

**ORIGINAL ARTICLE****ANALYSIS OF THE NURSES' WORK PROCESS IN THE ATTENDANCE AT HEALTH BASIC UNITS****ANÁLISE DO PROCESSO DE TRABALHO DE ENFERMEIROS NO ATENDIMENTO EM UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE****ANÁLISIS DEL PROCESO DE TRABAJO DE LOS ENFERMEROS EN LA ATENCIÓN EN UNIDADES BÁSICAS DE LA SALUD***Wilma Suely Batista Pereira¹***ABSTRACT**

In the Single Health System the nurses have each time more functions, responsibilities and challenges to be faced, over all as for the work in the Health Basic Units. At time of transformation of the models assistenciais, it's important to know the nurses' work process, for contributing with the discussions that will go to reorient the practical assistenciais. This is about an exploratory and descriptive study, from qualitative nature, carried through at Porto Velho city, Rondônia, Brazil, with 17 nurses, aiming at analyzing the nurses' work process at Health Basic Units. It was lead from Malinowski, the informations analysis was carried through from the Collective Representations of Durkheim. As result, it was defined the empirical categories – that the programming is a rule of nursing practical, breaking up the assistance and, the following representations: interfaces of the programming, mimicry with the doctors; who it is the power of: from nurses or doctors? As conclusion, the work process of the nurses still is centered in the breaking up the assistance with origin of the biomedical model; in the practical doctor; in the dispute for the power. It is necessary that knows the representations that disclose to the way as the work process is developed, so that new orientations can be elaborated. **Descriptors:** work process; nursing; collective representations.

RESUMO

No Sistema Único de Saúde os enfermeiros têm cada vez mais funções, responsabilidades e desafios a enfrentar, sobretudo no que se refere ao trabalho em Unidades Básicas de Saúde. Em época de transformação dos modelos assistenciais, considera-se fundamental conhecer o processo de trabalho de enfermeiros, a fim de contribuir com as discussões que irão reorientar as práticas assistenciais. Este estudo tem como objetivo principal analisar o processo de trabalho de enfermeiros em Unidades Básicas de Saúde. Trata-se de uma pesquisa de campo, de natureza qualitativa, exploratória e descritiva, realizada na cidade de Porto Velho, Rondônia, Brasil. Os informantes foram 17 enfermeiros que atuam em Unidades Básicas de Saúde. Foi conduzido a partir de Malinowski, a análise dos depoimentos foi realizada a partir das Representações Coletivas de Durkheim. Como resultados definiram-se as categorias empíricas – que a programação aparece como regra da prática de enfermagem nas unidades, fragmentando a assistência – e, as seguintes representações: interfaces da programação – mimetismo com os médicos; de quem é o poder: dos enfermeiros ou dos médicos? Concluiu-se que o processo de trabalho dos enfermeiros é ainda centrado na fragmentação da assistência oriunda do modelo biomédico; na prática médica; na disputa pelo poder. É necessário que se conheçam as representações que subjazem à maneira como o processo de trabalho é desenvolvido, a fim de que novas orientações possam ser construídas. **Descritores:** processo de trabalho; enfermagem; representações coletivas.

RESUMEN

En el Sistema Unico de la Salud los enfermeros tiene cada vez que más funciones, responsabilidades y desafíos de ser hecho de frente, sobretudo cuanto al trabajo en las Unidades Básicas de la Salud. En la época de la transformación de los modelos asistenciais, es importante saber el proceso básico del trabajo de enfermeros, para contribuir con las discusiones que irán reorientar las prácticas asistenciais. Estudio exploratorio y descriptivo, de la naturaleza cualitativa, llevada en la ciudad de Porto Velho, Rondônia, el Brasil, con 17 enfermeros, teniendo como objetivo analizar el proceso del trabajo de enfermeros en Unidades Básicas de la Salud. Fue conducido a partir de Malinowski, el análisis de las informaciones fue llevado a través de las representaciones colectivas de Durkheim. Como resultado, fue definido las categorías empíricas – que la programación es una regla de la práctica de enfermería, rompiéndose la asistencia y, las representaciones siguientes: interfaces de la programación, la mímica con los doctores; quién es el poder: ¿de enfermeros o de doctores? Como conclusión, el proceso del trabajo de los enfermeros todavía se centra en rompiéndose la asistencia con el origen del modelo biomédico; en la práctica del doctor; en el conflicto para la poder. Es necesario que que divulgan las representaciones que se desarrolla el proceso del trabajo, para poder elaborar nuevas orientaciones. **Descritores:** proceso del trabajo; enfermería; representaciones colectivas.

¹Enfermeira. Doutora em Desenvolvimento Socioambiental. Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Rondônia, Porto Velho, Brasil. Pesquisadora do GEP Cultura do Centro de Estudos Interdisciplinares sobre Desenvolvimento Sustentável de Comunidades Tradicionais da Amazônia, da Universidade Federal de Rondônia, Porto Velho, Brasil. Membro da Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras. E-mail: wilsue@uol.com.br

INTRODUÇÃO

Vivemos uma época cheia de contradições: se de um lado a informação segue muito mais veloz, deixando-nos rapidamente a par do que acontece nos lugares mais longínquos, do outro, ainda temos problemas de saúde que já poderiam estar extintos ou sob controle há muito tempo. A tuberculose, a febre amarela, a dengue, a malária ainda atingem milhares de pessoas e têm sido motivo de preocupação para as autoridades sanitárias, em que pese todo avanço científico e tecnológico alcançado.

Para fazer frente a estes desafios, tem-se buscado reorientar a prática de saúde, questionando e propondo novos modelos de processo de trabalho, com base na prática em equipe, na integralidade da assistência, na abordagem à família. Nesta situação, o enfermeiro, como membro da equipe de saúde tem sido cada vez mais presente, propondo, desenvolvendo e avaliando formas de readequar a assistência às famílias. Embora muito se tenha discutido sobre o processo de trabalho dos enfermeiros, nota-se que os avanços em direção a novos arranjos ainda estão lentos, permanecendo, na maioria das vezes, um processo de trabalho marcado por equívocos que terminam por criar lacunas na assistência.

Conhecer o processo de trabalho dos enfermeiros torna-se objeto de investigação por se perceber que deles dependem grande parte das ações e estratégias assistenciais, seja no plano da promoção ou do cuidado, as quais abrangem outros profissionais que compõem a equipe a assistir as famílias. Assim, dada à relevância da questão, decidiu-se realizar o presente estudo, com os seguintes objetivos: analisar o processo de trabalho de enfermeiros em Unidades Básicas de Saúde; descrever o processo de trabalho de enfermeiros em Unidades Básicas de Saúde; conhecer as bases históricas do modelo de processo de trabalho praticado pelos informantes; identificar e analisar as representações mantidas pelos informantes em relação ao processo de trabalho.

MÉTODO

Trata-se de pesquisa de campo, exploratória, descritiva, realizada entre 2003 e 2006, tendo com informantes 17 enfermeiros que desenvolviam atividades em Unidades Básicas de Saúde na cidade de Porto Velho, Rondônia (RO) – Brasil. Para a coleta de dados utilizou-se formulários de observação participante com base em

Malinowski, e entrevistas semi-estruturadas foram realizadas, com base em Minayo. As análises foram realizadas a partir da Teoria das Representações coletivas de Durkheim.

O trabalho de campo foi realizado durante 12 meses. Em alguns momentos, a permanência da pesquisadora em Unidades de Saúde se deu como enfermeira e docente, acompanhando alunos em ensino clínico, o que tornou possível observar enquanto, também, participava dos atendimentos prestados. Esta posição tornou a observação menos evidente para os informantes que, embora soubessem da realização do estudo e objetivos, só após alguns dias pareciam mais à vontade e as entrevistas fluíram mais tranquilamente, em meio às observações.

As observações foram realizadas principalmente pela manhã, de acordo com o horário de trabalho dos informantes. Em algumas Unidades foi possível realizar as observações no período da tarde. Nesses casos, também foram realizados atendimentos em conjunto com os enfermeiros. Observar, experimentando o atendimento, é uma vivência rica, pois submete o pesquisador às pressões do processo de trabalho e refina a percepção dos imponderáveis de Malinowski.

Para registro foi utilizado um diário de campo, no qual anotaram impressões, ocorrências, atitudes dos entrevistados e características do ambiente pesquisado que chamaram a atenção. Triviños²³ apresenta dois conceitos sobre o diário de campo: um amplo, no qual as anotações de campo se tornam *“uma expressão quase sinônima de todo o desenvolvimento da pesquisa”* e outro no sentido mais restrito de anotação de campo, que a coloca como *“todas as observações e reflexões que realizamos sobre expressões verbais e ações dos sujeitos, descrevendo-as, primeiro, e fazendo comentários críticos, em seguida, sobre as mesmas”*.^{23:154}

Triviños²³ também tece uma série de recomendações para a elaboração das anotações de campo, que foram seguidas para tornar as observações mais fiéis, tais como: distinguir as anotações de “natureza descritiva” das de “natureza reflexiva”. As primeiras consistem em descrever “ações, comportamentos e atitudes tal como eles se oferecem à sua observação”; sujeitos a partir de “seus traços concretos”; meio físico, atividades específicas, diálogos com riqueza de detalhes, o que pode ser conseguido também através de desenhos e gravação. As anotações de “natureza reflexiva” são o registro de idéias, opiniões, questionamentos que possibilitam as reflexões do pesquisador sobre cada etapa do processo de observação.

Nestas reflexões, também o método escolhido é revisto, para confirmar sua adequação ao objeto proposto, evidenciando falhas que necessitam ser corrigidas enquanto o processo se desenrola^{23: 154-6}.

Assim, a cada dia de trabalho de campo, as anotações foram feitas, ora no transcorrer da observação, ora logo após a saída das Unidades, sendo algumas feitas ainda no trajeto da Unidade para casa da pesquisadora. Situações e diálogos foram descritos detalhadamente, com o esforço de captar o máximo de detalhes possível. Foram atribuídos pseudônimos aos informantes e aos serviços, sendo estes últimos referidos por nomes de rios.

Como cuidados éticos ofereceram-se aos informantes, termos de consentimento informado, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos. Os participantes foram esclarecidos quanto aos objetivos da investigação e à manutenção do anonimato, além de serem livres para abdicar de sua participação em qualquer momento.

• Bases históricas do processo de trabalho da Enfermagem no Brasil

• A profissionalização da Enfermagem

No Brasil, a Escola Alfredo Pinto, criada em 1890, tinha o objetivo de treinar enfermeiros e enfermeiras para ir trabalhar nos hospícios e hospitais civis e militares. Não havia processo seletivo, nem mecanismos formais de controle de frequência, conteúdos, avaliações. Médicos eram os responsáveis pela formação dos profissionais.¹⁹

A década de 20 do século 20 marcou a expansão da Enfermagem e da Saúde Pública, com a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), e o surgimento das visitadoras sanitárias, destinadas ao combate à tuberculose, seguindo a orientação de que “o ambiente devia ser alvo de intervenção especializada”.^{16:625} Essa percepção de que doenças como a tuberculose e lepra eram produtos do modo de vida da população, como condições de moradia e higiene, privilegiava a ação profilática a ser desenvolvida pelos visitadores — que não recebiam formação específica e trabalhavam a partir do senso comum.

Em 1922, foi criado o Serviço de Enfermeiras do DNSP e, no ano seguinte, a criação da Escola de enfermeiras do DNSP, que em 1926 passou a se chamar Escola de Enfermeiras D. Anna Nery.¹⁶ A gravidade da situação era tal que, à medida que as novas enfermeiras iam concluindo a formação, eram rapidamente inseridas no projeto sanitário.²

Seguindo o modelo higienista praticado à

época, as enfermeiras foram se tornando cada vez mais importantes para a atuação preventiva, tanto nas visitas domiciliares, quanto exercendo funções nas divisões de tuberculose, de doenças contagiosas e de higiene infantil do DNSP.¹⁶

Preocupadas com a falta de instrução das visitadoras leigas, passaram a atuar também na qualificação das visitadoras, ensinando conteúdos básicos de Enfermagem, ao mesmo tempo em que também assumiram a supervisão do trabalho dessas trabalhadoras. Esta, porém era uma medida de emergência, que precedia a substituição das visitadoras por enfermeiras, já formadas no Brasil.¹⁶

No entanto, a caminhada da Enfermagem em direção à profissionalização foi permeada de características que, ao olhar crítico, evidenciam os equívocos da época. Para Barreira, o surgimento da Enfermagem serviu para “suplementar o trabalho dos médicos sanitaristas e representar a autoridade sanitária na intimidade do tecido social”.^{2:44} O trabalho das visitadoras tornou-se difícil e duvidoso no que se refere à resolução dos problemas detectados, pela reação da população à maneira imposta como se deu a entrada do enfermeiro no cenário sanitário e, por conseguinte, no interior dos domicílios.

Barreira² classifica o trabalho em saúde pública como o primeiro modelo de enfermagem, marcado pelas grandes exigências pessoais e o reduzido retorno, quer monetário, quer do ponto de vista da satisfação pessoal. Para a autora, as enfermeiras de saúde pública tinham em sua atuação junto às famílias, forte conteúdo ideológico.

Com raízes brasileiras, orientação americana, pouco crítica e mais instrutiva, em meio a apelos de “exercício de caridade” e “conforto de espírito”, as enfermeiras foram construindo as bases da profissão, a partir do combate à tuberculose.²

Ao longo das décadas, com todas as transformações pelas quais a sociedade tem passado, a Enfermagem se expandiu em múltiplas direções. Mas, mesmo depois de decorrido tanto tempo, ainda é possível encontrar vestígios do modelo *nigthingaleano* em nossa formação e na convivência profissional cotidiana, principalmente quando se fala em aspectos morais. Ainda existe constrangimento por parte de enfermeiras em estabelecer preços para os cuidados que prestam, e o relacionamento destas com os médicos se tornam conflituosos, quando não se consegue estabelecer os limites de atuação de cada um, e se sucumbe a representações do médico como superior na equipe de trabalho.

• **Para onde sopram os ventos do cuidado: da prática asséptica das Teorias de Enfermagem ao vexame do despreparo para a atenção primária**

Em busca por se consolidar como profissão e se livrar do desconforto de ser associada a questões de cunho religioso e caritativo, a técnica passou a ser o centro da prática da Enfermagem, sobretudo na formação, mantendo-se isolada de toda a complexidade na qual o cuidador e a pessoa cuidada estão mergulhados. O modelo biomédico passou a ser a matriz do processo de trabalho da enfermeira.

Na década de 60, nos Estados Unidos, surgiram as primeiras Teorias de Enfermagem buscando construir as bases científicas e de identidade da profissão. A maioria das teorias das enfermeiras americanas reproduzia elementos do modelo biomédico, como a Teoria Homeostásica, de Wanda McDowell, que aplica a homeostasia no trabalho da Enfermagem; a Teoria Sinérgica de Dagmar E. Brodt; a Teoria das Necessidades Básicas de Wanda Horta, baseada na Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Maslow, a teoria da Adaptação de Callista Roy. Mesmo que as autoras tenham classificado suas teorias como holísticas, no sentido de ver o ser humano como um todo indissociável, suas características orgânicas, mentais e espirituais, pode-se perceber os traços positivistas nelas gravados, gerando contradições por também estarem ligadas ao modelo fragmentador biomédico.

Para se legitimar profissionalmente e se colocar em situação de igualdade ante os médicos, a Enfermagem foi amparar-se no saber médico. Beber na mesma fonte que eles lhes parecia um meio de tornar as ferramentas teórico-metodológicas da Enfermagem aceitas no mundo profissional da saúde. Ainda hoje se percebem reflexos dessa maneira de pensar a Enfermagem, quando, no seu trabalho diário em hospitais e unidades de saúde, enfermeiros continuam realizando Consultas de Enfermagem semelhantes às médicas, lutando para ter o direito de realizar determinados procedimentos e prescrições e obter o mesmo status social.

No ano de 2002, o Conselho Federal de Enfermagem, encampando uma vertente dos embates referidos no parágrafo anterior, decretou que o enfermeiro deve ter, antecipando o seu nome, a sigla “Dr” e assim ser tratado. Esta medida causou polêmica, sobretudo no meio acadêmico, uma vez que termina por confirmar um sentimento de inferioridade contra o qual muito se tem trabalhado na Enfermagem brasileira.

Não que estes embates sejam de todo negativos, já que, com o avanço da tecnologia, mudanças sociais, econômicas e surgimento de novas doenças são necessários reajustes freqüentes na área de atuação das diversas profissões da saúde, incluindo a quebra de hegemonia necessária ao fortalecimento do modelo de atenção centrada no princípio da integralidade. Mas, às vezes, na procura por prescrever e estabelecer diagnósticos médicos, a enfermeira se esquece do cuidado de Enfermagem, ou este fica relegado a último plano, como algo menos gratificante ou respeitado socialmente, por isso, realizado pelos auxiliares e técnicos, sem supervisão.

Esta imagem confusa do enfermeiro é comumente percebida por doentes, familiares e demais profissionais que terminam por identificar, nos auxiliares e técnicos, o agente do cuidado e, no enfermeiro, o chefe, governante ou responsável pelo setor (a quem se pode recorrer para reclamar da limpeza, encaminhar consertos de materiais e equipamentos, troca de lâmpadas, organização dos prontuários, preenchimento de fichas, controle da equipe de subordinados, elaboração de escala de trabalho, dentre outros), alguém que é “quase médico” e pode intermediar as relações entre usuários e médicos, traduzindo a linguagem ininteligível destes últimos para o linguajar cotidiano dos primeiros.

Assim, o preparo da profissão frente às exigências atuais do mercado e a formação acadêmica dos novos enfermeiros são dificultados, por esses e outros equívocos de entendimento quanto à identidade e o processo de trabalho do enfermeiro, que não se adequam aos modelos estipulados e reproduzidos pelo saber médico.

Felizmente muitos enfermeiros já começaram a romper esse isolamento teórico e a se imiscuir em outras searas, a fim de colher sementes que forneçam novos elementos de pensar o cuidado e redimensionar a postura profissional. Segundo Teixeira²¹, Madeleine Leininger foi a primeira enfermeira a concluir um doutorado em Antropologia, levando o cuidado para o universo cultural de respeito às crenças, valores, costumes e pluralidade das pessoas às quais se dirige, num processo de recriação dinâmica e contínua. Sua conceituação está descrita na Teoria da Diversidade e Universalidade Cultural de Cuidado, de sua autoria. Entender que o cuidado de Enfermagem é reinterpretado à luz das características culturais de quem o recebe e que esta reinterpretação pode levar a interação enfermeira/doente aos resultados

que todos os envolvidos no processo esperam, é uma das contribuições de Leininger.

Outras teóricas têm se valido dos conhecimentos de outras disciplinas e produzido estudos que propõem novas roupagens a teorias já conhecidas e que outrora se mostraram ousadas. As teorias de Martha Rogers, Dorothea Orem (Déficit do Autocuidado) e Peplau têm sido revisitadas em estudos e reflexões sobre as bases conceituais da enfermagem.¹⁰

Destaca-se a teoria de Jean Watson, que situa o cuidado como algo que sempre constituiu o domínio da Enfermagem, como a cura pertence à medicina. A teórica chama o cuidado de Ciência que se embasa em valores humanos como fé, solidariedade além dos conhecimentos metodológicos, técnicos e científicos necessários à elaboração do traçado assistencial.^{8,10}

Uma tendência atual da Enfermagem tem sido a redescoberta do cuidado humano, em oposição ao olhar positivista sobre a saúde e o cuidado. Dos embates entre o humanismo, a visão reducionista sob a qual todo sistema pode ser reduzido a partes menores e a interpretação dualista de corpo e mente como separados, vêm surgindo novos modelos de abordagem à saúde e, por conseguinte, do cuidado.^{1, 24, 11}

A Enfermagem vem buscando romper com a fragmentação da assistência, por diversas razões, mas principalmente, porque tem visto que seu ofício é cuidar e que o cuidado profissional está interligado ao cuidado humano. Logo, as dimensões culturais, sociais, afetivas, estéticas, ecológicas e éticas estão em constante interação e apontando novas direções para o processo do cuidado. Alguém que está internado para se submeter a uma cirurgia em qualquer parte do corpo tem e sempre terá necessidades de cuidado gerais, simultâneas e profundas, como conforto, alimentação, higiene, acolhida, sono, repouso ou informação. Tais necessidades podem ser atendidas por um mesmo cuidador, que desenvolverá uma relação de troca com a pessoa de quem está cuidando.

Redimensionar o conceito de saúde, situando-a como resultante de bem-estar físico e social, foi um reconhecimento da necessidade de respeitar a condição de sujeito das pessoas a quem se assiste. O direito à saúde como intimamente ligado aos outros direitos de cidadania marca a superação do conceito biológico da saúde. O cuidado também significa superar o conceito de Assistência de Enfermagem, meramente terapêutica, e ir à busca do cuidado solidário, humano, relacional.

A abordagem fragmentada, biomédica,

parece um tanto cômoda e protetora, na medida em que separa a enfermeira do sujeito a quem dirige o cuidado e não permite maiores contatos pessoais que, por vezes, são constrangedores, sobretudo quando evidenciam situações de sofrimento difuso e desânimo frente às condições de vida. Receber a pessoa na sala inquiri-la sobre as queixas principais (decidir utilizando critérios técnicos e científicos quais são as queixas principais referidas pela pessoa) e implementar a terapêutica, quase uniformemente, permitindo-se algumas variações, visando a alcançar objetivos nem sempre correspondentes aos da pessoa doente, é o usual nas unidades de saúde.

Por isso, quando este cuidado necessita ser deslocado da esfera curativa e individual para a esfera da promoção da saúde e dirigido a um sujeito coletivo, com todas as peculiaridades, movimentos e contradições, esta prática sobre os pilares da técnica se mostra inadequada, frustrante e ineficaz. O sujeito coletivo traz saberes e demandas sociais, culturais, ecológicas e políticas que obrigam a enfermeira a recorrer a paradigmas construídos com bases fincadas em outras áreas da ciência, para entender o processo saúde-doença daquele grupo social e efetivamente atuar junto a ele, numa nova perspectiva do cuidado.

A constatação de que a Enfermagem ainda é vista como uma profissão que apenas executa tarefas, dividindo-as em tarefas executadas pelas diversas categorias, sob supervisão do enfermeiro, é hoje algo que incomoda e impulsiona a procura por aquilo que Daher, Espírito Santo e Escudeiro^{5:146} denominaram de “genealogia da profissão”, a fim de discutir a prática social e o objeto de trabalho da Enfermagem. De fato, a leitura de estudos que se dedicam a descrever as origens da Enfermagem como profissão, traz alguns esclarecimentos e suscita outras questões que ainda parecem veladas no processo de trabalho da enfermeira, como, por exemplo: como a enfermeira se comportou frente à reforma sanitária e a construção do Sistema Único de Saúde.

Silva, Padilha e Borenstein²⁰, em recente estudo histórico-documental sobre as temáticas discutidas em Congressos Brasileiros de Enfermagem, entre 1977 e 1987, discutem a identidade do enfermeiro como reflexo da crise pela qual passava a Enfermagem na transição entre as décadas de 70 e 80. Nos anais dos Congressos estavam presentes discussões que transpareciam o contexto social e político que se vivia na época: o governo militar, a queda do Ato Institucional nº 5, a crise na saúde, com greves nos

hospitais, privilégio à prática curativa, assistencialista e especializada, em prejuízo da saúde pública, as profundas mudanças propostas pela Conferência de Alma Ata, exigindo da Enfermagem um repensar sua prática sob as novas orientações advindas da reforma sanitária em curso.

Sobre este desafio de se fazer apta para o trabalho na atenção primária de saúde, a Enfermagem se debruçou em diversos congressos. Chegou-se à conclusão de que era necessário encontrar, nas conjunturas sociais, políticas e econômicas, as razões para a crise da profissão. Percebe-se uma procura por afastar a Enfermagem da prática alheia ao que se passa ao redor, para avançar em direção ao compromisso social, por meio de posicionamentos políticos mais claros frente à realidade das populações.²⁰

Silva, Padilha e Borenstein²⁰ sintetizam, a partir dos documentos e artigos publicados no período pesquisado, a busca da Enfermagem por afirmação do status profissional, definições de papéis e autonomia, na década de 80, como reflexo de algumas situações, como as descritas a seguir:

1. A indefinição do papel do enfermeiro nos programas de assistência, criados por ocasião da reforma sanitária, dificultando a proposição de currículos que adequassem a formação às novas orientações assistenciais. Era preciso romper rapidamente com o modelo tecnicista que preconizava a assistência individual e curativa.

2. A reduzida participação do enfermeiro na elaboração das políticas públicas de saúde era visível na estrutura dos Ministérios da Saúde e da Previdência Social, que “não possuíam sequer um Departamento ou Coordenação de Enfermagem, com força suficiente para influenciar na organização e, assim, participar das decisões políticas que envolviam diretamente a Enfermagem”.^{20:590}

Com isto, a enfermeira ficou fora dos projetos de assistência à população e sofreu grande abalo em sua identidade profissional. Nos Congressos e Encontros seguintes, ficou patente o desconforto ante a reforma sanitária, por não ter sido inserida nela e por constatar que tal inserção só seria conseguida à custa de profundas e intensas mudanças em todo o fazer e pensar da Enfermagem (ensino, prática profissional, pesquisa), historicamente voltada para a prática hospitalar e curativa.

Silva, Padilha e Borenstein²⁰ destacam o discurso de uma convidada de um dos Congressos de Enfermagem, que ilustra o drama vivido pelas enfermeiras, ao encarar tamanho desafio:

Aqui ousamos colocar que, no momento,

não estão os (as) enfermeiros (as) preparados para atuar nesse nível assistencial, mesmo porque ele implica ações muito mais independentes, e muito mais elevada decisão, características que somente são adquiridas a partir do domínio de conhecimentos e habilidades próprias para determinado tipo de atendimento. E todos nós, enfermeiros (as) sabemos que, nesse caso, terão que ser mudados os funcionamentos curriculares, sem os quais estaremos inaptos a atuar em nível de assistência primária de saúde.^{20:590}

Visitar a situação vexatória vivida pela enfermagem frente à reforma sanitária permite a compreensão de que a superação do despreparo para a atenção primária ainda não foi concluída. Em parte talvez porque é tudo ainda muito recente. O número de enfermeiras colocadas no mercado a cada ano, já sob as novas orientações curriculares, ainda é pequeno, em parte porque as próprias escolas ainda estão reconstruindo seus modelos de ensino, pesquisa e extensão; portanto, não se percebe com grande nitidez, rupturas com o paradigma biomédico, como se pôde perceber durante a observação do processo de trabalho das informantes da presente pesquisa. Das enfermeiras mais antigas às mais recentemente formadas, a prática apresentou poucas distinções no que se refere a posicionamento crítico, e as diferenças que se apresentaram são mais creditadas a características pessoais do que à formação profissional.

Outra possível razão para a lentidão do processo de superação das dificuldades ante a atenção primária é que as enfermeiras que já estavam no mercado, nem sempre foram alcançadas por treinamentos. Assim, ao se apresentar uma oportunidade de atuar na rede básica, aprendiam de maneira informal, com os demais colegas, ou com os próprios funcionários do serviço. Por outro lado, os treinamentos abordam apenas as questões técnicas dos programas, têm duração limitada e não proporcionam reflexões sobre a prática social do enfermeiro frente à população.

ANÁLISE DOS MATERIAIS ORIUNDOS DO TRABALHO DE CAMPO

A análise dos depoimentos fez emergirem as seguintes categorias empíricas:

- **A programação como regra da prática de enfermagem nas unidades**

A programação é um modelo de organização das ações de saúde por grupos populacionais: crianças, mulheres, adolescentes, idosos. Os programas também se organizam de acordo com doenças e/ou situações de exposição a risco de doenças, como Diabetes, hipertensão, câncer (dividido em subprogramas: controle do câncer bucal, de pele, de colo uterino, de mama), doenças sexualmente transmissíveis, doenças infecto contagiosas, doenças transmitidas por vetores, assistência integral à saúde da mulher, climatério, entre outros.

Dentro dos programas há distribuição de tarefas, fluxogramas, esquemas de treinamento de pessoal envolvido, regras para a implantação do programa, formulários próprios, definição das posições hierárquicas que cada profissional ocupa. Nos programas, a enfermeira tem funções de coordenação, supervisão e controle do processo de trabalho da equipe de Enfermagem, composta por auxiliares, vacinadores ou agentes comunitários de saúde, de acordo com a população à qual se destinam e os objetivos que norteiam as ações do programa.

Para Villa, Mishima e Rocha²⁴ *esta nova tecnologia de trabalho, a 'Programação', ofereceu condições para a categoria [a enfermeira] participar de forma mais atuante, tendo o respaldo normativo do modelo, ao mesmo tempo que ampliava o espaço de atuação para o serviço de enfermagem com uma série de atividades previstas, inclusive na esfera de tomada de decisão em determinadas situações, favorecida tanto pela normatização excessiva das atividades e condutas como pelo envolvimento e presença constante do profissional no trabalho*[...] ^{24: 49-50}

Villa, Mishima e Rocha²⁴ ainda acrescentam que o modelo de programação trouxe benefícios à Enfermagem, mas distanciou-a da reflexão, do planejamento e da avaliação do próprio trabalho.

Embora não soubessem de onde vinha esta lógica de organização do processo de trabalho que ignora o que escapa aos programas, os informantes deste estudo pareciam usufruir desta imposição tácita, se dedicando às atividades que mais lhe agradavam, independentemente do que a realidade da população usuária dos serviços apontava como necessidades de saúde. Amparada no conceito de representações coletivas de Durkheim⁶, esta imposição foi classificada como representação coletiva, denominada programação.

Eu trabalho no pré-natal. Atendo às gestantes de baixo risco e as de alto risco eu encaminho pro serviço especializado. Tem atendimento também em outros dias, foi feito um cronograma em que existem dias de atendimento de anti-rábitos e outros tipos de atendimentos, como também preventivos e bacterioscopias. Eu gosto muito de trabalhar com esta questão de Consultas de Enfermagem, relacionadas com diversas coisas. (Margarida)

O trecho do depoimento denota que a atividade de Margarida é acomodada nos programas em que atua, como se ela só atuasse em blocos, e estes blocos parecem não ter ligação com os demais blocos. Ela se refere à Consulta de Enfermagem, mas diferentemente do esforço pela abordagem humanizadora, característica da Consulta de Enfermagem, sua prática é orientada pela lógica dos programas e dos manuais do Ministério da Saúde.

Há que se notar a preferência de Margarida pelo atendimento à mulher, seja gestante ou não. Em seu depoimento, junto com os de João e Rachel, percebem-se as referências que fazem a atendimentos, mas não às pessoas atendidas, como nos trechos a seguir:

[...] muitas vezes o enfermeiro se limita a atender preventivo e pré-natal, preventivo e pré-natal, preventivo e pré-natal. (Rachel)

[...] de lá pra cá, fiquei só no pré-natal e preventivo, e com a campanha do preventivo que massificou mais ainda aquela visão de que enfermeiro é só pra fazer pré-natal e preventivo. (João)

Referir-se a atendimentos e não às pessoas atendidas parece ser expressão da formação tradicional, que encara a prática de Enfermagem como algo fora do contexto político e social. É traço da formação técnica herdada da biologia moderna, com base no paradigma cartesiano-newtoniano historicamente hegemônica, contra a qual a Enfermagem brasileira tem procurado lutar, mas ainda continua reproduzindo.

A programação desemboca na fragmentação do atendimento, uma vez que os programas se dirigem especificamente a determinadas categorias de usuários do SUS. Como tem havido prioridade ao atendimento às mulheres e às crianças, por parte dos programas oficiais, os profissionais, ainda sob a coerção da programação, dirigem-se centralmente para a coleta do preventivo e ações de assistência pré-natal. Note-se que a fragmentação está assim perpetuada, pois a

mulher não grávida não tem suas necessidades de saúde resumidas ao combate ao câncer de útero ou doenças genitais, ou ainda no climatério. A mulher grávida tem sua assistência mantida até o último mês. Após o nascimento da criança, nem sempre os laços assistenciais são mantidos, pois a puericultura não tem sido prioridade no rol de atividades desenvolvidas pelas enfermeiras (tampouco por médicos pediatras) nas Unidades de Saúde, de maneira geral, na realidade de Porto Velho.

• As interfaces da programação: mimetismo com os médicos

Observaram-se no cotidiano das unidades, alguns enfermeiros permanecerem no local de trabalho apenas pelo tempo necessário ao atendimento dos usuários agendados e depois se retirando, a exemplo dos médicos. Este comportamento parece ser uma das interfaces da *programação*, pois explica modificações na maneira como é visto o processo de trabalho do enfermeiro, que passa a não mais se dedicar a outras atividades de sua competência.

Lorena reconhece isso, no trecho abaixo, quando se refere às explicações para essa tendência:

Acho que os próprios enfermeiros são responsáveis por isto. Eles estão com essa idéia de querer fazer consulta ambulatorial que nem médicos. Vir, atender e ir embora. Então não fica na unidade, não vê o que está precisando em termos de orientação, de planejamento, a gente não se preocupa mais com isso. (Lorena)

Lorena apresenta um pouco da realidade em que muitos, motivados pela possibilidade de ter um ganho mensal maior, terminam por acumular diversos empregos.

É tanto que quando eu comecei a trabalhar na parte de saúde pública, eu ficava de olho, eu acho que era a exceção! [risos] ficava das oito até meio dia, mesmo que não fizesse nada, ficava no posto. Se acontecesse alguma coisa, eu atendia, ficava na vacina[...] Infelizmente a gente pega vícios. Eu peguei. Quando entra na parte hospitalar, vindo de um plantão, é aquele negócio: acabou o seu horário, você quer sair correndo porque não aguenta mais[...]. Eu estou fazendo esta falha do enfermeiro mesmo, venho, atendo, olho algum curativo, uma vacina, aí quando não tem mais ninguém, vou embora. Eu acho que, a maior parte dessa culpa é do enfermeiro mesmo, porque não quer assumir a

responsabilidade de ficar mais tempo na unidade. (Lorena)

No segundo trecho, Lorena se inclui no grupo dos que permanecem na unidade apenas enquanto houver pessoas para serem atendidas. Reconhece a importância de supervisionar o trabalho dos auxiliares e técnicos de enfermagem, realizar trabalho educativo e acompanhar o funcionamento da sala de vacina. Sobre os motivos que levam enfermeiras a permanecer na unidade apenas pelo tempo necessário ao atendimento das pessoas com consultas agendadas, apresenta a seguinte opinião:

Por praticidade: ficar pouco tempo, ganhar dinheiro, trabalhar em mais lugares. No hospital, a gente não pode fazer isso, porque a gente tem nossa função de enfermeiro, mas na unidade de saúde, não tem ninguém que questione essa posição de atender 15 fichas e ir embora. (Lorena)

No início de sua vida profissional, Lorena desenvolvia as atividades que considera precípuas da enfermeira, além de cumprir o horário de trabalho. Lutava contra a coerção da *programação*. Mas lutar contra representações coletivas é árdua tarefa, como diz Durkheim:

[...] não sou obrigado a falar francês com os meus compatriotas, nem usar as moedas legais; mas é impossível proceder de outro modo. Se tentasse escapar a esta necessidade, a minha tentativa falharia miseravelmente. Se sou industrial, nada me proíbe de trabalhar com processos e métodos do século passado; mas, se o fizer, arruinar-me-ei por certo. Mesmo quando posso libertar-me dessas regras e violá-las com sucesso, nunca é sem ser obrigado a lutar contra elas.^{6 33}

Com o passar do tempo, vendo-se constrangida por querer desenvolver um processo de trabalho diferente dos demais, Lorena desistiu de lutar. Escolheu realizar as Consultas de Enfermagem, que lhe proporcionam oportunidade de manter a produtividade e sair mais cedo da unidade, a fim de descansar após o plantão noturno trabalhado em outro serviço. É comum, nas Unidades de Saúde, a partir das dez horas da manhã, ou das quatro da tarde, não haver mais profissionais atendendo (reflete-se sobre o outro lado desta questão em capítulo mais adiante). Seu depoimento demonstra um certo desencanto em relação ao processo de trabalho, talvez por não ter mais o controle desejado sobre ele.

A Consulta de Enfermagem é tida como

uma evolução da entrevista pós-clínica, ensaiada a partir dos anos 20, década em que nasceu a figura do enfermeiro de saúde pública. Realizada pela enfermeira, inicialmente junto a mulheres portadoras de doenças sexualmente transmissíveis, a entrevista pós-clínica foi referida no primeiro manual para enfermeiros. Algum tempo depois, se estendeu aos doentes de tuberculose e gestantes.^{4,17,13} Quatro décadas depois, iniciou-se a experiência de atendimento de Enfermagem destinado a gestantes e crianças sadias, nas Unidades da Fundação Serviço Especial de Saúde Pública (SESP).

A princípio a Consulta de Enfermagem foi referida pela Comissão de peritos da Organização Mundial de Saúde (OMS), como sendo uma “função médica delegada”; portanto, um atendimento de Enfermagem, não uma consulta.¹⁷ Posteriormente, a Fundação SESP propôs a substituição do termo “atendimento” para “Consulta de Enfermagem” e, em 1968, a modalidade de atendimento denominada “Consulta de Enfermagem” foi entendida como atividade fim.⁴

Atualmente, a Consulta de Enfermagem faz parte do processo de trabalho do enfermeiro, em Unidades Básicas de Saúde e ambulatórios gerais e especializados, como parte da assistência prestada a populações atendidas pelos programas oficiais, como estratégia de abordagem do usuário. Depois de ser atendido na recepção, é o enfermeiro o primeiro profissional com a qual tem contato. É ele que encaminha aos demais profissionais que atendem na unidade, ou aconselha a procura por outro serviço. Adami¹ investigando diferenças entre as Consultas de Enfermagem e médica, situam como linha norteadora a visão educativa junto ao indivíduo e à família objetivando o preparo para o autocuidado em todos os níveis de assistência.

• Das enfermeiras ou dos médicos: de quem é o poder?

O empenho por se fazer respeitar como profissão que, por vezes, parece uma luta para também alcançar a hegemonia gozada pelos médicos, tem marcado a história da Enfermagem brasileira. Para compreender raízes dessa relação conflituosa em torno do poder convém recordar, ainda que rapidamente, alguns marcos históricos e conceituais fornecidos por Foucault⁹, segundo o qual, a medicina teve seu lugar delineado cada vez mais, nas esferas administrativas institucionais desde o século XVIII. Favorecidos pela penetração crescente nas

diversas instâncias decisórias, de cunho político-administrativo, os médicos passaram a criar todo um saber médico-administrativo sobre a sociedade, hábitos, condições de vida, doenças freqüentes, dentre outros, que veio a influenciar a sociologia e a “economia social” do século XIX. Influência semelhante se fez sobre a população, não apenas em relação às doenças, mas à vida em geral.

Conforme Foucault⁹, o médico, beneficiado por um poder excessivo no século XVIII, imprimiu um cunho médico e político na higiene, pela presença maciça e crescente nas academias e sociedades científicas; participação nas enciclopédias; desempenho de papel de conselheiro junto aos representantes do poder; surgimento de organizações médicas às quais foram sendo oficialmente delegadas autoridade e funções administrativas, para tomar medidas que julgassem adequadas, ainda que autoritárias. Foucault destaca a figura do médico reformador da economia ou da política, freqüente na segunda metade do século XVIII, bem como a “sobre-representação dos médicos nas assembléias revolucionárias” e prossegue:

Recorrer a Foucault⁹ tem sido uma saída para quem deseja empenhar-se criticamente na compreensão da Medicina ou da Enfermagem, sobretudo nas questões referentes ao poder, à medicalização e ao hospital. Autores como Borenstein³ e Nascimento e Martins¹⁸, trazem análises sobre o poder na Enfermagem ancoradas nos escritos foucaultianos.

Foucault apresenta descrições claras e profundas acerca do poder, incluindo a proposição da não existência do poder como algo palpável, unitário, delimitável, mas como “um feixe de relações mais ou menos organizado, mais ou menos piramidalizado, mais ou menos coordenado”.^{9:248} O poder não se localiza em nenhum lugar próprio na estrutura social, mas se faz rede da qual é praticamente impossível se escapar. A rede de poderes não possui limites ou fronteiras, lado de dentro ou de fora. Assim, a divisão dos que detêm o poder e os que não o detêm não se aplica à descrição do poder.

O poder, tomado com essa essência relacional, traz para dentro de si todas as lutas contra o seu exercício como lutas permeadas de poder, já que nada está livre de poder. Assim, “qualquer luta é sempre resistência na própria rede de poder, como uma teia que se alastra por toda a sociedade e a que ninguém pode escapar: ele está sempre presente e se exerce com uma multiplicidade de relações de forças”.^{3:46}

Com base em Foucault, Borenstein³ sugere

poder-se dizer que o médico concentrou o poder em suas mãos, a partir do momento em que adentrou o hospital, medicalizando-o. Porém, as religiosas que se dedicavam ao cuidado dos doentes e, mais tarde, as enfermeiras, ao passar mais tempo próximo e em contato com os doentes e demais profissionais, acabavam sutilmente exercendo poder, influenciando na assistência médica, priorizando os atendimentos que julgavam ser urgentes, delegando funções. Mas, “em outros momentos, sem dúvida alguma eram e continuam sendo os médicos, que têm exercido o poder”. Como nos diz Foucault⁹, “não existem aqueles que detêm o poder e os que estão dele alijados; na verdade, o poder circula, está presente em todo lugar e a todo momento”^{3:45}.

A enfermeira exerce o poder junto aos doentes, auxiliares de enfermagem e junto ao médico, em relações permeadas de forças e mecanismos de enfrentamentos, nem sempre perceptíveis. É o poder de quem está lá, ao lado do doente, por um tempo maior do que outros profissionais. Tendo acesso a grande parte das informações sobre a pessoa doente e suas necessidades, desencadeia o processo de cuidado, organiza o ambiente de trabalho, tornando-se um referencial para os demais profissionais, no que concerne às informações e escolha das abordagens adequadas às necessidades dos usuários do SUS.

O jogo do poder nem sempre tem os médicos como vencedores, mas resquícios de luta para impor sua superioridade ante a enfermeira ainda resistem, como apontar erros nas atividades executadas pela enfermeira:

Às vezes, o médico tenta desqualificar as ações do enfermeiro não porque o enfermeiro realmente foi desleixado no cuidado[...] o intuito da desqualificação é produzir um certo jogo de poder e apontar certa impotência nas ações do enfermeiro ao por em prática as diretrizes médicas.^{22:42}

O texto de Teixeira se refere ao ambiente hospitalar, como os trabalhos de Borenstein³, mas se observa o recurso da desqualificação, também, no ambiente das Unidades Básicas de Saúde.

Quando eu era pequena, eu tinha asma e, muitas vezes, fui pra emergências. Quando eu entrava pela primeira vez, eu tinha medo do médico, achava que ele era o soberano, que sabe tudo... O enfermeiro hoje quer o papel do médico, chegar atender e mandar embora, aí o paciente fica com medo dele também. (Lorena)

Este trecho do depoimento de Lorena acrescenta uma faceta à reflexão sobre o poder: o medo que o médico provoca na pessoa que atende. A curta permanência na Unidade, a proximidade dificultada pelo atendimento restrito aos poucos usuários que conseguiram ficha, aliados a todo conjunto de representações antigas, alimentam o mito do médico como alguém superior. À enfermeira, que permanece (ou deveria permanecer) por mais tempo na unidade, acessível a todos, resta a representação de alguém que resolve problemas e não intimida. Assim, para Lorena, a enfermeira passa a imitar a inacessibilidade do médico e despertar na pessoa o mesmo medo, encarado como sinal do reconhecimento de que está diante de alguém que tem poder.

Nas Unidades Básicas de Saúde observadas, os enfermeiros têm exercido o poder no relacionamento com as pessoas, os familiares e os profissionais das Unidades, mas, talvez não se dêem conta disso, por não haver, em relação a elas, os mesmos rapapés esboçados em direção aos médicos. Certo dia, vi uma auxiliar de enfermagem arrumando o consultório da enfermeira com esmero. Senti-me agradavelmente surpresa, por jamais ter visto tal cuidado na unidade observada. Quando entrei na sala, ela rapidamente me comunicou em tom de advertência: “o doutor Geraldo vai atender aqui”. Tal comportamento sugere uma sensação de igualdade, sentida pelas auxiliares em relação à enfermeira que, apesar de na maioria das vezes pertencer a uma classe social diferente da dos auxiliares e deter conhecimentos científicos amplos e complexos, não goza do mesmo status social que o médico, logo, não “merece” ter sua sala esmeradamente arrumada antes de iniciar seu atendimento.

Os achados de Ferreira⁷ sobre as Consultas de Enfermagem similares às consultas dos médicos foram também confirmados por Maciel e Araújo¹³, em estudo sobre as Consultas de Enfermagem junto a portadores de hipertensão arterial. Para as autoras, as Consultas realizadas pelas enfermeiras participantes da pesquisa, são descritas como:

Centradas no modelo médico tradicional, voltadas para o indivíduo, sem considerar outros fatores envolvidos no processo saúde-doença, como seu meio psicossocial e familiar. A abordagem educativa exclusivamente individual, pode tomar a orientação uma atividade desgastante e repetitiva.^{13:214}

Ferreira⁸ aponta mais uma questão que se

constatou durante o período de coleta de dados deste estudo: a presença das auxiliares de enfermagem no ambiente em que se desenrola a consulta dos enfermeiros, transitando sem maiores “cerimônias”, o que não acontece no ambiente onde se dão as consultas realizadas por médicos.

Os médicos, os auxiliares não valorizam; os próprios enfermeiros não se valorizam, é como se ficasse assim: se não tiver enfermeiro, é o mesmo que nada[...] a gente vê isso no hospital. E também vê um pouco no ambulatório também, o médico vai fazer pré-natal e manda para enfermeira fazer o cartão. Enfermeira não é pra fazer cartão de gestante! É pra atender a gestante como um todo! os médicos não fazem o cartão, o enfermeiro por ser bonzinho, por querer ajudar, não quer prejudicar aí pega e faz o cartão e acaba virando vício. (Lorena)

Lorena aponta a desvalorização do enfermeiro no ambulatório a partir de um hábito comum por parte dos médicos: mandar a enfermeira fazer o cartão da gestante. Atitudes como esta mostram que, por vezes, o médico não considera o cartão da gestante como algo importante — ou não o considera como algo que faz parte de seu processo de trabalho.

Ainda que alguns não percebam a necessidade de tornar acessíveis informações como: estado vacinal; medida uterina; pressão arterial; antecedentes ginecológicos e obstétricos; resultados de exames mais recentes, entre outras, as informações colhidas a cada consulta são reunidas no cartão da gestante que, ficando em poder dela, é útil em casos de urgência em que a mulher seja atendida em outro serviço. Não preencher o cartão da gestante significa deixá-la sem registros importantes para o acompanhamento de sua própria gravidez, sonegar informações também ao seu companheiro e familiares, além de expô-la a problemas no ambiente de trabalho, já que o registro no cartão comprova cada atendimento recebido dentro das atividades de assistência pré-natal.

Lorena diz que a enfermeira acaba por preencher o cartão e assim tende a cristalizar o vício de alguns médicos. As enfermeiras sabem a importância das informações constantes do cartão para o atendimento adequado e ágil. A convivência com cartões, dentro dos diversos programas, é algo com o qual as enfermeiras se acostumam desde os tempos de estudantes. Há cartões para crianças, hipertensos, doentes de diabetes,

tuberculose e hanseníase, soropositivos para HIV e demais grupos atendidos pelos profissionais, dentro dos programas desenvolvidos nas Unidades. É uma forma de garantir o acesso rápido a informações importantes para os usuários e para profissionais.

Há um inciso no artigo 7º da lei 8.080/90 que regulamenta o SUS que trata dessa questão: “V - Direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde”. Portanto, a recusa em relação ao preenchimento do cartão de gestante é também um desrespeito à lei Orgânica de Saúde.

Encaminhar a grávida à enfermeira apenas para o preenchimento do cartão é fragmentar a consulta, obrigar a usuária a esperar em outra fila, responder, outra vez, a uma série de perguntas, resultando em uma perda de tempo desnecessária, tanto para a mulher, como para o serviço. Muitas vezes, as mulheres vão embora, preocupadas com filhos deixados em casa, ou com o atraso na volta para o trabalho.

Isso leva a uma visão distorcida da função da enfermeira, que parece então, ser uma “escriturária” a serviço do médico. Atitudes como essas parecem expressar a representação coletiva de que o mundo fora das paredes da unidade não existe, ou não é importante. Assim posto, não é reconhecido, como direito, o respeito ao tempo da pessoa. O tempo respeitado é o da Unidade e dos que lá trabalham. Perdem-se oportunidades de desenvolver a ação educativa, o relacionamento cordial, o atendimento integral e interdisciplinar junto à mulher. Perdem-se também a fluidez do trabalho e a confiança da população na unidade.

Esses são problemas a serem refletidos e resolvidos nas escolas de formação de profissionais de saúde, que talvez estejam falhando no que concerne ao ensino do SUS e dos direitos do cidadão, como também no concernente a relações humanas no trabalho. Em que pesem as inúmeras contradições observadas nas unidades de saúde, alivia saber que nas Escolas de Enfermagem estas questões já vêm sendo discutidas há algum tempo.

Há aquelas que, como Lorena que se revolta contra situações como a descrita nos parágrafos anteriores, mas percebe-se que, por parte de algumas enfermeiras, há certa aceitação da desigualdade em relação aos médicos, ilustrada por pequenos acontecimentos cotidianos, como por exemplo: quando a palestra do enfermeiro é feita junto às mulheres enquanto aguardam o atendimento do médico, observou-se que, em algumas oportunidades, mulheres se

recusavam a participar da atividade educativa, com receio de perder a Consulta.

Não havia, por parte do médico, estímulo para que acompanhassem a palestra. Assim, a atividade realizada pela enfermeira parecia algo não levado em conta pelo médico como intervenção de saúde. Em algumas ocasiões, parecia que o mesmo pensamento era compartilhado pelas usuárias, atendentes e, também, pela própria enfermeira, que se mostrava acostumada às atitudes das atendentes, que repetidamente interrompiam a palestra para chamar aquela que seria a próxima a ser atendida, antes mesmo da saída da anterior do consultório, justificando-se com a expressão: “senão o doutor vai brigar”.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Viu-se que o processo de trabalho dos enfermeiros participantes da pesquisa é ainda centrado na fragmentação da assistência oriunda do modelo biomédico; na prática médica; na disputa pelo poder. Mesmo em meio a todas estas interferências, os participantes demonstravam desejo de encontrar novos caminhos que lhe favorecessem a identidade profissional por meio de seu processo de trabalho. Este é uma necessidade que a categoria como um todo vem sentindo.

Esforços coletivos têm sido feitos para expandir a capacidade de articulação em âmbito nacional e internacional, para se colocar a par das tendências mundiais da assistência, a luta pelo respeito aos direitos civis das mulheres, maioria na profissão, portanto, expressão da luta pelos direitos da própria categoria. Preocupação com a formação política nas escolas e nos encontros científicos é um dos sinais do esforço sem proporções que a enfermagem vem despendendo. Resultados deste esforço se mostram a cada dia.

Mesmo que seu trabalho às vezes se encontre ofuscado pela relação ainda difícil com os demais profissionais que compõem a equipe de saúde, a enfermeira tem seu papel na assistência cada vez mais claro. Participa das discussões sobre as políticas públicas de saúde, ocupa espaços decisórios nas estruturas gestoras do Sistema Único de Saúde, e avança na pesquisa sobre a Enfermagem como trabalho, fazendo surgir obras que se tornaram referências históricas, conceituais e metodológicas para as discussões na década de 80 até hoje, como os estudos de Pires.¹⁹

A realização desta pesquisa nos mostra que estas questões precisam continuar a ser

pesquisadas, debatidas, esclarecidas para orientar as novas gerações de cuidadores que estamos formando frente aos desafios que este novo século traz para todas as profissões.

REFERÊNCIAS

1. Adami NP (Org.). Características básicas que diferenciam a consulta de enfermagem da consulta médica. *Acta Paul Enferm.* 1989 Mar; 2(1):9-13.
2. Barreira IA. A enfermeira Anna Néri no “país do futuro”: a aventura da luta contra a tuberculose. (Tese de Doutorado). Rio de Janeiro: Escola de Enfermagem Ana Néri. Universidade Federal do Rio de Janeiro; 1992.
3. Borenstein MS. Poder da enfermagem no espaço hospitalar. *Texto & Contexto Enferm.* 2000 Ago-Dez; 9(3):42-53.
4. Castro IB. Aspectos clínicos do desempenho de funções próprias do enfermeiro na assistência ao paciente não hospitalizado. (Dissertação de Mestrado). Rio de Janeiro: Escola de Enfermagem Ana Néri. Universidade Federal do Rio de Janeiro; 1977.
5. Daher DV, Espírito Santo FH, Escudeiro CL. Cuidar e pesquisar: práticas complementares ou excludentes?. *Rev Latino-am Enferm.* 2002;10(2):145-50.
6. Durkheim E. As regras do método sociológico. São Paulo: Martin Claret; 2002.
7. Ferreira SL. A Mulher e os Serviços Públicos de Saúde. In: ALMEIDA MCP, ROCHA SMM (Orgs.). *O Trabalho de Enfermagem.* São Paulo: Cortez; 1997. p.175-227.
8. Figueiredo NMA, Carvalho V. O corpo da enfermeira como instrumento do cuidado. Rio de Janeiro: Revinter; 1999.
9. Foucault M. O nascimento da medicina social. In: Foucault M. *Microfísica do poder.* 11ª ed. Rio de Janeiro: Graal; 1995. p.79-98.
10. George J. Teorias de enfermagem: os fundamentos para a prática profissional. Porto Alegre: Artes Médicas; 2000.
11. Leite JO, Pereira WSB. (Orgs). *Memórias do cuidado: enfermagem, compaixão e ética na Amazonia.* São Paulo: Loyola; 2004.
12. Lunardi VL, Lunardi Filho WD, Borba MR. Como o enfermeiro utiliza o tempo de trabalho numa unidade de internação. *Rev Bras Enferm.* 1994;47(1):7-14.
13. Maciel ICF, Araújo TL. Consulta de enfermagem: análise das ações junto a programas de hipertensão arterial, em Fortaleza. *Rev Latino-am Enferm.* 2003;11:207-14.
14. Malinowski B. Os argonautas do pacífico ocidental: um relato do empreendimento e da

aventura dos nativos nos arquipélagos da Nova Guiné Melanésia. 3ª ed. São Paulo: Abril Cultural; 1984. (Os Pensadores).

15. Minayo MCS. O desafio do conhecimento – pesquisa qualitativa em saúde. 4ª ed. São Paulo: HUCITEC-ABRASCO; 1996.

16. Moreira MCN. A fundação rockfeller e a construção da identidade profissional de enfermagem no brasil na primeira república. História, Ciências, Saúde – Manguinhos. Nov. 1998/1999 Fev;5(3):621-45.

17. Mota SMC. Consulta de enfermagem na área materno-infantil: estudo descritivo dos procedimentos em centros municipais de saúde na cidade do Rio de Janeiro. (Dissertação). Rio de Janeiro: Escola de Enfermagem Ana Néri. Universidade Federal do Rio de Janeiro; 1980.

18. Nascimento ERP, Martins JJ. O poder institucionalizado da enfermagem na unidade de terapia intensiva: o cenário real x o cenário idealizado. Texto & Contexto Enferm. 2000 Ago-Dez; 9(3):193-215.

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

20. Silva AL, Padilha MICS, Borenstein MS. Imagem e identidade profissional na construção do conhecimento em enfermagem. Rev Latino-am Enferm. 2002 Jul-Ago; 10(4): 586-95.

21. Teixeira E. Travessias, redes e nós: complexidade do cuidar cotidiano de saúde entre ribeirinhos. (Tese de Doutorado). Pará: Núcleo de Altos Estudos Amazônicos. Universidade Federal do Pará; 1999.

22. Teixeira ER. Interações entre corpo e subjetividade. In: Figueiredo N. Administração de medicamentos: revisando uma prática de enfermagem. São Paulo: Difusão; 2003. p. 27-61.

23. Triviños AN. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas; 1995.

24. Villa TCS, Mishima SM, Rocha SMM. A enfermagem nos serviços de saúde pública no Estado de São Paulo. In: Almeida MCP, Rocha SMM. (Org.) O trabalho de enfermagem. São Paulo: Cortez; 1997. p.27-60.

25. Waldow VR. Cuidado humano: o resgate necessário. 3ª ed. Porto Alegre: Sagra-Luzzato; 2001.

Sources of funding: No
Conflict of interest: No
Date of first submission: 2008/03/25
Last received: 2008/04/25
Accepted: 2008/04/27
Publishing: 2008/07/01

Address for correspondence

Wilma Suely Batista Pereira
Universidade Federal de Rondônia
Núcleo de Saúde – BR 364, Km 9,5
CEP: 78900-000 – Porto Velho (RO), Brasil