7548
São Paulo – SP – Brasil
E-mail: edipesq@usp.br

São Paulo, 24 de junho de 2009.

Il.^{ma} Sr.^a
Geisa Colebrusco de Souza

Ref.: Processo nº 838/2009/CEP-EEUSP

Prezada Senhora,

Em atenção à solicitação referente à análise do projeto “**Trabalho em equipe: instrumento para o processo de trabalho da enfermagem em instituição hospitalar**”, informamos que o mesmo foi considerado aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (CEP/EEUSP).

Analizado sob o aspecto ético-legal, atende às exigências da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Esclarecemos que após o término da pesquisa, os resultados obtidos deverão ser encaminhados ao CEP/EEUSP, para serem anexados ao processo.

Atenciosamente,

Maria Fat. Fernandes

Prof.^a Dr.^a Maria de Fátima Prado Fernandes
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa da
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo