

JANETE MARIA DENARDIN

**CONTRADIÇÕES NO PROCESSO DE TRABALHO DE
ENFERMAGEM – UM ESTUDO NO AMBULATÓRIO**

SANTA MARIA, RS

2002

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: FILOSOFIA, SAÚDE E SOCIEDADE
MODALIDADE INTERINSTITUCIONAL – UFSC/UFSM**

**CONTRADIÇÕES NO PROCESSO DE TRABALHO DE
ENFERMAGEM – UM ESTUDO NO AMBULATÓRIO**

JANETE MARIA DENARDIN

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC, como requisito para obtenção do Título de Mestre em Enfermagem na Área de Filosofia, Saúde e Sociedade.

ORIENTADORA: Dr^a. MARIA TEREZA LEOPARDI

CO-ORIENTADORA: Dr^a. CARMEM LÚCIA COLOMÉ BECK

Santa Maria, maio de 2002

CONTRADIÇÕES NO PROCESSO DE TRABALHO DE ENFERMAGEM – UM ESTUDO NO AMBULATÓRIO

JANETE MARIA DENARDIN

Esta dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do título de

Mestre em Enfermagem

e aprovada em sua forma final em 17 de maio de 2002, atendendo às normas da legislação vigente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Curso de Mestrado em Enfermagem – Área de Filosofia, Saúde e Sociedade, da Universidade Federal de Santa Catarina.

Dr^a Denise Elvira Pires de Pires
Coordenadora do Programa

BANCA EXAMINADORA:

Dr^a Maria Tereza Leopardi
Presidente

Dr^a Beatriz Beduschi Capella
Membro

Dr^a Rosa Maria Bracini Gonzales
Membro

Dr^a Flávia Regina Souza Ramos
Suplente

Dr^a Elisabeta Albertina Nietsche
Suplente

AGRADECIMENTOS

***P**alavras dizem tão pouco frente aos sentimentos que nos invadem nos momentos especiais. Como este é um momento muito especial para mim, fico a mercê justamente das palavras. Há que se buscar o que envolve a palavra, que é a emoção contida no gesto de carinho e afeto demonstrados por todas as pessoas que num momento ou outro estiveram presente na minha vida. Desta forma, agradeço:*

*Aos meus pais, **Maria e Luiz**, por me ajudarem desde o início... e depois, a cada passo me acompanhando, incentivando e acreditando. Dois trabalhadores incansáveis que souberam com amor, fé, coragem e persistência ensinar as lições necessárias para uma vida pautada no caminho do Bem.*

*À **Wanda, Lourdes e Ana**, minhas irmãs e amigas que estiveram sempre comigo durante minha caminhada, incentivando e apoiando em todos os momentos. Obrigada pelo carinho, afeto, aprendizado, exemplo de vida, convivência...*

*À **Maria Tereza Leopardi**, minha orientadora, que, mesmo antes desse momento, já me estimulava a seguir em frente. Seu conhecimento, segurança e jeito humano de tratar as pessoas sempre me chamaram a atenção. Sua orientação foi fundamental para entender e delinear todos os passos dessa caminhada.*

*À **Carmem Lúcia Colomé Beck**, minha co-orientadora, que com seu conhecimento, dinamismo e alegria me ajudou a ver que era possível realizar este estudo. Valorizando e apoiando, em todos os momentos, ensinou-me também que cada*

um tem o “seu tempo”, que era preciso paciência para encontrar o “tempo da gente”.

*Aos **professores e funcionários** da Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina e da Universidade Federal de Santa Maria, que possibilitaram a existência desse curso, integrando pessoas e instituições. Promovendo o “aprender a aprender” e ensinando a busca constante de “ser mais”.*

*À **Maria Lúcia Ravelo da Silva**, Diretora de Enfermagem do HUSM, e Suzinara Soares de Lima, Coordenadora de Enfermagem da área ambulatorial, pela aceitação da minha liberação, que possibilitou a minha participação neste, e pelo apoio e entendimento nos diferentes momentos desta trajetória.*

*Aos meus **colegas** de trabalho do ambulatório, sujeitos informantes deste estudo, que, desde o início, mostraram-se disponíveis para ajudar, entendendo minha presença e, ao mesmo tempo, afastamento, “dando força e torcendo para tudo dar certo”.*

Tivemos alguns ganhos, mas também perda... saudade...

*Às **colegas** desta turma de mestrado pela convivência, ajuda, estímulo e momentos compartilhados de estudo, aprendizado, alegria e crescimento conjunto.*

*À **Tânia Magnago e Janete Urbaneto**, em especial, pela convivência amiga, apoio e companheirismo durante este curso. Também nos momentos de angústia suas presenças foram importantes para ajudar na superação.*

*À **Benildes Mazzorani, Adelina Prochnow, Maria Helena Gehlen e Adroir Martins**, que juntos, na convivência e compartilhamento de idéias e ideais, crescemos e aprendemos que é possível realizar um programa interdisciplinar. Este período foi importante para que agora possa estar vivenciando este momento.*

*À **Rosa Gonzales**, pela atenção, disposição e boa vontade em indicar bibliografia relacionada ao tema, emprestando-me alguns livros. Por sua dedicação no estudo do processo de trabalho de enfermagem, tornando mais clara a sua compreensão.*

*À **Elisabeta Nietzsche**, pelo estímulo no transcorrer deste curso, disponibilidade e dedicação na leitura deste estudo, suas sugestões são muito valiosas para mim.*

*À **Vânia Backes** pela boa vontade e empenho em referenciar fonte bibliográfica ligada ao assunto, auxiliando no embasamento deste trabalho.*

*À **Ângela Maria Simões**, autora de um estudo relacionado ao tema, pelo interesse e disponibilidade em fornecer um exemplar de seu trabalho.*

*À **Lívia Retamoso** pela amizade, empenho e dedicação demonstrados ao encontrar a autora de um trabalho que seria importante para este estudo, conseguir um exemplar e enviá-lo para mim.*

*À **Marcinha**, que desde o início me incentivou e apoiou nesta caminhada. Dando força e ajudando nos momentos em que me sentia fragilizada. Ensinando-me os primeiros passos no “bicho computador” e criando uma folha de “ajuda”.*

*Ao **Grupo de Quinta, Eunice, Lourdes, José, Vera, Laurete, Wal, Valmi, João Antônio, Hélio, Dair**, pela energia e vibração em todos os momentos. Pelas discussões, estudo e crescimento compartilhado. Também agradeço aos **amigos** que se encontram em diferente estágio da vida.*

Aos que não tem seus nomes assinalados aqui, mas que compartilharam comigo muitos momentos de alegrias, de vida, de aprendizados...

CONTRADIÇÕES NO PROCESSO DE TRABALHO DE ENFERMAGEM – UM ESTUDO NO AMBULATÓRIO

RESUMO

Autor: Janete Maria Denardin

Orientadora: Dr^a Maria Tereza Leopardi

Co-Orientadora: Dr^a Carmem Lúcia Colomé Beck

Este estudo constitui-se de uma pesquisa exploratória, com abordagem qualitativa, com base na Teoria Sócio-Humanista de Capella e Leopardi (1999). A metodologia do presente trabalho foi dividida em duas etapas. A primeira é referente ao desenvolvimento do processo reflexivo realizado com os trabalhadores de enfermagem do ambulatório Ala I do Hospital Universitário de Santa Maria, RS. A segunda etapa refere-se às entrevistas realizadas com os mesmos trabalhadores de enfermagem, com o intuito de reconhecer e aprofundar as contradições existentes no processo de trabalho da enfermagem do ambulatório. Na prática reflexiva foi possível desencadear discussões acerca do processo de trabalho de enfermagem estimulando as relações intersubjetivas, valorizando o trabalhador nos aspectos pessoal e profissional, assim como o trabalho em equipe, por meio de um processo educativo participativo. Nas entrevistas emergiram dados referentes às contradições no processo de trabalho de enfermagem do cenário estudado. Para analisar e interpretar os dados foram relacionados os conceitos da Teoria Sócio-Humanista com as falas dos trabalhadores e, a partir disso, foram determinadas às categorias de sujeito trabalhador; de sujeito e sua relação com a natureza e de sujeito da necessidade, estabelecendo também uma relação com a teoria geral sobre o processo de trabalho.

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA – UFSC
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE/DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

Autor: Janete Maria Denardin

Orientadora: Dr^a Maria Tereza Leopardi

Co-Orientadora: Dr^a Carmem Lúcia Colomé Beck

Título: CONTRADIÇÕES NO PROCESSO DE TRABALHO DE ENFERMAGEM –
UM ESTUDO NO AMBULATÓRIO

Dissertação de Mestrado em Enfermagem – Área de concentração: Filosofia Saúde e Sociedade.

Santa Maria, RS, 17/05/2002

NURSING'S WORK PROCESS CONTRADICTIONS – A STUDY IN THE OUTPATIENTS' DEPARTMENT

ABSTRACT

Author: Janete Maria Denardin

Adviser: Dr^a Maria Tereza Leopardi

Dr^a Carmem Lúcia Colomé Beck

This study is a qualitative exploratory research based on the Socio-Humanistic Theory (Capella and Leopardi, 1999). The methodology is divided in two phases. The first one is referred to the reflexive practice, in which I describe the development of the reflexive process that was done with nursing workers of the Ala 1 outpatients' department of the University Hospital of Santa Maria, RS. The second phase was based on an interview that was carried out with the same workers aiming at recognizing and investigating contradictions regarding the nursing working process of the referred department. In the reflexive practice, it was possible to propose discussions concerning the nursing working process that could stimulate the inter-subject relations and value employees in their personal and professional aspects, as well as the work in groups employing an educative and participative process. The interviews indicated data concerning contradictions about the working process studied. In order to analyze and interpret data, the Socio-Humanistic Theory' concepts were related with discussions of the meetings. Consequently, it was determined the categories of the worker, the individual and his relationship with nature and the individual and his needs. In addition, a relation with the general theory is established about the working process.

**FEDERAL UNIVERSITY OF SANTA CATARINA, SC, BRAZIL
HEALTH SCIENCE CENTER / NURSING DEPARTMENT
POSTGRADUATION COURSE IN NURSING**

Author: Janete Maria Denardin

Title: NURSING'S WORK PROCESS CONTRADICTIONS – A STUDY IN THE
OUTPATIENTS' DEPARTMENT

Master Dissertation in Nursing – Area of Concentration: Philosophy, health and
society

Santa Maria, RS, 17/05/2002

CONTRADICCIONES EN EL PROCESO DE TRABAJO DE ENFERMERÍA – UN ESTUDIO EN EL AMBULATORIO

RESUMEN

Autora: Janete Maria Denardin
Tutora: Dr^a Maria Tereza Leopardi
Co-Tutora: Dr^a Carmem Lúcia Colomé Beck

Este estudio está constituido de una encuesta exploratoria, con abordaje cualitativo, basado en la Teoría Socio-Humanista de Capella y Leopardi (1999). La metodología del trabajo fue dividida en dos etapas. La primera se refiere al desarrollo del proceso reflexivo realizado con los trabajadores de enfermería del ambulatorio Ala I del Hospital Universitario de Santa Maria, RS. La segunda etapa se refiere a las encuestas realizadas con los mismos trabajadores de enfermería, con la intención de reconocer y profundizar las contradicciones existentes en el proceso de trabajo de enfermería del ambulatorio. En la practica reflexiva fue posible desarrollar discusiones acerca del proceso de trabajo de enfermería estimulando las relaciones ínter subjetivas, valorando el trabajo en los aspectos personales y profesionales, así como el trabajo en equipo, a través de un proceso educativo participativo. En las entrevistas emergieran datos referentes a las contradicciones en el proceso de trabajo de enfermería en el escenario estudiado. Para analizar e interpretar los datos fueron relacionados los conceptos de la Teoría Socio-Humanista con las hablas de los trabajadores y, a partir de eso, fueron determinadas las categorías de sujeto trabajador; de sujeto y su relación con la naturaleza y de sujeto de la necesidad, estableciendo también una relación con la teoría general a respeto del proceso de trabajo.

UNIVERSIDAD FEDERAL DE SANTA CATARINA – UFSC
CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD/ DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA
CURSO DE POS GRADO EN ENFERMERÍA

Autora: Janete Maria Denardin
Tutora: Dr^a Maria Tereza Leopardi
Co-Tutora: Dr^a Carmem Lúcia Colomé Beck
Título: CONTRADICCIONES EN EL PROCESO DE TRABAJO DE ENFERMERÍA
– UN ESTUDIO EN EL AMBULATORIO
Tesis de Master en Enfermería – Área de Concentración: Filosofía Salud y
Sociedad

Santa Maria, RS, 17/05/2002

SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS	iii
RESUMO	vi
ABSTRACT	vii
RESUMEN	viii
LISTA DE FIGURAS	xii
LISTA DE TABELAS	xii
LISTA DE QUADROS	xii
LISTA DE ANEXOS	xiii
1 INTRODUÇÃO	01
1.1 Objetivos	06
1.1.1 Objetivo Geral	06
1.2.2 Objetivos Específicos	07
2 REFERENCIAL TEÓRICO	08
3 METODOLOGIA	23
3.1 Caracterização do Campo de Prática	23
3.1.1 Período	26
3.1.2 Sujeitos Participantes	26
3.1.2.1 Primeira etapa – prática reflexiva	26
3.1.2.1 Segunda etapa – entrevista	28
3.1.3 Coleta de Dados	28
3.1.3.1 Primeira etapa – prática reflexiva	28

3.1.3.2 Segunda etapa – entrevista.....	29
3.1.4 Estratégias de Abordagens.....	31
3.1.4.1 Primeira etapa – prática reflexiva	31
3.1.4.2 Segunda etapa – entrevista	31
3.1.5 Estratégias de Motivação.....	32
3.1.5.1 Primeira etapa – prática reflexiva	32
3.1.5.2 Segunda etapa – entrevista	33
3.1.6 Organização e Análise dos Dados	33
3.1.6.1 Primeira etapa – prática reflexiva	33
3.1.6.2 Segunda etapa – entrevista.....	34
4 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS	35
4.1 Prática Reflexiva – Encontros com os Trabalhadores de Enfermagem	38
4.1.1 Primeiro Encontro – 07 de maio de 2001	39
4.1.1.1 Tecendo a teia.....	40
4.1.1.2 Reflexão sobre a figura formada	41
4.1.1.3 Desfazendo a teia	42
4.1.2 Segundo Encontro – 14 de maio de 2001.....	43
4.1.3 Terceiro Encontro – 21 de maio de 2001	46
4.1.4 Quarto Encontro – 28 de maio de 2001.....	49
4.1.5 Quinto Encontro – 04 de junho de 2001	52
4.1.6 Sexto Encontro – 11 de junho de 2001	56
4.1.7 Síntese dos Assuntos Levantados durante os Encontros	57
4.1.8 Síntese dos Encontros.....	62
4.2 As Contradições no Trabalho do Ambulatório.....	74
4.2.1 Categoria 1 – Sujeito Trabalhador.....	76
4.2.1.1 Sub-categoria 1a – o sujeito trabalhador e sua representação no trabalho	76
4.2.1.2 Sub-categoria 1b – grupo de trabalho	78
4.2.1.3 Sub-categoria 1c – o sujeito trabalhador e suas relações sociais.....	85
4.2.1.4 Sub-categoria 1d – o sujeito trabalhador, seu trabalho e sua relação com o mundo capitalista.....	93
4.2.2 Categoria 2 – O Sujeito e sua Relação com a Natureza	113

4.2.2.1 Sub-categoria 2a – a natureza e seu curso.....	113
4.2.3 Categoria 3 – O Sujeito da Necessidade.....	114
5 SÍNTESE INTERPRETATIVA DAS CONTRADIÇÕES REVELADAS	120
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	132
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	139
ANEXOS.....	143

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Representação gráfica da integração dos conceitos.....	22
--	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição dos informantes por faixa etária	36
Tabela 2 – Distribuição dos trabalhadores por tempo de serviço no HUSM	36
Tabela 3 – Distribuição dos informantes segundo o tempo de serviço no ambulatório	37

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Doenças mencionadas pelos informantes	38
Quadro 2 – Categorias de contradições, seus descritores e frequência nas falas dos informantes.....	75

LISTA DE ANEXOS

ANEXO A – Consentimento livre e esclarecido.....	144
ANEXO B – Autorização da instituição	145
ANEXO C – Consentimento livre e esclarecido do participante.....	146
ANEXO D – Autorização da instituição	147
ANEXO E – Texto 1, utilizado nas atividades de grupo: MUDANÇA	148
ANEXO F – Texto 2, utilizado nas atividades de grupo: AS TRÊS PENEIRAS ..	149
ANEXO G – Texto 3, utilizado nas atividades de grupo: O MEDO DA DIFERENÇA.....	150

1 INTRODUÇÃO

Neste relato apresento o caminho percorrido desde o período de atividades da prática assistencial, cujo projeto foi elaborado como requisito às disciplinas de Prática Assistencial de Enfermagem, Aspectos Éticos na Assistência de Enfermagem, Educação e Assistência de Enfermagem, e na seqüência a complementação de coleta e análise de dados, cuja síntese constitui-se na Dissertação de Mestrado.

Descrevo a forma como se desenvolveu este processo reflexivo com os trabalhadores de enfermagem do ambulatório Ala I do Hospital Universitário de Santa Maria, com base na Teoria Sócio Humanista de CAPELLA & LEOPARDI (1999), e nos princípios educativos de FREIRE (1980, 1983, 1985).

A partir dos dados levantados durante a Prática Assistencial, senti necessidade de aprofundar o estudo, mais especificamente para buscar elucidar as contradições encontradas neste ambiente de trabalho.

O interesse em realizar este estudo tem origem na minha trajetória profissional, pois sempre trabalhei na assistência de enfermagem no hospital e, no transcorrer deste tempo, alguns fatos sempre me chamavam atenção, geravam questionamentos e inconformidade. São fatos ligados à organização do trabalho de enfermagem, ao trabalhador de enfermagem, aos conflitos e às contradições existentes na profissão e nos serviços de saúde.

Na função de enfermeira sempre tive preocupação com o trabalho de Enfermagem e suas dificuldades. Comprometida com uma assistência de

qualidade, percebi ser este um momento propício para compartilhar algumas idéias com a equipe na qual trabalho, acreditando que o processo de trabalho da Enfermagem possa ser repensado, questionado, possibilitando a busca de alternativas e possibilidades para tentar uma reorientação da práxis que atenda as necessidades tanto do sujeito trabalhador quanto do sujeito usuário da instituição de saúde.

Durante um período, desenvolvi atividades na assistência de enfermagem em unidade de internação clínica no Hospital Universitário de Santa Catarina. Após, iniciei meu trabalho no Hospital Universitário de Santa Maria, na Coordenação de Educação Continuada. Para desenvolver as atividades desta coordenação e ter conhecimento sobre os assuntos de maior interesse, os quais deveriam ser abordados, buscava sugestões e necessidades da equipe de enfermagem. Concluindo o período nesta coordenação, atuei na unidade de internação cirúrgica e depois como enfermeira chefe desta unidade.

No final da década de 1980, com a internação da primeira pessoa com AIDS (síndrome da imunodeficiência adquirida), surgiu a necessidade de organizar um novo serviço que atendesse essa parcela específica de usuários da instituição. Neste período, atuando na coordenação de enfermagem da área médico-cirúrgica, participei do Projeto de Implantação do Atendimento a pessoas com HIV (vírus da imunodeficiência humana), no HUSM (Hospital Universitário de Santa Maria).

Chamava-me a atenção as dificuldades que as pessoas soropositivas encontravam para serem atendidas no hospital, por se tratar de uma nova doença, que já carregava alguns preconceitos da sociedade. Em decorrência dessa preocupação, participei, juntamente com uma enfermeira assistencial e uma docente, de um projeto de consulta de enfermagem para clientes com HIV/AIDS e família. O projeto foi desenvolvido no ambulatório Ala I de forma sistemática, visando melhorar a qualidade de vida e de saúde, por meio de apoio emocional e educação para o autocuidado.

Após dois anos da aplicação deste projeto, passei a trabalhar no ambulatório Ala I, no qual tive oportunidade de começar a perceber uma nova

realidade ainda desconhecida para mim.

Assim, outros fatos, com outros questionamentos foram surgindo. Um destes fatos diz respeito às transferências de funcionários de enfermagem para este local, em geral devido a questões ligadas com doenças crônicas do funcionário, parecendo, na percepção dos administradores, ser aí um ambiente mais adequado para trabalhadores nestas condições. Muitas vezes, essa transferência ocorria com designação da junta médica da Universidade, favorecendo a manutenção da visão deturpada de que o ambiente do ambulatório seja mais ameno e favorável a trabalhadores com problemas de saúde.

Por outro lado, novos funcionários de enfermagem do hospital são designados para trabalhar em outros setores e somente após muitos anos de trabalho, sentindo-se cansados ou por motivo de doença, poderão, quem sabe, ser lotados neste setor, como se fosse um prêmio por sua dedicação.

No entanto, me inquieta observar que o ambulatório é um local em que as exigências ao trabalhador, embora diferentes, não são mais amenas, pois requer atenção e trato com um público que, por razões as mais diversas, reclamam nas exaustivas filas de espera, vêm de longe, não têm onde ficar, não têm recursos para adquirir os medicamentos prescritos, para o transporte, para a alimentação, pois muitas vezes permanecem no hospital durante várias horas.

Estes e outros motivos suscitam no trabalhador um sentimento de impotência, ao mesmo tempo em que tenta encontrar soluções, embora não sejam novidades, pois ocorrem há muito tempo. Em consequência disso, encontramos sérias dificuldades no trabalho.

Temos, por um lado, pessoas com debilidades físicas ou mentais e dificuldades de relacionamento trabalhando na unidade, por outro lado, existe a necessidade de cumprir a finalidade do trabalho que CAPELLA & LEOPARDI (1999) definem como tendo três âmbitos:

- a finalidade formal, aquela institucionalizada, oficial, com uma estrutura inflexível,

- a finalidade informal, subjetiva, encontrada nas necessidades do sujeito por alguns profissionais, embora ainda existam outros que continuam vinculados apenas à finalidade formal,
- e a terceira finalidade, que é a real e se refere tanto à formal como à informal, em diferentes graus, dependendo do entendimento do profissional sobre o processo de trabalho.

A partir desta proposição e das constatações apontadas acima, surgem, então, alguns questionamentos:

- é o ambulatório “*um local de descanso*” para os funcionários?
- é o ambulatório “*um local para tratamento*” de funcionários?
- para trabalhar no ambulatório não é necessário ter um preparo especial?

Esta situação incita ao debate, à reflexão, à busca de saídas que possam reordenar o trabalho, buscando meios para que os trabalhadores desenvolvam uma consciência de sua própria relação com o trabalho e com os colegas, na perspectiva de sua inserção no mundo mais geral do modo de produção capitalista.

O cenário no qual foi desenvolvida a proposta foi o ambulatório Ala I do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), que é um hospital escola, centro de referência na região centro oeste do Rio Grande do Sul, abrangendo 46 municípios, que por sua característica de Hospital Regional ultrapassa este limite. Mantém atendimento primário, secundário e terciário, constituindo-se no maior hospital público do interior do Rio Grande do Sul. O HUSM está integrado ao SUS, fazendo parte do programa de regionalização e hierarquização da saúde como referência secundária e terciária (REVISTA HUSM, 2002).

O ambulatório Ala I está localizado no andar térreo do HUSM. Esse setor

presta atendimento em várias especialidades médicas, enfermagem, psicologia e nutrição. No atendimento, existe uma demanda crescente, acompanhada de alta e média complexidade. Neste setor, são realizados procedimentos invasivos, pequenas cirurgias, endoscopias, curativos com debridamentos, tratamento de pessoas com doenças crônicas e agudas, preparo e administração de medicamentos citotóxicos e outros que requerem cuidados especiais. Além disso, a partir de 1992, foi implantado o sistema de hospital-dia para pessoas com HIV/AIDS. Em função da diversidade e complexidade do atendimento, da imprevisibilidade do serviço é necessário ter uma equipe de enfermagem com condições de saúde adequadas e com preparo técnico, político e ético, tornando-se um paradoxo que justamente aí sejam lotados profissionais com problemas de saúde.

Durante a minha atuação neste setor, cada vez mais, salientaram-se, no meu cotidiano, as limitações decorrentes das dificuldades institucionais para o desenvolvimento do trabalho. Isto se tornou mais evidente após ter ingressado no curso de Mestrado em Assistência de Enfermagem, em função das leituras e das discussões realizadas em sala de aula.

Em consonância com este pensamento, procurei realizar, durante a prática assistencial, um trabalho com a equipe de enfermagem que melhorasse a qualidade da assistência de enfermagem, bem como valorizasse o trabalhador de enfermagem, propondo alternativas diante de suas debilidades físicas e psicossociais.

Acredito que o enfermeiro, inter-relacionando-se com a equipe de enfermagem, com outros profissionais da equipe de saúde e com o usuário do sistema, pode intervir na realidade assistencial, melhorando sua qualidade, sem que isto se transforme em um ardil que torne o trabalho mais exaustivo e comprometedor para a saúde do trabalhador.

Da mesma forma que a ação educativa faz parte de seu trabalho, o desenvolvimento das relações interpessoais facilita o trabalho em equipe, possibilitando o comprometimento de cada um dos trabalhadores.

Este comprometimento se torna possível com o entendimento da realidade, por meio da reflexão do cotidiano, considerando o momento histórico em que cada trabalhador vive, percebendo-se e sendo percebido como sujeito, que age e interage com as demais pessoas.

Diante da preocupação inicial de observar as contradições presentes no processo de trabalho de enfermagem do ambulatório Ala I – HUSM, a partir das percepções dos próprios trabalhadores, surgiu a necessidade de realizar uma entrevista com esses trabalhadores a fim de identificar, mais apropriadamente, contradições levantadas no processo da prática assistencial.

Portanto, com a finalidade de nortear o desenvolvimento deste estudo, a questão para a dissertação foi:

quais as contradições existentes, percebidas ou não pelos trabalhadores, no processo de trabalho de enfermagem do ambulatório Ala I do Hospital Universitário de Santa Maria – HUSM?

1.1 Objetivos

Apresento, a seguir, os objetivos da dissertação.

1.1.1 Objetivo Geral

Identificar as contradições, percebidas ou não pelos trabalhadores, no processo de trabalho de enfermagem do ambulatório de um hospital público, com base na Teoria Sócio-Humanista de CAPELLA & LEOPARDI (1999).

1.1.2 Objetivos Específicos

- Estimular as relações intersubjetivas, valorizando o trabalhador nos aspectos pessoal e profissional, assim como o trabalho em equipe, por meio de um processo educativo participativo.
- Reconhecer as contradições encontradas no processo de trabalho de enfermagem do ambulatório.
- Compreender a percepção e os sentimentos do trabalhador de enfermagem frente às contradições no seu trabalho.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

No hospital, assim como em qualquer instituição, está representado o modo de organização da sociedade e o reflexo das decisões políticas e econômicas do Estado. A vivência no trabalho de enfermagem nos ajuda a ver e a testemunhar as conseqüências da realidade social.

Isto se observa desde o surgimento dos hospitais, que esteve sempre influenciado por questões religiosas e sociais, tendo também um papel no modo de produção capitalista, como restaurador da força de trabalho, sendo instrumento de dominação, seja pela aura de mistério ligada à doença, seja pela importância dada à força física necessária ao desempenho da maioria das funções sociais. Segundo MELO (1986) os hospitais surgiam desordenadamente, com isenção de impostos e, com a reforma protestante, no século XVI, o hospital torna-se um local de assistência e exclusão do pobre e doente, não tendo como objetivo a cura.

Somente no século XVII, surge a idéia de usar os hospitais como locais de tratamento dos doentes e de ensino da medicina, iniciando a primeira organização hospitalar da Europa nos hospitais marítimos e militares, continuando com a mesma divisão social do trabalho, já estabelecida pelas religiosas e leigas, com pessoal de enfermagem apenas treinado, sem nenhum fundamento técnico, mas reproduzindo a hierarquia militar (MELO, 1986).

Até o início do século XIX, o cuidado dos enfermos não era reconhecido como trabalho que exigia conhecimento específico. A partir de 1854, este trabalho começa a ter caráter profissional, com Florence Nightingale. No Brasil, somente

no final do século XIX é que se iniciou o processo de profissionalização da enfermagem (MELO, 1986).

A primeira escola de enfermagem, no modelo Nightingaleano, no Brasil, surge em 1923, atendendo ao compromisso de preparar mão-de-obra especializada na área preventiva. Para GERMANO (1985), isso ocorreu em decorrência das políticas de saúde vigente, pois a economia brasileira, na época, era baseada no setor agrário-exportador cafeeiro, que se tornou inviável frente à situação precária do saneamento básico, devido às constantes epidemias e endemias.

Assim, a enfermagem se organiza para atender o projeto da classe dominante do país. Conforme PIRES (1989), *“os valores e a ideologia dominante foram absorvidos como sendo os valores e a ideologia da enfermagem”*. Ao se tornar profissão organizada, o cuidado transformado em trabalho remunerado, evidenciou a dicotomia entre o trabalho manual e intelectual. A divisão social precedeu a divisão técnica, condicionada pelas relações de poder, mantendo na enfermagem e no hospital a organização hierárquica.

Neste contexto, encontra-se o trabalhador que, como refere LEOPARDI (1999, p. 15) *“quanto mais hierarquicamente for subordinado, do mesmo modo que o sujeito-enfermo, mais vai perdendo sua dimensão de subjetividade, sendo expropriado de suas forças físicas e mentais”*. A forma de organização hierárquica vertical dificulta a participação dos trabalhadores nas decisões, ou no questionamento delas, tornando seu trabalho limitado e alienado. Precisando adaptar-se ao cotidiano, sufoca em si mesmo a sua ânsia de criar, de aprender, tornando-se submisso e massificado.

O trabalho ocupa um espaço de tempo grande em nossas vidas, quer estejamos *“nos preparando”* para um dia iniciarmos numa atividade laboral, ou quando já estamos atuando em determinada atividade. O tempo do preparo, do estudo, não conta como trabalho, embora em muitas profissões, como a Enfermagem, o aluno seja contado como mão de obra gratuita, ou às vezes, com baixa remuneração, como são os casos das bolsas para estudantes.

Pelo fato do trabalho ocupar um grande espaço em nossas vidas, de ser reservado a ele um lugar especial, pois ficamos ligados a ele no período anterior, durante e após a jornada, quase sempre levamos para casa pensamentos, conflitos, gerados no ambiente de trabalho, e este entra em nossas vidas, entra no espaço que seria da família, do lazer, da alimentação, enfim, permanece interligado conosco de tal forma, que não podemos dissociar nossa vida do trabalho.

Há muitos pesquisadores que se preocupam em estudar as questões do trabalho, em demonstrar a origem dos conflitos e sua relação com a organização do trabalho. Entre eles, DEJOURS (1988, p. 52) afirma que *“o sofrimento começa quando a relação homem-organização do trabalho está bloqueada”*. Ele relaciona a integridade física aos riscos a que os trabalhadores estão expostos, muitas vezes, sendo risco inerente às características do trabalho, como é o caso da Enfermagem, que tem fatores de risco como a insalubridade, acidentes com material pérfuro-cortante, casos de risco de vida iminente, como em situações de enfrentamento entre paciente e polícia.

Outra questão diz respeito à qualificação do trabalhador em relação às suas atividades e, conforme salienta DEJOURS (1988, p. 50), *“na adaptação do conteúdo da tarefa às competências reais do trabalhador, o sujeito pode encontrar-se em situação de subemprego de suas capacidades ou, ao contrário, em situação muito complexa, correndo, assim, o risco de um fracasso”*. Em situações como essa, é importante salientar o grau de insatisfação gerado no trabalhador, ocasionando conseqüências muitas vezes danosas à sua saúde física e mental.

Na nossa realidade, presenciamos os chamados *“desvios de função”*, pois se trata de um hospital público subordinado às leis Federais, tornando a estrutura *“amarrada”*. No caso da Enfermagem, o *“desvio”* inicia, por incrível que possa parecer, com a qualificação do trabalhador. Estando contratado para exercer determinada função, faz um curso que vai além desta, não conseguindo submeter-se a continuar exercendo a antiga função, iniciando aí um conflito pessoal e institucional.

São inúmeras as razões que geram conflitos no trabalho, desde as referentes às normas e regras como às de relacionamento. E se existe conflito é porque se trata de relações humanas e acontecem devido às diferenças. Desta forma, é importante o desenvolvimento de relações interpessoais que facilitem o trabalho em equipe, possibilitando um comprometimento de cada um dos trabalhadores.

Considerando as idéias anteriormente citadas concordo com CARRARO (1999, p. 190) quando diz:

Para a prática de Enfermagem tornar-se consciente e efetiva, faz-se necessário que nós, profissionais, tenhamos clareza sobre nosso papel social e na área de saúde. Papel relevante, porque o ser humano é o nosso foco principal. Seres humanos, enquanto profissionais e cuidadores de seres humanos.

O conflito no trabalho surge de maneira visível ou invisível, porém, existente enquanto forma de relação entre as pessoas e seu trabalho, deixando transparecer em seu cotidiano as contradições inerentes a este processo de trabalho.

Para Marx, a contradição é o conflito histórico entre as forças e as relações de produção, devendo culminar na revolução suscetível de mudar um regime social por outro. Ele inscreve a contradição no real, não no pensamento, transformando a dialética a partir do ponto de vista político. Se o real é em si mesmo contraditório, o conhecimento vai ser definido, não como sua gênese ideal, mas como sua apropriação no real, não devendo mais tão somente interpretar o real, mas fornecer as bases teóricas para sua transformação (JAPIASSÚ & MARCONDES, 1996).

Na lógica dialética de Hegel, a contradição constitui o motor, ao mesmo tempo do pensamento e do real, e toda afirmação de verdade será apenas um momento provisório da posse do real, devendo ser ultrapassada. A filosofia de Hegel se caracteriza pela integração da contradição, constituída como um momento necessário da dialética, que é a resolução de todas as contradições.

Para Hegel, o real não é o concreto, nem tampouco o imediato, o ponto de partida, mas o resultado do pensamento que gera a realidade (JAPIASSÚ & MARCONDES, 1996), o que levou Marx a romper com este pensamento, que considerava idealista. Para ele, o ser humano se apropria da realidade à medida que rompe com sua própria alienação.

Para falar em contradição, porém, é necessário buscar subsídios nas leis da dialética, pois refletem as leis universais do ser, as ligações e os aspectos universais da realidade. Com a lei da unidade e luta dos contrários, a filosofia Marxista traz à luz a questão das origens, das causas internas do desenvolvimento, demonstra que a sua origem está no caráter contraditório dos fenômenos e processos, na interação e na luta dos contrários que são inerentes a eles. Na natureza e na sociedade existem elementos contrários, que são as tendências, as forças internas de um objeto ou fenômeno, que se opõem mutuamente, mas ao mesmo tempo não podem existir uns sem os outros. A unidade recíproca dos contrários constitui a contradição. Apesar de estarem ligados entre si, os aspectos contraditórios estão, ao mesmo tempo, em atrito, ou seja, em *“luta”* contínua entre si. A unidade dos contrários significa que, em algumas circunstâncias, os aspectos contrários equilibram-se, correspondendo a uma fase de desenvolvimento estável de algo. O equilíbrio dos contrários é relativo e temporário (KRAPIVINE, 1986).

Segundo KRAPIVINE (1986) as contradições podem ser antagônicas e não antagônicas, internas e externas, principais e não principais. As antagônicas são as que envolvem lutas entre os pólos opostos de uma estrutura e são resolvidas com a ruptura e mudança dessa estrutura. As contradições não antagônicas são as contradições entre vários grupos sociais, cujos interesses principais coincidem, de modo que sobrevivem longamente nesta situação.

As contradições internas são as que apresentam aspectos opostos de um mesmo fenômeno e as externas são as que apresentam relação contraditória entre fenômenos. *“As contradições internas são determinantes para o desenvolvimento de um objeto ou fenômeno, porque estão relacionadas com a sua essência e natureza e dão impulso à sua modificação e desenvolvimento”*

(KRAPIVINE, 1986).

As contradições principais e não principais estão relacionadas com o fato de que um fenômeno possui aspectos que são a essência deste. As principais têm relação com o desenvolvimento do fenômeno como um todo. As não principais são relacionadas com aspectos ou partes do fenômeno. Segundo Krapivine, “... *para conhecer a essência e as leis principais do desenvolvimento de um fenômeno, é preciso descobrir as contradições que lhe são inerentes, o seu sistema e as suas ligações recíprocas ...*”.

Para KOSIK (1995, p. 16), o fenômeno é algo que “*se manifesta imediatamente, primeiro e com maior freqüência*”. A essência não se manifesta diretamente e de imediato, se oculta, dificultando a percepção imediata, sendo necessário um esforço para compreender a estrutura da “*coisa em si*”. Este autor refere que, para o pensamento chegar a uma compreensão do ser no mundo, há necessidade de se realizar distinção entre “*representação e conceito*”, entre o “*mundo da aparência e o mundo da realidade*”, entre a “*praxis utilitária cotidiana e a praxis revolucionária*”.

Para se conhecer adequadamente a realidade, porém, é necessário ir além da aparência externa, desvendar a lei do fenômeno; no movimento visível descobrir o movimento real interno; do fenômeno, chegar à essência.

VÁZQUEZ (1968, pp.415-6), citando os manuscritos econômico-filosóficos refere que Marx fala da “*essência humana*”, da “*realidade humana*” como tendo o mesmo conteúdo conceitual de “*essência*” ou “*natureza*” do homem. E, para Marx, citado por VÁZQUEZ (1968), a essência do ser humano é o trabalho, sua “*realidade essencial*”. O trabalho que ele encontra na realidade do homem é o “*trabalho alienado*”, pois como Marx considera o trabalho como a essência do homem, e esta se manifesta na sua existência de forma alienada, ele conclui que a essência do homem está separada de sua existência não se manifestando na realidade histórica e efetivamente.

Para Marx em VÁZQUEZ (1968, pp. 416-7), contudo, a concepção de trabalho deve ser o oposto ao alienado, e para que a essência do ser humano

seja possível além do trabalho, é necessário que este se manifeste como *“trabalho criador em que o homem se reconheça em seus produtos, em sua própria atividade e nas relações que estabelece com os demais [...] a essência só se dará efetivamente quando se superar, então a existência não será sua negação, mas sim sua realização”*.

De acordo com essa linha de reflexão, LEOPARDI (1999, pp.167-176) afirma que uma pessoa só é trabalhador após constituir-se como ser humano e que o fato de se tornar trabalhador faz com que perca sua inteireza, pois *“sua identidade fica imersa na roupagem de trabalhador. Sendo momentaneamente trabalhador, aparece como exclusivamente trabalhador”*. A autora busca encontrar um sentido para o trabalho que não ocupe um lugar central na vida do trabalhador, e também não fique à margem, que tenha um sentido *“além do exclusivamente econômico”*, represente mais do que a luta pela sobrevivência e a manutenção ou ascensão na sociedade, onde os valores estão mais ligados ao consumo de produtos e menos ligados a valores pessoais. Ela pressupõe que o trabalho possa ser um trabalho criativo, prazeroso, ajudar no crescimento e valorização humana. A busca da qualidade de vida, com saúde, liberdade, trabalho, tempo livre para o lazer, a convivência familiar e com amigos, crescimento individual, são fundamentos para uma existência humana onde todas as dimensões são integradas.

Considerando como base as idéias acima apresentadas, busquei sustentação na teoria Sócio Humanista de CAPELLA & LEOPARDI (1999), pois sinto identificação com seus pressupostos e conceitos, além de ter uma referência dialética como fundamento.

A definição dos valores e crenças que sedimentam a Teoria Sócio-Humanista, aconteceu por meio de um processo de construção coletiva, com profissionais de Enfermagem do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina, quando foram discutidas as questões relativas ao trabalho desenvolvido nesta instituição de saúde, especificamente o trabalho da Enfermagem. Abrangem dois aspectos fundamentais:

- a *valorização do sujeito* e;
- a *valorização do trabalho*.

Na categoria *valorização do sujeito*, destaca-se a questão da perspectiva de um ser humano inteiro, global, naquilo que ele tem da sua sociabilidade e subjetividade. Isso inclui tanto o sujeito portador de carência de saúde, quanto o sujeito trabalhador, na possibilidade de interferirem diretamente no processo.

Em relação à *valorização do trabalho*, foram incluídos aspectos como a competência profissional, pela ampliação da base de conhecimento, fugindo do exclusivamente biológico e entrando na discussão ética e filosófica do que seja uma assistência integral (CAPELLA & LEOPARDI, 1999).

Para desenvolver a Prática Reflexiva com os trabalhadores, na primeira etapa, adotei alguns pressupostos de CAPELLA & LEOPARDI (1999, pp. 139-141), os quais são coincidentes com meus valores pessoais e forneceram base para o entendimento da assistência de enfermagem, do processo de trabalho, e relações de trabalho. São enunciados com as seguintes afirmações:

- As necessidades do sujeito portador de carência de saúde, em qualquer circunstância, devem ter precedência sobre as dos demais sujeitos envolvidos numa instituição de saúde, quando se tratar do cuidado a ele ofertado. Isso exige que a assistência seja organizada em função do indivíduo que procura atendimento, de modo que é necessário corresponder com respeito à sua individualidade (equidiversidade), com sua participação ativa e dinâmica na assistência e sua avaliação. Constitui-se de atendimento ao sujeito de si mesmo, de atenção ao seu direito à privacidade, respeito às suas crenças, enfim, de criação de normas e rotinas dirigidas à integralidade do indivíduo que, por alguma circunstância, em algum momento da sua vida, submete-se à assistência

de saúde.

- Os trabalhadores e administradores são os construtores da própria instituição em que atuam. Porém, no caso da instituição de saúde, onde o serviço prestado envolve um outro indivíduo – o sujeito portador de carência de saúde, este também participa dessa construção. Portanto, quanto mais “*sujeitos*”, isto é, quanto mais críticos esses indivíduos forem, tanto mais provavelmente a instituição irá desenvolver-se para atender suas necessidades.
- Não basta investir somente nas mudanças estruturais, pois na esfera assistencial, no plano do cuidado, a assistência de Enfermagem pressupõe um envolvimento pessoal. O modo de realizar o trabalho, as relações que aí se estabelecem, aliado à técnica, vão imprimir qualidade ao trabalho, pois o trabalhador se coloca, tanto quanto o sujeito portador de carência de saúde, como pessoa numa relação baseada na eqüidiversidade.
- O estabelecimento de princípios éticos, na perspectiva de uma assistência digna, igualitária, universalizada, buscando o atendimento integral do indivíduo portador de carência de saúde, é fundamental para a resolução dos conflitos e ambigüidades geradas a partir do processo de trabalho em saúde.
- As relações de trabalho são estabelecidas a partir das condições materiais e humanas, bem como das atribuições e delimitações próprias a cada profissão, de modo que cada uma tenta estabelecer um campo específico de ações. Como no processo de trabalho em saúde os limites são, de certa forma, imprecisos, e, muitas vezes, se superpõem, acontece o conflito, importante num processo de reflexão conjunta.
- Um processo de formação continuada, através da reflexão coletiva, procurando vislumbrar a construção de outras possibilidades para o trabalho da Enfermagem, pela unificação teoria/prática, leva a uma reorientação de valores, formação de consciências e mudanças de

atitudes. A busca do conhecimento leva a um processo de desalienação. O profissional que não questiona o próprio saber está eticamente equivocado, pois o saber leva à argumentação segura e possibilita o desenvolvimento de nova mentalidade. O ato de pesquisar, bem como a utilização de novos conhecimentos, permite o desenvolvimento de uma profissão e o desenvolvimento do mecanismo ação – reflexão – ação.

- Para exercer plenamente a Enfermagem, há que se ter à disposição os meios adequados e a força de trabalho qualificada, com necessidade de serviços de apoio também qualificados.
- A valorização do trabalhador se dá, dentre tantos aspectos, através de adequadas condições de trabalho: jornadas menos extensas, salário compatível com a responsabilidade que o trabalho exige, material de trabalho em quantidade e qualidade suficientes, condições ambientais adequadas, suporte emocional pelo tipo de trabalho que desenvolve, número de pessoal em quantidade e qualidade suficientes para o desenvolvimento do trabalho. A valorização do trabalhador se dá, também, por meio da implantação de um processo de formação continuada que o leve a desenvolver-se pessoal e profissionalmente o que, através do seu trabalho, pode criar as condições necessárias para o desenvolvimento de uma vida digna de ser vivida, além da consequência do seu trabalho se tornar um atendimento ético, humano, técnico e politicamente competente.

Na formulação dos conceitos da Teoria Sócio Humanista houve a intenção de fazer uma síntese das reflexões do grupo participante das discussões. Foi proposto, conforme CAPELLA & LEOPARDI (1999, p. 142), *“uma conceptualização sobre alguns dos principais focos que podem servir como premissas ontológicas, no sentido de que podem se constituir em gênese metodológica para o trabalho da enfermagem”*.

Acredito que a inter-relação dos conceitos adotados da Teoria Sócio

Humanista, e descritos a seguir, poderá significar novas possibilidades para o trabalho de enfermagem. Destaco alguns que considere fundamentais para desenvolver este estudo, cuja inter-relação se encontra na representação gráfica apresentada no final deste capítulo.

- **Ser Humano** é um ser natural, que surge em uma natureza dada, submetendo-se às suas leis para sobreviver. É parte dessa natureza, mas não se confunde com ela, pois a usa, transformando-a conscientemente, segundo suas necessidades. Nesse processo, se faz humano e passa a construir a sua história, fazendo-se histórico. É um ser biológico, psicológico (com sentimentos de amor, paixão, solidariedade, ódio, raiva, compaixão, com desejos e vontades, aptidão, preferências, pensamento, menor ou maior facilidade para aprender, consciência), social, cultural, histórico, individual, singular.
- **A sociedade** é esfera existencial do ser humano, da qual faz parte, em conjunto com outros homens, construindo sua história, a partir de uma determinada estrutura, que estabelece premissas, limites e condições materiais, muitas vezes independentes da sua vontade individual. A base de uma sociedade é composta pelas condições materiais, que determinam a sua formação, assim como das suas instituições e regras de funcionamento, das suas idéias e dos seus valores. É a partir das condições materiais e do meio em que vive que o ser humano constrói a sua história, verifica os seus limites ou os ultrapassa, estabelece seus desejos, vontades.
- **Trabalho**, segundo MARX (2002, p. 211),

...é um processo de que participam o homem e a natureza, processo em que o ser humano com sua própria ação, impulsiona, regula e controla seu intercâmbio material com a natureza. Defronta-se com a natureza como uma de suas forças. Põe em movimento as forças naturais de seu corpo, braços e pernas, cabeça e mãos, a fim de apropriar-se dos recursos da natureza,

imprimindo-lhes forma útil à vida humana. Atuando assim sobre a natureza externa e modificando-a, ao mesmo tempo modifica sua própria natureza.

- **Trabalho** é ação do ser humano, no desenvolvimento de seu percurso histórico, aliando sua materialidade (força física) à sua capacidade de pensar e reagir, em suas relações com outros homens, para atender a sua necessidade natural de sobrevivência, determinando uma outra forma de fenômeno – o trabalho, que consiste num modo diferenciado de intervenção sobre a natureza, pela definição de projetos, sua implementação, realização de produtos, para além de si mesmo e da natureza, isto é, pela recriação da natureza.
- **Força de trabalho** é o conjunto de faculdades físicas e mentais existentes no corpo e na personalidade viva de um ser humano, as quais ele põe em ação toda vez que produz bens ou serviços de qualquer espécie. As condições de vida, de saúde e de trabalho, bem como a sua formação, são aspectos particulares que determinam estas faculdades físicas e mentais do trabalhador.
- **Instituição de saúde** é um espaço social formal, isto é, com todas as características de qualquer instituição, para a produção de um trabalho dirigido a um outro ser humano – o sujeito com problema de saúde. Portanto, a produção social não se dá sobre algo material, mas sobre um ser humano, como um serviço. A instituição de saúde se tornará um lugar para relações entre sujeitos, cada qual com suas necessidades, interesses e possibilidades, construindo-se uma instituição real, para a internação de enfermos e terapêutica ambulatorial.
- **Sujeito portador de carência de saúde** é um ser humano que, em seu percurso de vida, por alguma circunstância, necessita da intervenção dos serviços de saúde, submetendo-se à intervenção dos profissionais de saúde. Esse indivíduo pertence à espécie humana, portanto com características naturais, históricas, sociais, e se relaciona com outros

homens, mas é único, particular.

- ***Sujeito trabalhador de Enfermagem*** é aquele ser humano que, em seu percurso de vida, tem como atividade básica o exercício da Enfermagem, desenvolvendo seu trabalho em instituição de saúde ou de saúde pública, prestando cuidados ao sujeito portador de carência de saúde, em conjunto com os demais trabalhadores da área da saúde. O sujeito trabalhador de Enfermagem, no seu processo de trabalho, representa, genericamente, a força de trabalho da Enfermagem.
- ***Processo de trabalho em Enfermagem*** é um processo de trabalho complementar e interdependente no processo de trabalho em saúde. Uma vez que a Enfermagem é exercida por diversas categorias profissionais, é também coletivo e ocorre por distribuição de partes dele entre seus diversos agentes. Nessa divisão do trabalho, as ações são hierarquizadas por complexidade de concepção e execução, o que exige habilidades diferentes, para o manejo dos diversos instrumentos e métodos.
- ***Enfermagem*** é uma prática social cooperativa, institucionalizada, exercida por diferentes categorias profissionais. Tem como atividade básica, em conjunto com os demais trabalhadores da área da saúde, atender ao ser humano, indivíduo que, em determinado momento de seu percurso de vida, procura um serviço de saúde, em função de uma diminuição, insuficiência ou perda de sua autonomia.
- ***Finalidade do trabalho da Enfermagem*** é o objetivo que orienta todo processo de trabalho. Para se chegar à finalidade do trabalho deve ser reconhecida qual necessidade ela está correspondendo. A necessidade não se apresenta unilateralmente. Sempre que há um trabalho, ele será determinado por uma ou mais necessidades, as quais podem vir a corresponder a um ou mais de um sujeito, ou, a mais de um grupo de sujeitos.
- ***Organização do trabalho da Enfermagem*** é o modo como os

trabalhadores de Enfermagem dispõem de seu trabalho e fornecem a base para o trabalho de outros profissionais na instituição de saúde, em relação aos tempos, movimentos e objetos necessários à assistência da saúde.

- **Relações de trabalho na Enfermagem** são relações que se dão no exercício da profissão: internamente, com a equipe de Enfermagem e, externamente, com outros profissionais, o sujeito portador de carência de saúde e a instituição. As relações de trabalho referem-se às relações pessoa/pessoa e pessoa/objeto.

A representação gráfica expressa na Figura 1 se constitui em um exercício de integração entre os conceitos, de modo a facilitar a compreensão de sua articulação com a prática.

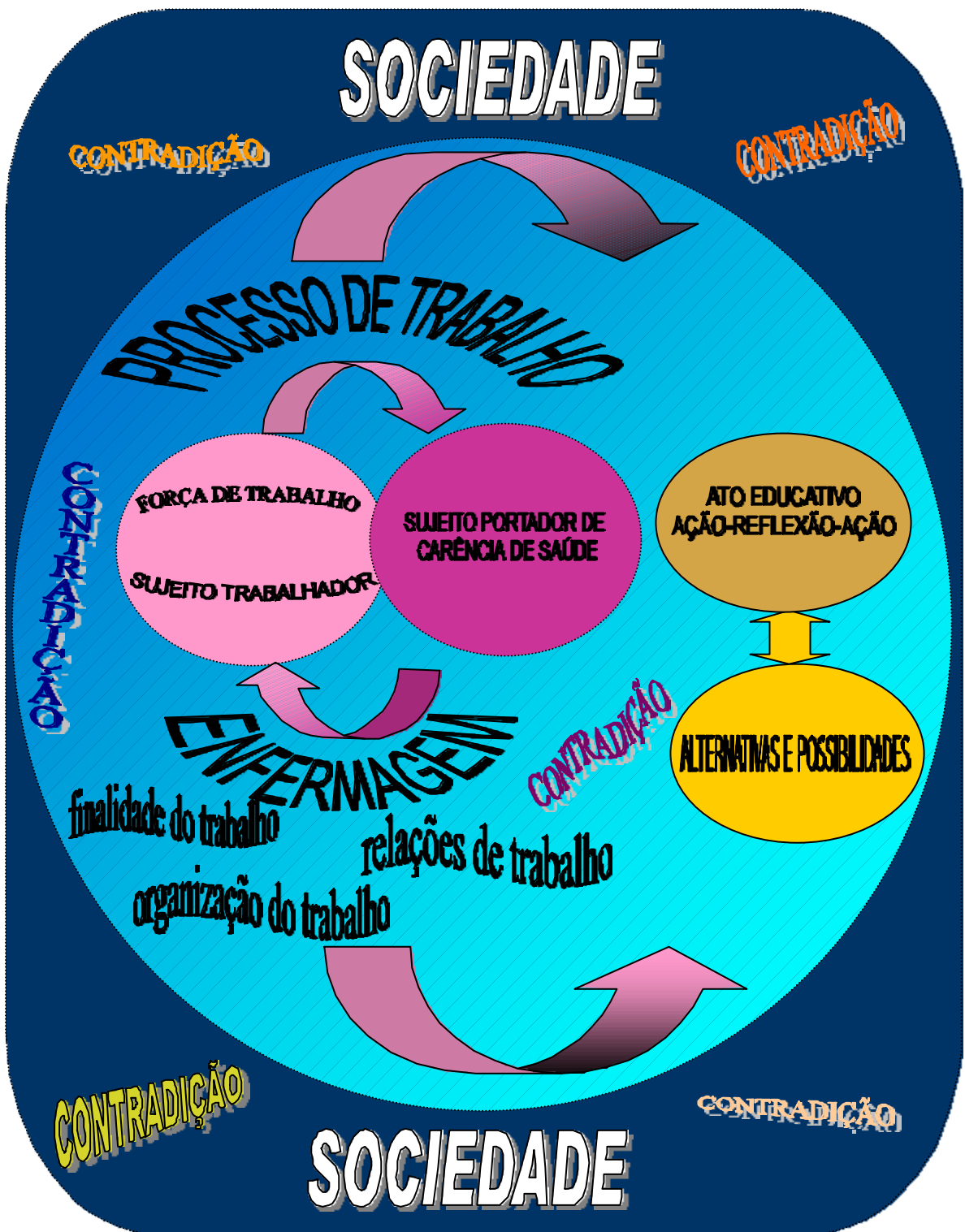


Figura 1 – Representação gráfica da integração dos conceitos

3 METODOLOGIA

A metodologia do presente trabalho consta de duas etapas. A primeira é referente à Prática Assistencial Reflexiva, na qual descrevo como se desenvolveu o processo reflexivo com os trabalhadores de enfermagem do ambulatório Ala I do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), RS. Descrevo a caracterização do contexto, da população, dos sujeitos envolvidos, das atividades realizadas, das estratégias e do método empregado.

A segunda etapa constou de uma entrevista com os trabalhadores de enfermagem do ambulatório Ala I do HUSM, com o intuito de aprofundar a questão das contradições encontradas no processo de trabalho da enfermagem do contexto estudado. Foi realizada uma pesquisa de campo, com abordagem qualitativa, descritiva – exploratória.

3.1 Caracterização do Campo de Prática

O Hospital Universitário de Santa Maria – HUSM, é um hospital escola, centro de referência na região centro oeste do Rio Grande do Sul, abrangendo 46 municípios, ultrapassando este limite por ter característica de Hospital Regional. Mantém convênio com o Consórcio Intermunicipal de Saúde (CIS), atualmente com 37 municípios conveniados. Realiza atendimento primário, secundário e terciário, constituindo-se no maior hospital público do interior do Rio Grande do

Sul. O HUSM está integrado ao Sistema Único de Saúde, SUS, fazendo parte do programa de regionalização e hierarquização da saúde como referência secundária e terciária (REVISTA HUSM, 2002). Tem capacidade para 311 leitos, estando em uso 288 leitos, conforme Relatório de Estatística do HUSM de dezembro de 2001.

O HUSM tem como missão *“capacitar e aprimorar recursos humanos, produzir e difundir conhecimentos e oferecer assistência de excelência e referência inserindo-se de forma cidadã e dinâmica na sociedade”* (Relatório do processo de implementação da acreditação hospitalar).

Conta com 1887 servidores, entre docentes, funcionários técnico administrativos, bolsistas, funcionários do consórcio intermunicipal de saúde e serviço terceirizado (Relatório de Estatística, dezembro 2001).

Conforme estudo realizado por PROCHNOW & CHAGAS (1999), o número de funcionários é reduzido para realizar a assistência de enfermagem no HUSM, e *“evidenciou a inadequação do quadro de servidores de enfermagem nesta instituição, reforçando a necessidade de reflexões profundas e busca de subsídios junto aos órgãos de competência a fim de assegurar uma prática assistencial baseada nos preceitos do Sistema Único de saúde”*. Este estudo revela um déficit de 213 enfermeiros e 81 auxiliares ou técnicos de enfermagem neste hospital.

No período de janeiro a dezembro de 2001, segundo o Relatório de Estatística do HUSM, este hospital recebeu pacientes oriundos de vários municípios, perfazendo um total de 103.054 consultas ambulatoriais, 43.534 consultas do pronto atendimento, além de 11.269 internações neste mesmo período.

O ambulatório ALA I do Hospital Universitário de Santa Maria localiza-se no andar térreo. Neste setor são atendidas pessoas que procuram o hospital para consultas, exames diagnósticos e tratamento. Existem, neste serviço, várias especialidades médicas, serviço de enfermagem, psicologia, e nutrição. A área física dispõe de trinta salas de consultório, três salas de procedimentos, uma sala de preparo de medicamentos e posto de enfermagem, um expurgo, hospital dia

para tratamento de pessoas com HIV/AIDS, uma sala administrativa, uma sala de reuniões, uma sala de lanche, oito banheiros. Tem um corredor interno para circulação de profissionais e alunos, e um corredor externo para circulação em geral, que também funciona como sala de espera.

As especialidades médicas oferecidas neste ambulatório são: clínica geral, cardiologia, pneumologia, cirurgia reparadora, proctologia, urologia, hematologia, reumatologia, angiologia, neurologia, nefrologia, oftalmologia, cardio-torácica, cirurgia geral, dermatologia, endocrinologia, transplante renal, uremia, diabetes, gastro-clínica, metabolismo e nutrição, doenças infecciosas. Consultas de psicologia, nutrição e enfermagem.

Além das consultas, são realizados exames de endoscopias digestivas altas, colonoscopias, paracentese, punção lombar, pequenas cirurgias, curativos com debridamentos, preparo e administração de medicamentos e outros que requerem cuidados especiais. O horário de atendimento é das sete às dezoito horas.

As consultas são agendadas no setor de marcação de consultas, sendo que as primeiras são providenciadas via secretaria de saúde do município, conforme as vagas liberadas pelo hospital. Os retornos são marcados pelo profissional, ou seja, o paciente sai da primeira consulta com a data do retorno já estipulada, sendo necessário proceder o agendamento no setor de marcação de consultas.

A equipe de saúde é formada por três funcionários administrativos, três enfermeiras, uma técnica de enfermagem, nove auxiliares de enfermagem, três auxiliares de saúde, um psicólogo, uma nutricionista, médicos docentes, médicos assistenciais e médicos residentes. Uma auxiliar de serviços gerais, cinco alunos bolsistas para serviços administrativos e duas funcionárias do serviço de limpeza terceirizada.

3.1.1 Período

A primeira etapa, a Prática Reflexiva, foi desenvolvida no período de sete de maio a onze de junho de 2001, com encontros semanais com os trabalhadores de enfermagem do Ambulatório Ala I. Inicialmente estavam previstos cinco encontros, nas segundas feiras, às doze horas, com duração de sessenta minutos. No entanto, a realização dos mesmos envolveu em torno de noventa minutos a duas horas, tendo em vista o aproveitamento dos encontros e a satisfação dos trabalhadores de permanecerem na sala. Foi realizado um encontro, além do previsto, para dar continuidade aos temas iniciados e permitir uma melhor conexão entre todos os momentos vividos nesses encontros.

A segunda etapa, a Entrevista, foi desenvolvida de setembro de 2001 a maio de 2002 conforme o cronograma apresentado à banca de qualificação do projeto de dissertação.

3.1.2 Sujeitos Participantes

3.1.2.1 Primeira etapa – prática reflexiva

Participaram deste trabalho todos os componentes da equipe de enfermagem do ambulatório Ala I, que estavam atuando durante esse período. Ou seja, duas enfermeiras, uma técnica de enfermagem, seis auxiliares de enfermagem, três auxiliares de saúde, perfazendo um total de doze trabalhadores. As pessoas que não participaram estavam com afastamento legal. Inclusive uma das enfermeiras que estava em licença para tratamento de saúde há dois anos, foi aposentada por não ter mais condições de retornar ao trabalho.

Uma auxiliar de enfermagem que retornou da licença saúde participou de dois encontros e outra participou de um encontro. Esta equipe é constituída predominantemente por mulheres, estando numa faixa etária entre 38 e 61 anos e tempo de serviço superior a 15 anos.

Foi solicitado o consentimento livre e esclarecido do participante (Anexo A), tiveram livre acesso às reuniões, podendo retirar-se no momento em que desejassem. Para garantir o anonimato dos participantes e preservar a identidade das pessoas perguntei se gostariam de escolher algum pseudônimo, e como não manifestaram preferência, pensei em algo que demonstrasse a idéia de estrelas, nome de estrelas. Porque, assim como as estrelas têm luz própria, é importante que cada indivíduo deixe brilhar a sua própria luz.

Foi realizada reunião com os participantes para explicar a justificativa, os objetivos e a dinâmica que seria utilizada durante o trabalho, seguindo as normas regulamentadas na resolução número 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde apud GELAIN (1998). Para a utilização de fotografias foi igualmente solicitada autorização dos participantes.

O desenvolvimento desse trabalho aconteceu de uma forma ética, pois desde sua concepção foi pautada em preceitos do respeito ao ser humano, aqui representados pelo sujeito portador de carência de saúde e ao sujeito trabalhador.

O respeito aos sujeitos participantes foi garantido durante todo o desenvolvimento deste trabalho, desde o primeiro contato com eles, no cuidado do preparo dos encontros, no cuidado da minha posição enquanto chefe e facilitadora desse processo. Assim como tive o cuidado em pedir o consentimento do grupo para a participação da minha co-orientadora deste trabalho em alguns encontros.

3.1.2.2 Segunda etapa – entrevista

Foram tomados cuidados éticos relativos a essa fase do trabalho. Dessa forma, cada participante foi informado sobre os objetivos do estudo e a forma de coleta de dados, sendo-lhe solicitada assinatura em um formulário próprio (Anexo C), autorizando sua participação na pesquisa. A preservação da identidade do participante foi garantida, bem como a fidedignidade em relação às respostas.

A população se refere aos trabalhadores de ambulatório de hospitais gerais e a amostra se constituiu dos trabalhadores de enfermagem do ambulatório Ala I, ou seja, duas enfermeiras, nove auxiliares de enfermagem, três auxiliares de saúde, uma técnica de enfermagem, perfazendo um total de quinze pessoas. Nas entrevistas participaram quatorze trabalhadores de enfermagem do ambulatório Ala I do HUSM, sendo que uma não participou por estar em licença para tratamento de saúde.

3.1.3 Coleta de dados

3.1.3.1 Primeira etapa – prática reflexiva

Com a finalidade de registrar os momentos vividos no grupo, foram utilizados gravador, máquina fotográfica e anotações em diário de campo. O grupo não demonstrou ter ficado inibido com o fato de serem gravadas suas conversas. As fitas gravadas foram ouvidas e transcritas, no sentido de reunir material para dar sustentação e ilustrar as situações experienciadas pelos trabalhadores.

Utilizei o diário de campo para registrar minhas percepções e sentimentos

acerca do trabalho desenvolvido, o que propiciou avaliação do vivido, possibilitando alternativas e planejamento para os encontros seguintes.

3.1.3.2 Segunda etapa – entrevista

Os dados foram coletados a partir de uma entrevista semi-estruturada, gravada em áudio e transcrita posteriormente. A entrevista foi complementar aos achados da primeira etapa.

Para cada pessoa a ser entrevistada foram marcados dias e horário, sendo preferencialmente durante o horário de trabalho.

A entrevista foi norteada por um instrumento com roteiro próprio que possibilitou evidenciar os objetivos propostos neste projeto, com intervenção do entrevistador quando necessário, para explicitar melhor a questão formulada. As questões envolviam aspectos, que compunham a base teórica, relacionados aos objetivos propostos.

O tempo para realização de cada entrevista foi em torno de sessenta minutos, e a validação do instrumento ocorreu anteriormente, por meio de um pré-teste, seguindo alguns critérios, quais sejam:

- observação da compreensão das perguntas pelo respondente;
- adequação quanto ao tempo programado para a entrevista;
- avaliação da complexidade das respostas exigidas pelas perguntas;
- outras observações feitas no transcorrer da própria entrevista.

Também ocorreu a validação dos dados da entrevista, de modo que os sujeitos envolvidos receberam a entrevista transcrita para que pudessem lê-la e

efetivamente assinar confirmando os dados coletados. Os entrevistados foram orientados para só fazer alterações caso suas informações não tenham sido entendidas ou tenham sido transcritas de forma incorreta.

Instrumento – Entrevista com os trabalhadores

I – Identificação dos Trabalhadores de Enfermagem:		
Nome	Idade	Sexo
Função		
Tempo de serviço no HUSM		
Tempo de serviço no ambulatório		
II – Questões específicas:		
Se transferido, qual seu local de origem? Por quê foi transferido?		
Como você foi incluído neste setor? Que orientações recebeu?		
Você está satisfeito com sua atividade no ambulatório?		
O que pensava do trabalho no ambulatório antes de atuar neste local?		
O que pensa agora?		
Quais são as dificuldades e facilidades encontradas no cotidiano do seu trabalho?		
Quando você acha que é valorizado / desvalorizado no seu trabalho?		
Você poderia identificar no cotidiano de seu trabalho situações que lhe parecem contraditórias?		

3.1.4 Estratégias de Abordagens

3.1.4.1 Primeira etapa – prática reflexiva

Inicialmente, enviei um ofício à Direção de Enfermagem do Hospital Universitário de Santa Maria (Anexo B), solicitando autorização para a realização da prática assistencial, a fim de possibilitar a implementação do projeto de Prática Assistencial. Ao ser autorizado foi encaminhado para a direção e seus trâmites na coordenação de ensino e pesquisa.

O próximo passo foi a realização de uma reunião com a equipe de enfermagem do Ambulatório Ala I, para convidá-los a participar dos encontros que fariam parte da prática assistencial do curso de mestrado. Expliquei o trabalho a ser desenvolvido, averiguando o interesse e a motivação para a realização do mesmo. Esclareci que os membros da equipe teriam livre acesso aos encontros, podendo retirar-se do trabalho no momento em que desejassem. Assim como foi garantido o sigilo e anonimato dos participantes.

Neste primeiro momento, os trabalhadores demonstraram grande interesse em participar dos encontros, referindo vontade de continuar seu processo educativo. No primeiro encontro, apresentei o projeto da prática assistencial e obtive o consentimento dos trabalhadores (Anexo A).

3.1.4.2 Segunda etapa – entrevista

Foi enviado um ofício à Direção de Enfermagem do Hospital Universitário de Santa Maria (Anexo D), solicitando autorização para a realização da segunda etapa do projeto. Seguindo os trâmites estabelecidos pela Direção do HUSM, o projeto foi encaminhado à coordenação de ensino e pesquisa.

3.1.5 Estratégias de Motivação

3.1.5.1 Primeira etapa – prática reflexiva

Os encontros foram realizados semanalmente, nas segundas feiras, às doze horas. Este horário foi escolhido por se tratar de uma interposição de horário entre o turno da manhã e o turno da tarde, pois este é um momento em que as equipes se encontram, e também por ser um horário com menor fluxo de atendimento. Este critério visou facilitar a participação durante o horário de trabalho, não prejudicando o bom andamento do mesmo. Para isso foram organizadas as atividades, de forma que as pessoas estivessem livres para participar dos encontros. Assim como, solicitei a colaboração de uma secretária para ficar durante este período, prestando informações aos pacientes que comparecessem neste horário. Também informei aos demais componentes da equipe de saúde, que estavam ali neste horário, que a equipe de enfermagem se encontrava em reunião.

No primeiro encontro realizei a apresentação do projeto, com definição do dia da semana e horário mais adequado. A previsão para a duração dos encontros era de sessenta minutos, no entanto em alguns encontros o tempo foi maior que o esperado, a fim de dar continuidade aos assuntos tratados e possibilitar melhor integração.

Nos encontros foram experienciadas técnicas vivenciais com o grupo, que estimularam a participação, favoreceram a integração e o compartilhamento de idéias e vivências. Foram utilizados também textos para leitura e discussão, construção de cartazes, músicas, que ajudaram a refletir o cotidiano, a percepção de si e do outro, e a importância do trabalho participativo e criativo. Os encontros foram organizados mediante uma temática previamente estabelecida, incluindo as sugestões e necessidades do trabalhador. Os temas estavam de acordo com os objetivos do projeto da prática assistencial, estando sempre embasados com o referencial teórico. Embora houvesse uma diretriz para o desenvolvimento do

trabalho, não havia um programa, conteúdos prontos nem detalhados. O diálogo, a participação e o envolvimento dos sujeitos participantes foram fundamentais nesse processo educativo.

3.1.5.2 Segunda etapa – entrevista

Os dados foram coletados, a partir de uma entrevista realizada com os trabalhadores de enfermagem, que foi gravada em áudio e transcrita posteriormente. Inicialmente, foi explicada a eles a necessidade de realizar entrevistas individuais e que estas ocorreriam durante o horário de trabalho, no próprio local. Para isso, era observado qual o momento mais propício, que não fosse interferir no desenvolvimento do serviço e também não prejudicasse a boa integração da entrevista.

Foi escolhida uma sala específica, para que não houvesse interrupções e, assim, ocorresse uma maior interação entre entrevistador e entrevistado. Dos quinze trabalhadores, foram entrevistadas quatorze pessoas, sendo que uma não participou por se encontrar em licença saúde. Uma pessoa veio transferida para o ambulatório, após terem sido realizados os encontros, e foi incluída como informante.

3.1.6 Organização e análise dos dados

3.1.6.1 Primeira etapa – prática reflexiva

Os dados foram organizados a partir dos textos de cada encontro servindo como base para a realização da segunda etapa do estudo, estabelecendo os descritores.

3.1.6.2 Segunda etapa – entrevista

Foi realizada uma leitura flutuante dos textos das entrevistas, uma seleção das unidades de registro, organização desses registros por semelhança de conteúdos e a constituição de categorias. A organização dos dados foi embasada a partir do marco conceitual.

Cada entrevista foi numerada de acordo com a ordem em que foi feita, sendo identificado se era auxiliar, técnico, enfermeiro ou auxiliar de saúde. Para cada unidade de registro, foi estabelecida uma codificação numerada na ordem do seu aparecimento nas entrevistas até o final. O próximo passo foi listar todas as unidades de registro nessa ordem e depois identificar dentro dessas unidades de registro aquelas que se relacionavam com os descritores de cada categoria.

Após a categorização, foi realizada uma análise reflexiva e interpretativa dos dados, tendo como base o referencial teórico.

4 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Este trabalho consta de duas etapas, sendo que uma se refere aos dados encontrados durante o desenvolvimento da Prática Reflexiva, na qual foram realizados encontros com os trabalhadores de enfermagem de ambulatório, tendo como foco de discussão o cotidiano deste local de trabalho, sob o ponto de vista destes trabalhadores. Os encontros foram semanais, sendo obtidos dados provenientes de suas falas, que foram gravadas e transcritas. Assim, a primeira etapa aconteceu por meio de seis encontros com trabalhadores de enfermagem do Ambulatório Ala I, do HUSM. Cada encontro teve programação prévia, visando atingir os objetivos deste estudo.

A segunda etapa se refere aos dados obtidos a partir das entrevistas com os trabalhadores de enfermagem do ambulatório Ala I do HUSM.

Com a finalidade de fornecer maiores informações sobre os sujeitos participantes deste estudo, mostro alguns dados que penso ser importante para a compreensão da realidade.

Dois informantes eram do sexo masculino e doze do sexo feminino. A seguir apresento tabelas relacionadas com faixa etária, tempo de serviço e tempo de atuação no ambulatório.

Tabela 1 – Distribuição dos informantes por faixa etária

INTERVALO (anos)	NÚMERO DE INFORMANTES (frequência)	PORCENTAGEM (%)
21 - 30	0	0,0
31 - 40	2	14,3
41 - 50	6	42,8
51 - 60	4	28,6
61 - 70	2	14,3
TOTAL	14	100,0

A faixa etária dos trabalhadores de enfermagem está limitada em: 14,3% têm idade entre 31 e 40 anos; 61 e 70 anos, 42,8% têm idade entre 41 e 50 anos, 28,6% têm idade entre 51 e 60 anos. Ou seja, 85,70% dos trabalhadores do ambulatório têm idade superior a 40 anos.

Tabela 2 – Distribuição dos trabalhadores por tempo de serviço no HUSM

TEMPO DE SERVIÇO HUSM (anos)	NÚMERO DE INFORMANTES (frequência)	PORCENTAGEM (%)
0 - 5	0	0,0
6 - 10	2	14,3
11 - 15	1	7,1
16 - 20	6	42,9
21 - 30	5	35,7
TOTAL	14	100,0

Com relação ao tempo de serviço na enfermagem e no HUSM, de acordo com a Tabela 2, 42,9% dos trabalhadores têm entre 16 e 20 anos de atuação, 35,7% têm entre 21 e 30 anos de serviço no hospital, 14,3% têm entre 6 e 10 anos de serviço e 7,1% têm entre 11 e 15 anos de serviço no HUSM.

Tabela 3 – Distribuição dos informantes segundo o tempo de serviço no ambulatório

TEMPO DE SERVIÇO NO AMBULATÓRIO (anos)	NÚMERO DE INFORMANTES (frequência)	PORCENTAGEM (%)
0 - 5	5	35,7
6 - 10	5	35,7
11 - 15	2	14,3
16 - 20	2	14,3
TOTAL	14	100,0

Na Tabela 3 pode-se observar que 71,4% dos trabalhadores têm até 10 anos de atuação no ambulatório e 28,6% dos trabalhadores têm entre 11 e 20 anos de atuação no ambulatório.

A seguir apresento as doenças mencionadas pelos informantes e o número de trabalhadores que dizem ser acometido por um ou mais tipo de doença.

Quadro 1 – Doenças mencionadas pelos informantes

DOENÇAS	NÚMERO DE INFORMANTES (frequência)
Depressão	3
Diabetes	2
Hipertensão	3
Dor reumática/artrose	2
Dor coluna	2
Dor varizes	1
Enxaqueca	1
Doença pulmonar	2
Úlcera péptica	1
Miastenia Gravis	1
Retocolite	1

Dos 14 trabalhadores informantes, 4 não mencionaram nenhuma doença. Os demais mencionaram ser acometido por um ou mais tipo de doença. No Quadro 1 pode-se constatar o número elevado de pessoas que dizem sofrer em consequência de adoecimento.

4.1 Prática Reflexiva – Encontros com os Trabalhadores de Enfermagem

Os encontros aconteceram numa sala de consultas do ambulatório Ala I, adaptada para este fim, visto que a sala de reuniões não era adequada pois tem uma mesa grande, a sala é pequena, e não a poderíamos arrumar de uma forma que possibilitasse uma melhor interação. Assim, afastei a maca da sala de consultas, as cadeiras foram dispostas em círculo, em alguns encontros trouxe

música e flores para propiciar um ambiente mais agradável, favorecendo o diálogo, e a integração.

4.1.1 Primeiro Encontro – 07 de maio de 2001

Número de participantes: 12

Neste dia, trabalhamos juntos durante a manhã, organizando o serviço para que fosse possível estarmos no horário combinado, iniciando este trabalho. Preparei o ambiente tentando torná-lo acolhedor, com música, flores, recepcionando as pessoas com conversa informal, abrindo uma caixa de bombons e deixando que umas pessoas oferecessem para as outras, iniciando aí uma forma de interação.

Ao iniciar este encontro, expliquei o motivo que me levou a pensar este estudo, apresentei alguns itens do projeto, tais como os objetivos, referencial teórico resumido, não entrando em detalhes sobre pressupostos e conceitos, para não haver interferência nos seus pensamentos.

Fizemos alguns acordos, como a necessidade de iniciarmos no horário programado, os dias em que seriam realizados os encontros, proposta da metodologia de trabalho, salientei que o meu papel seria de facilitadora, oportunizando a participação de todos que desejassem, ouvindo opiniões e sugestões para cada encontro.

Após, o grupo colocou suas expectativas em relação a este trabalho, ficando clara a necessidade e a vontade deles participarem, como se pode perceber nestas falas:

As reuniões são boas, pois fortalecem bastante a equipe, criam um vínculo, uma amizade mais forte e dão mais liberdade de conversar com as pessoas... Se eu quero trabalhar bem com o paciente, eu tenho que trabalhar bem com a equipe. Se eu não

trabalho bem com minha equipe, como posso tratar bem o paciente? [...] a gente trabalha com mais vontade, satisfeito, se sente bem no local de trabalho, faz aquilo que realmente gosta de fazer, só tem a crescer.

(Kentaurus)

Esta reunião serve também para o amadurecimento do grupo... Passamos a maior parte da vida aqui dentro, tenho que ter vontade de vir para cá...

(Alioth)

Depois destas primeiras falas, propus usarmos uma técnica vivencial, a teia, inspirada no trabalho de NITSCHKE (1999). Explico como seria o desenvolvimento deste momento, no qual se usa um novelo de lã, que vai sendo jogado para cada uma das pessoas do grupo, formado um desenho como uma trama ou teia de aranha.

4.1.1.1 Tecendo a teia

Ao jogar o novelo, fiz uma pergunta para ser respondida no momento em que cada colega recebesse o novelo e passasse para o colega escolhido, ou seja: o que é ter uma boa qualidade de vida para ti?

É interessante relatar que, ao mesmo tempo em que ficavam sérios, pensativos, permanecia um ambiente descontraído, pois ao jogar o novelo, às vezes, ele caía no chão, gerando risos, mas imediatamente voltavam a questão.

Para o grupo, qualidade de vida é ter saúde, paz, segurança, amor, harmonia, estar bem com a família, com os colegas, no ambiente de trabalho, e com a humanidade. Pode-se perceber que a expectativa de ter uma boa qualidade de vida vai além de situações materiais, embora não tenhamos detalhado o que significava cada uma das palavras, pois seus significados

demandariam mais uma seqüência de questionamentos. A qualidade de vida representa alguma coisa muito ampla e ao mesmo tempo específica, algo individual como estar bem com o colega e algo maior como estar bem com a humanidade. Como referem os trabalhadores:

Estar bem no ambiente de trabalho, estar com saúde, estar bem com a humanidade, principalmente estar em paz comigo mesmo e com Deus.

(Kentaurus)

Ter tranqüilidade no trabalho, em casa, ter saúde.

(Hadar)

Ter saúde, paz, segurança, amor...

(Atria)

4.1.1.2 Reflexão sobre a figura formada

Após ter passado o novelo por todos, ficou formada uma figura, e um dos colegas desenhou no quadro o que a figura significava para ele e perguntou o que aconteceria se um de nós largasse o fio, fazendo o gesto de soltar o fio.

Para o grupo, o desenho representava uma teia ou estrela, pela forma, pois o fio se entrelaçava, ligando as pessoas entre si. Se uma das pessoas soltasse o fio, ficaria isolada. Como evidenciado nas falas a seguir:

O desenho representa a teia, a teia da vida... A união de todos nós, cada um tem uma forma de pensar, de agir, se todos nos unirmos, trabalharemos melhor se soltamos o fio, ficamos isolados. Posso cortar o fio com uma pessoa ou me isolar do grupo ...

(Rigel)

As pessoas precisam uma das outras. Ninguém consegue andar sozinho, andar separado, temos que nos dar as mãos...

(Kentaurus)

Outras reflexões surgiram a partir da figura, como a necessidade de sentir-se bem no trabalho, sendo uma pessoa inteira com suas dificuldades, seus problemas. A importância do trabalho em nossas vidas, o espaço que é ocupado por ele e o que existe no imaginário das pessoas, de que não há influência de fatores individuais no trabalho e do trabalho nas questões pessoais. Isto fica evidenciado nas falas:

... eu acho que o relacionamento no serviço é muito importante, pois para mim o meu serviço é minha segunda casa. Eu posso estar com uns problemas difíceis como já tive, deixo na porta, quando for embora eu pego...

(Shaula)

... eu entro no hospital e deixo meus problemas lá fora, eu saio do hospital os problemas daqui ficam, não carrego nem para um lado nem para outro.

(Kentaurus)

4.1.1.3 Desfazendo a teia

É importante constar que as pessoas sentadas em círculo, estando interligadas com um fio, fazendo reflexões, compartilhando suas idéias, representava realmente o que estava sendo vivido, uma interação daquele grupo, um maior conhecimento daquelas pessoas que dividiam o seu cotidiano no trabalho e por não ter, talvez, oportunidade estavam naquele momento compartilhando sentimentos, emoções, pontos de vista.

Ao devolver o novelo as pessoas reforçaram algumas palavras, que representavam o seu sentimento no momento: solidariedade, amor, união, paz, humanidade, vida, tranquilidade, segurança, trabalho, fraternidade, amizade.

Para finalizar este encontro, pedi que fizessem uma avaliação e sugestões para o próximo. O grupo demonstrou ter gostado de participar, ter descontraído e ter vontade de continuar.

4.1.2 Segundo Encontro – 14 de maio de 2001

Número de participantes: 11

Da mesma forma que no primeiro dia, a sala foi arrumada de forma a permitir maior espaço e acolhimento das pessoas. Música, cadeiras dispostas em círculo, conversas iniciais informais. Logo a seguir, retomo o trabalho do dia anterior, explicando o tema que iríamos tratar neste dia, trabalho em equipe, e que iríamos usar uma técnica vivencial chamada “*João Bobo*”, proposta por JALOWITZKI (1998). Iniciei perguntando ao grupo os requisitos necessários para um bom trabalho em equipe. À medida que as pessoas iam se pronunciando, eu anotava as falas numa folha em branco que havia fixado na parede.

As palavras explicitadas foram: Integração, comunicação, confiança, união, tranquilidade, companheirismo, segurança, disposição, dinamismo, saúde, liberdade.

Ao falarem, as pessoas explicavam porque achavam importante cada palavra pronunciada, como é o caso de Kentaurus:

Coloquei integração porque acho que, para trabalhar em equipe, devemos estar integrados, Na área de saúde, deve haver confiança, se não tem confiança, não me integro e não trabalho em equipe.

(Kentaurus)

A palavra confiança foi ressaltada, sendo solicitado que os integrantes do grupo exercitassem a confiança, com a técnica do “*João Bobo*”, na qual uma pessoa entra no meio do círculo, deixando o corpo bem relaxado, fechando os olhos se puder e quiser. Com o corpo solto, os colegas seguram quem está no meio, conduzindo-o para diferentes lados.

No início, as pessoas sentiam-se muito inseguras, tinham dificuldade em conseguir relaxar, e somente duas pessoas conseguiram fechar os olhos, demonstrando confiança. Após a vivência, foi feita a reflexão sobre os sentimentos vivenciados, ficando evidente que, para haver confiança, precisamos conhecer o outro, o grupo, ter autoconhecimento, colaboração, boa vontade, companheirismo, interesse em trabalhar, progredir e crescer.

No início eu estava meio insegura, mas depois fui confiando

(Vega)

Eu não senti confiança porque a coisa ocorre de uma forma não programada. De repente te jogam para um lado e as pessoas não estão atentas. Aí tu não tens confiança...

(Kentaurus)

A seguir, emergiram algumas situações do cotidiano do ambulatório que são dificuldades, como falta de pessoal, demanda aumentada pela procura de pessoas fora de agenda e não resolubilidade em outros locais de atendimento. Isto evidencia a imprevisibilidade do serviço, falta de limite na demanda e ocorrência de situações de risco, tanto para o sujeito trabalhador como para o sujeito portador de carência de saúde.

Eu não peço ajuda porque sei que tem pouca gente, como vou pedir socorro? Às vezes a coisa fica feia. Tenho que atender duas salas, pedem tudo ao mesmo tempo. Às vezes são três ou quatro salas e a gente tem que estar circulando em todas. Outro dia eu parei no meio do caminho e fui pensar o que eu fazia...

(Hadar)

Se fossem só os pacientes agendados não teria problema. O problema é que tem muito retorno sem estar agendado [...] tem um caso de um menino que fazia dez dias que estava entre um P.A. e outro, ele não podia nem caminhar mais. Eu pedi para o médico atender, ele foi examinado e levado direto para o bloco cirúrgico... tem coisas que a gente tem que interferir.

(Alioth)

Também foram referidas as dificuldades que o trabalhador enfrenta em conciliar suas próprias dificuldades, com o trabalho.

Eu acho impossível a gente não trazer coisas de casa e não levar daqui... alguma coisa fica marcando a gente, vamos para casa com aquilo na cabeça, até o fato de não poder ajudar um paciente...

(Alkaid)

Às vezes, eu fico pensando, será que sou normal? Porque levo os problemas daqui e aquilo influencia meu psicológico em casa, eu custo esquecer e assim, com os dias passando a gente esquece, mas não consigo esquecer fácil, assim como se eu tenho uma preocupação em casa eu trago comigo...

(Achernar)

Assim, também surgiram questões éticas do trabalho, como o direito à privacidade, a uma assistência de qualidade, a valorização do indivíduo enquanto usuário do sistema de saúde.

... tem colegas que começam a falar um monte de coisas, problemas internos na frente do paciente, está precisando conversar? ...às vezes não é o momento ideal, o paciente fica ouvindo coisas que não tem nada a ver com ele, e ao mesmo tempo não conseguimos dar atenção ao colega, vamos primeiro atender o serviço e depois falar, tem que dar uns toques [...] também acontece do médico falar problema de um paciente na frente de outro, eu já pedi para eles irem conversar em outra sala...

(Kentaurus)

Eu acho que tem coisas que estão erradas... são muitos exames, fica pouco tempo para esterilizar o material...

(Adhara)

... a maioria são pacientes mal, com sangramento, esperando cirurgia ou já fizeram cirurgia, são coisas de urgência e precisam de atendimento

(Hadar)

Neste momento, o diálogo foi mantido em torno do que é atendimento ambulatorial e o que é atendimento de urgência e emergência. Mesmo que organizemos o atendimento ambulatorial, ele sofre influência das políticas públicas, gerando transtornos imediatos, com conseqüências na organização do serviço, na finalidade do trabalho e obviamente no sujeito usuário e no sujeito trabalhador.

No final deste encontro, realizamos a avaliação deste, as pessoas se pronunciaram afirmando terem gostado da atividade, achando de muito proveito e importância para a melhoria do desenvolvimento dos trabalhos e combinamos a participação da minha co-orientadora deste trabalho para o próximo encontro.

4.1.3 Terceiro Encontro – 21 de maio de 2001

Iniciamos o encontro com a apresentação da co-orientadora e pedi que cada um também se apresentasse. Na apresentação dos participantes alguns foram colocando o tempo de trabalho no ambulatório e o motivo de terem vindo trabalhar neste setor.

Para este dia, preparei um texto (Anexo E) com citação do I CHING (1982), a seguir descrito:

Ao término de um período de decadência, sobrevém o ponto de mutação. A luz poderosa que fora banida ressurgue. Há movimento, mas este não é gerado pela força[...] O movimento é natural, surge espontaneamente. Por essa razão, a transformação do antigo torna-se fácil. O velho é descartado, e o novo é introduzido. Ambas as medidas se harmonizam com o tempo, não resultando daí, portanto, nenhum dano.

Este texto seria o ponto de partida para as reflexões, pensei em iniciar as discussões de uma forma geral e ampla como meio de introduzir a temática sobre o trabalho e a desvalorização do trabalhador, para minha surpresa após a leitura do primeiro parágrafo, um dos participantes inicia a discussão da seguinte forma:

Como a gente pode interpretar isso?...eu vejo assim: chega um certo tempo que está na hora de fazer uma mudança, botar gente nova e aí o velho é descartável...o funcionário pensa: eu me doeí tanto, trabalhei tantos anos e de repente não sirvo para mais nada [...] ficamos parados em termos de progressão na educação [...] sente-se ficando para trás...

(Kentaurus)

Nesta fala, fica clara a importância de atualização, crescimento pessoal e profissional, aumentando com isso a auto-estima do trabalhador, diminuindo a sensação de ser descartável. Este é um assunto que deve ser discutido para termos mais clareza sobre o que significa ser substituível, ser descartável. O que podemos fazer para não nos sentirmos substituíveis, embora saibamos que o somos. O que fazer para manter nossa auto-estima elevada e preparo para saber enfrentar este fato quando chegar o momento? Como evidenciado na fala a seguir:

... nossa cabeça precisa ser trabalhada para isso ... tanto é que o pessoal quando se aposenta entra em depressão, pois se acha um inútil ...

(Kentaurus)

Em outra fala, fica evidenciada a desvalorização no serviço pelo fato de estar doente, o sentimento de ser descartável e falta de preparo emocional para enfrentar mudanças tanto pessoais como profissionais.

O exemplo sou eu, não agüentava mais ficar em casa, estava me sentindo terrivelmente inútil...o trabalho é quase como uma terapia para mim...no momento em que fiquei doente me descartaram, ele me chamou, elogiou, mas agora eu estava doente e não podia ter uma pessoa doente para o trabalho...

(Polaris)

Começam a aparecer as diferenças do ambulatório, as situações diversificadas, imprevisíveis, o papel que o trabalho ocupa em nossas vidas, como manifestado pelos trabalhadores:

A gente, desde criança foi educada para trabalhar. O trabalho passa recurso, para que produza, tenha progresso, aprenda. Sente valorização, cria um vínculo e fica difícil romper este vínculo.

(Rigel)

As situações são tão diversificadas [...] me deparei com um paciente com o visual do rosto deformado, fui para trás do biombo e pedi a Deus que me ajudasse, me desse coragem [...] no setor onde eu trabalhava antes a gente convivia com os pacientes envelhecendo, mas aqui é diferente, vemos a pessoa se destruindo, tu sentes ela se desintegrando.

(Rigel)

Aqui aparecem “mil coisas” para a gente aprender a cada dia, coisas diferentes e a gente está sempre aprendendo. Não é porque tu chegaste agora, eu que estou aqui há quantos anos e ainda me surpreendo com coisas novas ...

(Hadar)

É interessante notar que as reflexões foram surgindo espontaneamente, a partir da experiência de vida de cada um, dos sentimentos. Procurei deixar que as falas fossem livres, que as pessoas se pronunciassem quando sentissem vontade, estimulando algumas vezes um determinado assunto, que fosse ao encontro da proposta deste trabalho, assim como contemplasse a valorização do sujeito trabalhador. Na função de facilitadora, precisava pensar em atividades que ajudassem a comunicação, a integração, que os participantes sentissem interesse no trabalho e motivados a continuar.

Nos primeiros encontros, sentia-me ansiosa para ver o andamento dos trabalhos, mas aos poucos fui percebendo que embora o interesse neste estudo havia sido iniciado por mim, encontrava apoio no grupo, e isto era demonstrado pelos trabalhadores por meio de gestos e palavras, em todos os momentos, desde as fases preparatórias, durante os encontros, e nos intervalos destes.

No final deste encontro, um colega pediu para cantar uma música, todos concordaram. Ele cantou a “*canção dos imperfeitos*” que fala na contradição do ser humano. Combinamos que no próximo encontro ele traria a música gravada e cópia dela para cantarmos juntos.

4.1.4 Quarto Encontro – 28 de maio de 2001

Número de participantes: 11

Iniciamos o encontro ouvindo e cantando a música do último encontro. Foram distribuídas cópias e comentamos a letra, qual era sua mensagem. Falava da imperfeição do ser humano, das suas contradições.

Após este momento, sugeri vivenciarmos uma técnica que consistia em ter uma música ambiental, dois círculos de pessoas em pé, um interno e outro externo, ficando aos pares de frente, olhos nos olhos, toque de mãos. Foi trabalhada a sensibilidade, o toque, a comunicação, o exercício da percepção de

si e do outro. Depois deste momento, pedi que comentassem sobre os seus sentimentos e de que forma percebiam o colega, tentando relacionar com o nosso trabalho e como nos comunicamos com o paciente.

Eu senti que a gente parece uma família [...] uma coisa forte.

(Alkaid)

Senti uma amizade, a gente tem uma energia, uma vibração forte [...]

(Shaula)

A linguagem do ser humano se dá através dos gestos e dos olhos, às vezes com um olhar a gente diz muitas palavras.

(Achernar)

Após esse momento, fiz uma retrospectiva dos primeiros encontros, fazendo a seguinte pergunta: o que tem de diferente no trabalho aqui no ambulatório dos outros locais? Como vocês percebem o nosso trabalho em relação aos outros trabalhos no hospital?

O grupo evidencia que a responsabilidade e os cuidados são os mesmos, as diferenças existem de acordo com a característica de cada setor. Sendo que, às vezes, dentro do mesmo setor existem diferenças, podendo também variar de um momento para o outro ou de um dia para outro. Como ficou evidenciado a seguir:

Para mim não tem nada de diferente, se tem que fazer curativo, tem que fazer medicação, puncionar veia, instalar solução, curativos de todos os tipos [...] a diferença é que na unidade o paciente fica internado, aqui ele volta para casa porque tem condições de ir e voltar.

(Shaula)

Os cuidados são os mesmos, a responsabilidade é a mesma. A diferença é que a gente não passa plantão, não recebe plantão, é outro tipo de trabalho, os pacientes são mais rotativos [...] tem dias que aqui não temos tempo para nada, tem outros dias que está mais calmo, como nos outros locais [...]

(Kentaurus)

[..] aqui o número de pacientes é ilimitado, é imprevisível. As outras unidades não têm consciência disso [...] tem um conceito que parece que aqui não se faz nada.

(Alioth)

Ao pensar as diferenças, sempre nos vem à mente a questão dos estigmas, que aqui ficam bem evidenciados, pelos sentimentos dos trabalhadores deste setor. Não é por acaso que estes “brotam” neste momento, pois eles estão presentes no dia a dia deste processo de trabalho. Quando perguntei se era justo os outros pensarem desta forma, as respostas foram de indignação, demonstrada na fala de Antares:

Uma colega que trabalhava em outro setor e cada vez que eu ia levar o material ela dizia: é uma barbada o teu trabalho, aí passou o tempo ela foi trabalhar na Ala II, um dia eu fui lá ela disse: isso aqui é um horror! Eu perguntei se ela lembrava o que tinha me dito há tempos atrás, ela respondeu que sim... se tu não trabalhas, não sabes o que é aquele trabalho [...]

(Antares)

Para o próximo encontro, solicitei que os participantes pensassem sobre o trabalho do ambulatório, o que está certo, o que está bom e queremos manter, aquelas coisas que achamos que devem ser modificadas e o que deve ser encaminhado, pois além de refletirmos, poderíamos já pensar em coisas concretas para melhorar o nosso trabalho.

Isto desencadeou algumas sugestões como a necessidade de ter reuniões

com a coordenadora e diretora de enfermagem, sendo assinalado que existe uma distância entre os setores e estas. Também foi apontado que não é realizada nova eleição quando, por algum motivo, fica vago um cargo, como aconteceram algumas vezes na substituição de coordenadores, em que foram designadas pessoas sem haver consulta à equipe.

Para finalizar este encontro, levei um texto “*As três peneiras*” (Anexo F) de autor desconhecido com a mensagem que fala na verdade, bondade e a necessidade, abordando questões éticas. Foram feitos vários comentários sobre este e sua relação com o cotidiano.

4.1.5 Quinto Encontro – 04 de junho de 2001

Número de participantes: 11

O encontro iniciou com uma conversa informal, com o objetivo de deixar as pessoas mais à vontade, quando falei da necessidade de realizarmos um encontro além do previsto.

Neste dia contamos com a presença da minha co-orientadora que foi naturalmente incluída pelo grupo. Fiz uma retrospectiva dos assuntos abordados nos encontros anteriores e, ao mesmo tempo, apresentei algumas questões para reflexão:

- *Qual a finalidade do nosso trabalho?*
- *Para quem somos importantes?*
- *O que precisamos para dar conta deste trabalho com qualidade e satisfação?*

Os instantes iniciais foram de silêncio, um silêncio que não me

incomodava, pois os participantes ficavam com um semblante pensativo, sério, significativo. Era um assunto que estava sendo colocado para ser refletido, talvez fosse a primeira vez que as coisas eram colocadas desta forma. Vamos pensar sobre o nosso trabalho, vamos pensar sobre algo que está presente em nossas vidas uma vez que, na maioria das vezes, o encaramos de um jeito tão banal, rotineiro, como se não tivesse mais nada a ser acrescentado.

É comum este processo de naturalização, quando o cotidiano penetra tão fundo na consciência da pessoa que já se torna “*normal*”, dado, e, mais que tudo, separado do próprio sujeito que o vive, como algo fora dele, já pensado e determinado.

Ao ser aberto o espaço para a reflexão, logo surgem as primeiras idéias sobre a própria ação, ao mesmo tempo em que alguns dilemas éticos, comuns ao trabalho no ambulatório, são referidos como algo que, embora aconteçam freqüentemente, não podem ser percebidos como banais e simples, tais como expor os pacientes a conversas pessoais dos profissionais, estudantes e de outros pacientes, bem como realizar consulta perante outras pessoas.

Para os trabalhadores, há diferença entre se falar algum assunto para descontrair o paciente, sendo ele envolvido, e falar assunto que não diz respeito a ele, ignorando-o. Pensam não ser ético expor uma pessoa, durante sua consulta, à presença de outro paciente, quando se falha em relação ao seu direito à privacidade.

Foi referido pelos participantes que a finalidade do trabalho no ambulatório é atender bem ao paciente, com responsabilidade, com respeito e com ética. Somos importantes tanto para os pacientes como para os demais membros da equipe, porque estamos interligados em nossas ações. Para dar conta deste trabalho, com qualidade e satisfação, precisamos estar bem, trabalhar em conjunto, ter condições de trabalho, com material e instrumentos adequados.

A nossa função aqui é atingir uma meta que são os pacientes. Para a gente atender bem precisamos trabalhar em equipe... para formar uma equipe todos são importantes, cada um fazendo sua

parte... a nossa finalidade aqui é a responsabilidade com o paciente [...]

(Alioth)

É interessante como nós somos importantes e muitas vezes não damos valor para o nosso trabalho. Nós somos um corpo, corpo ambulatorial. Nós somos os membros deste corpo. Se cada parte deste corpo falhar quebra o trabalho da equipe... se um de nós falhar vai interferir no conjunto... embora os médicos não demonstrem isso, quando falta alguma coisa eles ficam perdidos. Nós somos importantes. Quando eu noto que sou importante eu fico feliz em saber da minha importância para o trabalho

(Kentaurus)

Durante as discussões, foram aflorando temas ligados às relações no trabalho, à importância de termos relações verdadeiras com o grupo. Relações verdadeiras, porém, que não significam relações agressivas, em que se diga qualquer coisa a qualquer hora, de qualquer jeito. Significa, sim, ser sincero naquilo que se pensa, dizendo o que for necessário ao outro, com cuidado. Isso foi mencionado como uma coisa importante, que ajuda a fortalecer uma base sólida no relacionamento em grupo.

Quando surgiam questões éticas, geralmente eram citados outros profissionais ou alunos. Nestes momentos, tentávamos olhar para o nosso próprio trabalho, com a intenção de tornar consciente aquilo que estava “escondido”. A essência da realidade, no momento em que se começa a pensar, a trocar idéias, vai se tornando mais clara, começa a fazer parte daquele cotidiano que se prefere deixar adormecido, para não ficar consciente do quão perverso pode ser. O cotidiano passa a ser visto de uma forma banal. E conforme refere BECK (2001, p. 192),

[...] a banalização se apresenta, justamente, na ausência do espanto diante das vivências cotidianas, e é possível que a questão ética resida, justamente, na retomada da “atitude de espanto” por parte dos trabalhadores diante de situações conflitantes [...]

LEOPARDI (1992, p. 74), diz que:

[...] além da ética como atitude de espanto diante do óbvio, para buscar seu sentido moral, embora nem sempre compreendido, possivelmente pelo anestesiamiento cotidiano de nossas vidas, temos de assumir uma atitude estética, para resgatarmos a dimensão sensorial e criativa, no prazer dos gostos dos alimentos, dos odores, dos sons, do tato. Ter a experiência da vida possibilita reconhecer o que é anti-vida.

Pelo espanto provocado na visão do próprio trabalho, nasce a possibilidade de se pensar em mudanças, se for o caso, a partir de projetos coletivos.

Outra questão foi referente a proporcionar um ambiente adequado, com condições de segurança, para garantir um tratamento de qualidade para o paciente, sendo necessário que a enfermagem defina quais são seus valores, para quem é dirigido o seu trabalho e como se pode concretizar o projeto daí originário.

Quando lhes foi solicitado para refletirem sobre as dificuldades e facilidades encontradas no trabalho, foram as dificuldades as mais evidenciadas, sendo relacionadas a falta de material, medicamentos, necessidade de uma equipe unida e com condições de trabalhar, dificuldades de relacionamento, sobrecarga de serviço em determinados horários, havendo, muitas vezes, necessidade de se reorganizar o serviço. Isto é demonstrado na fala de Hadar:

Agora estou fazendo assim: o material não está pronto ainda, tem que esperar [...] colocamos um limite, vai atendendo as consultas enquanto esteriliza.

(Hadar)

Este pronunciamento demonstra uma mudança de atitude, pois se antes o trabalhador tinha uma atitude passiva, passa agora a intervir na prática cotidiana, utilizando melhor seu tempo e suas habilidades, inclusive sua capacidade de

tomar decisões diante de imprevistos. Para isso, são necessários segurança no conhecimento, respaldo técnico e questionamento de sua prática.

Neste dia, a integração aconteceu por meio de leitura e reflexão de um texto de LELOUP (2001) (Anexo G), que abordava a importância da presença de pessoas diferentes nos grupos, com pensamentos diferentes, contribuindo para o enriquecimento do grupo.

Ficou combinado que, no último encontro, faríamos um almoço de confraternização e encerramento, cada um trazendo uma mensagem para trocar com um colega aleatoriamente.

4.1.6 Sexto Encontro – 11 de junho de 2001

Número de participantes: 11

O encontro iniciou com um almoço e música. Convidei os funcionários administrativos e do serviço de limpeza para também participarem deste momento, como um modo de valorizar seu trabalho, como tão necessário e importante quanto a assistência. Este momento aconteceu na sala de reuniões, sendo que, para o momento reflexivo propriamente dito trocamos de sala para melhor desenvolvermos o trabalho.

Para concluir este estudo fiz um cartaz com a síntese dos encontros, que será descrito posteriormente, e mais três cartazes com as questões:

- *No nosso trabalho, o que está bom que podemos manter?*
- *O que podemos modificar?*
- *Que coisas são necessárias encaminhar?*

A idéia foi objetivar as reflexões realizadas durante os encontros, de maneira que se tornassem mais visíveis as questões ali tratadas. Íamos lendo cada item, discutindo, negociando e decidindo como resolvê-lo, mantendo-o como estava, modificando-o ou encaminhando a outro órgão.

Porém, sabíamos que estas discussões não terminariam neste momento, pois fazem parte de um processo que continua no nosso cotidiano. Havia uma compreensão tácita de que esta foi uma etapa de crescimento individual e coletivo, que deveria continuar sendo alimentada, para não correr o risco de tornar-se mais um trabalho acadêmico, sem que a ele se desse conseqüência.

4.1.7 Síntese dos Assuntos Levantados durante os Encontros

No quadro apresentado com a síntese, apareceram as questões sobre as quais mais se dera ênfase durante o processo reflexivo. É importante observar que foram levantados pontos que se referem ao trabalhador, ao trabalho institucional e à auto-consciência, os quais correspondem a um pensamento complexo sobre o que representa a assistência no ambulatório, onde o contato com os usuários exige esforços que não parecem ser percebidos por administradores e colegas de outros setores. Foram elencados:

- Problemas de saúde e falta de um plano que contemple a saúde do trabalhador.
- Acomodação na mesma atividade, dificuldade em aceitar rodízios.
- Estigma do trabalho ser mais fácil no ambulatório.
- Enfrentamento de situações diversificadas e imprevisíveis.
- Envolvimento com os problemas de casa e do trabalho, havendo necessidade de criar formas de enfrentamento de situações difíceis.
- Importância do trabalho em equipe, com integração, comunicação, boa

vontade, segurança, disposição, tranqüilidade, confiança, sinceridade, união, companheirismo e liberdade.

- Necessidade de haver reuniões para falar de sentimentos, fortalecer laços e criar vínculos com a equipe;
- Questões éticas: para quem trabalhamos?
- Falta de reuniões com coordenação e direção.

Em relação ao que o grupo pensava que poderia ser mantido, por ser considerado adequado, o ponto mais comentado foi o comportamento participativo, que deveria ser incentivado, ou seja:

- Reuniões para compartilhar o retorno dos colegas das licenças para tratamento de saúde.
- Trabalhar em equipe auxiliando os colegas.
- Atendimento dos pacientes com qualidade.
- Compromisso com os colegas no trabalho, que trará conseqüências na prática cotidiana.
- Manter os requisitos para um trabalho em equipe, que foram referidos no segundo encontro.

Sobre o que se pensava ser necessário modificar, as sugestões revelaram uma preocupação com a questão central deste trabalho, ou seja, com o fato do ambulatório continuar sendo um lugar para trabalhadores com problemas, além do desejo de adquirir maior competência no trabalho assistencial, de modo que foram indicados:

- Reuniões: passar de mensais para quinzenais.
- Fazer rodízio entre as clínicas, valorizando o trabalho do colega, permitindo facilidade na substituição de férias.

- Revisar o “*perfil dos trabalhadores*”: idéia de que o trabalho no ambulatório é simples, “*depósito*” de funcionários com problemas.
- Recomeçar reuniões de estudos (educação em serviço).
- Participação da coordenação e direção em algumas reuniões.
- Participação nas reuniões.
- Rever o tempo de intervalo para cada exame, nas diferentes clínicas, de forma que o serviço não fique tumultuado e possibilite melhor organização.
- Rever o encaminhamento dos pacientes do pronto atendimento, pois muitas vezes são encaminhadas pessoas daquele setor para o ambulatório, sem um prévio agendamento, sendo que o primeiro atendimento já deveria ter sido realizado naquele local.

Quanto ao que seria necessário encaminhar, os trabalhadores expressaram maior preocupação com a necessidade de mudança de atitude em relação ao ambulatório, o que seria expresso pela revisão da organização interna para propiciar melhor qualidade de vida no trabalho, aumentando o quadro de pessoal, com retorno de funcionários somente quando em condições efetivas de trabalho, e revendo as razões para sua transferência de outros setores para o ambulatório, ou seja:

- Solicitação de atividade física para os trabalhadores do ambulatório, no início ou final do trabalho, junto à fisioterapia ou educação física;
- Solicitar aumento do número de funcionários; diz respeito também às condições físicas e limitações do trabalhador.
- Negociar com os profissionais das clínicas o horário dos exames.
- Rever as transferências de trabalhadores com problemas de saúde para o ambulatório

Durante as discussões foram relacionados alguns aspectos que fortalecem as sugestões, podendo ser notados nas falas:

A instituição falha neste aspecto, porque a gente não tem condições de procurar fisioterapeuta, médico para acompanhar, porque o nosso salário está como todo mundo sabe, “estagnado”, a gente vai levando com comprimido e injeção, mas e daqui mais um tempo vamos estar de bengala? [...] porque não é feito alguma coisa?

(Bellatrix)

Para mim foi muito importante ter voltado a trabalhar, porque se tivesse continuado em casa mais um tempo, não sei o que teria acontecido... foi um apoio... na verdade a gente não é uma máquina, a gente é um ser humano [...]

(Schaula)

Estas questões dizem respeito à valorização do sujeito trabalhador, percebendo-se, no dia a dia, que, ao mesmo tempo em que o sujeito passa por dificuldades, ele tenta aliar da melhor maneira sua vida com seu trabalho. Isso nem sempre é possível, pois, às vezes, sua vontade não é maior que suas reais condições físicas ou mentais. A pessoa pode não estar em condições totais de assumir suas atividades, mas continuar de licença não é bom para ela, de modo que teremos de pensar em como podemos administrar isso.

Haverá alguma forma de aliar as necessidades do trabalho, com as necessidades do trabalhador? Quando perguntei se uma pessoa com as condições mencionadas poderia trabalhar numa unidade de internação, a resposta foi unânime: não trabalharia. Então, qual a razão que poderia justificar o fato de que ela possa trabalhar no ambulatório?

Sem dúvida, mesmo ilógica, a razão apontada era de que neste local o trabalho é “mais leve”, talvez porque se associe o “peso” do trabalho com a gravidade da doença, ou com a incapacidade dela decorrente. Esta seria uma lógica própria à pessoa doente, mas jamais poderia sustentar uma reflexão sobre o caráter do trabalho, pois o trabalhador, em unidade de internação ou em

ambulatório, é exigido em seu compromisso de atender com presteza, dedicação e competência. No ambulatório, além disso, ainda há pressões dos usuários que ficam sem atendimento, por causas que não se referem ao trabalho em si, mas às conseqüências da estrutura social que, predominantemente, produz uma lógica de restrição de gastos com serviços e atividades não lucrativas. Dizem os trabalhadores:

Porque há muito tempo tem uma "filosofia" que o ambulatório é "depósito" de funcionário com problemas de saúde. Só que não é assim, é como no andar, o ambulatório tem pacientes e muito trabalho.

(Bellatrix)

Se não tem condições de trabalhar na enfermagem, que ela faça um trabalho mais burocrático, sentada ... a gente também tem que ver o lado do trabalho...em primeiro lugar temos de ser coerentes, se não tem condições, não tem condições. Se é bom vir para cá então que trabalhe [...]

(Kentaurus)

Foram feitas algumas conjecturas sobre o sofrimento no trabalho, tendo-se em conta que cada setor tem sua complexidade e o seu tipo de sofrimento. Que é diferente em cada lugar, não podendo ser avaliado quem sofre mais. No ambulatório, convivemos de frente com o problema social, a fome, a miséria, o que muitas vezes é mascarado quando a pessoa está internada e suas necessidades são supridas momentaneamente.

Quando trocamos, por exemplo, um curativo, sabemos que no outro dia vai voltar sujo de terra, por melhor que tenha sido a orientação, porque as condições de moradia não favorecem um cuidado adequado, porque as condições que esta pessoa enfrenta no trabalho dela não são favoráveis para um bom cuidado, e, muitas vezes, ela não poderá fazer o repouso necessário, pois precisa ficar durante todo o dia em pé no seu trabalho. Sem falar na falta de uma alimentação adequada para manter um bom estado nutricional, e assim facilitar na sua

recuperação, nos medicamentos que não consegue comprar, voltando no outro dia pior do que já estava.

Para encerrar o encontro, solicitei que cada um colocasse uma mensagem na mesa, que foram trocadas aleatoriamente e uma das pessoas quis ler a sua mensagem.

Fizemos avaliação dos encontros, agradecimentos, entrega de rosas com uma mensagem para os participantes. A integração aconteceu de uma forma bem significativa, com as pessoas ouvindo e cantando a música “*o que é o que é*” de Gonzaguinha: “*Viver e não ter a vergonha de ser feliz cantar e cantar e cantar a beleza de ser um eterno aprendiz ...*”

4.1.8 Síntese dos Encontros

Nesse momento, penso ser importante fazer algumas considerações sobre esta primeira etapa. Inicialmente, faço uma descrição sobre a formação do enfermeiro e o seu papel como educador. A seguir, trago algumas idéias sobre os níveis de práxis e, finalmente, relato como aconteceu o processo educativo, as questões éticas e a aplicação da teoria durante o desenvolvimento da proposta.

Historicamente, o papel do enfermeiro como educador não teve o destaque necessário para estimular esta importante função no seu processo de trabalho. Isto pode ser notado na formação do enfermeiro, cujos currículos mínimos não contemplavam este papel. Estes currículos mínimos refletem as políticas econômicas e sociais de cada época, interferindo no preparo e conseqüentemente na atuação do enfermeiro.

Segundo GERMANO (1985), na primeira reformulação do currículo mínimo, em 1949, não houve mudança sensível em relação ao primeiro, pois ambos davam ênfase à área preventiva, enquanto no de 1962, observa-se uma mudança significativa. Nesse último, com o incremento do capitalismo e da industrialização,

a economia brasileira passa a se desenvolver favorecendo um processo excludente e concentrador de renda, interferindo no ensino, de um modo geral, e conseqüentemente no da enfermagem.

O currículo mínimo de 1972, como os demais, é fruto do período em que foi elaborado, tendo como ênfase o modelo curativista e privatista. Em 1994, é aprovado o último currículo mínimo decorrente de discussões em vários seminários, em nível estadual, regional e nacional, trazendo alguns avanços, embora não tenha sido contemplada em sua totalidade a proposta discutida e apresentada pela Associação Brasileira de Enfermagem. Atualmente, com a nova Lei de Diretrizes de Bases da Educação Nacional (LDB), nº 9.394, de 1996, os currículos mínimos são extintos e passa a vigorar as Diretrizes Curriculares, discutidos nos Seminários Nacionais de Diretrizes para Educação em Enfermagem no Brasil – SENADEN (SAUPE, 1998).

Como pode ser percebida, a formação do enfermeiro sempre esteve influenciada pelo modelo político-econômico vigente no país. Ao longo da evolução dos currículos mínimos, percebe-se a ausência de disciplinas pedagógicas, que proporcionam uma formação educativa em relação ao papel do enfermeiro enquanto educador. Para Oliveira (apud SAUPE, 1998, p. 65),

[...] a perspectiva de visualizar o papel educativo do enfermeiro somente enquanto vinculado ao ensino formal representa uma grave distorção e desconhecimento, por parte do legislador, da extrema aderência do princípio educativo a toda e qualquer prática de enfermagem.

O documento final produzido no 3º SENADEN, em 1998, apresenta o perfil do graduando, as diretrizes curriculares em termos de competências e habilidades, bem como os conteúdos considerados essenciais e os indicadores de avaliação. Para Saupe (1998), esta proposta recupera a dimensão educativa do processo de ação – reflexão do enfermeiro, bem como afirma a necessidade do enfermeiro estar capacitado para assumir a formação dos trabalhadores de

enfermagem, participar da formação de outros profissionais de saúde e implementar ações de educação à população.

As Diretrizes curriculares Nacionais dos cursos de graduação em Enfermagem, aprovadas em agosto de 2001, incluem o ensino de Enfermagem entre as ciências da Enfermagem. O ensino de Enfermagem contempla: “os conteúdos pertinentes à capacitação pedagógica do enfermeiro, independente da Licenciatura em Enfermagem” (BRASIL, 2001).

Com as Diretrizes curriculares fica explícita a necessidade da formação do Enfermeiro enquanto educador, que precisa ser incluída nos projetos políticos pedagógicos dos cursos de enfermagem.

Apesar do papel do enfermeiro enquanto educador não ter sido contemplado na sua formação, existe na enfermagem o entendimento de que a ação educativa deva fazer parte de seu trabalho. Cada vez mais, verificamos o seu maior envolvimento com esta prática.

Este fato decorre da busca de novos conhecimentos, por meio de leituras, de participações em cursos de pós-graduação, congressos, jornadas. Esses eventos são momentos em que fluem idéias, reflexões, discussões sobre a prática de enfermagem. Como exemplo, são os Congressos Brasileiros de Enfermagem, que vêm estudando temas, dentre os quais o processo de trabalho da enfermagem.

No 41º Congresso Brasileiro de Enfermagem, em Florianópolis, 1989, com o tema central “*Os desafios da Enfermagem para os anos 90*”, foi debatido este tema nos trabalhos de LEOPARDI; CASTELLANOS & ALMEIDA (1989). Estas autoras apontam:

[...] como um dos desafios a ser enfrentado é o de desenvolver estudos que propiciem informações concretas em relação às condições de trabalho e que possibilitem compreender melhor o relacionamento entre as condições vigentes, as características dos processos de trabalho da enfermagem, a qualidade de vida de seus agentes e o produto destes processos.

Este tema continua sendo atual, visto que os conflitos e necessidades da profissão precisam ser questionados, entendidos, para que a prática possa ser uma prática consciente, tentando chegar a uma possível transformação da realidade.

Seguindo este pensamento, VÁZQUEZ (1968) afirma que existem vários níveis de práxis, sendo isso indicado pela consciência e criação na atividade humana. De um lado estão a práxis criadora e a reiterativa, de outro, a práxis reflexiva e a espontânea. O autor explica que esta divisão de níveis não extingue as ligações recíprocas entre as práxis. A práxis criadora corresponde a reflexiva, a espontânea corresponde a reiterativa.

O ser humano enfrenta novas situações e necessidades e para isso a práxis criadora assume importância vital para a *“autocriação do próprio homem”*. Com a práxis criadora o ser humano busca inovações que suprirão suas necessidades, não se adapta ao que está previamente traçado, cria um novo produto a partir do enfrentamento de novas necessidades. VÁZQUEZ (1968) afirma que a práxis é *“essencialmente criadora”*, mas poderá se apresentar em muitos momentos, como práxis reiterativa alternando entre o criativo e o imitativo, entre a inovação e a regularidade.

Define a práxis reiterativa como sendo aquela que reproduz uma realidade já estabelecida, sujeitando-se a ela porque já foi criada anteriormente. *“O modo de fazer”* não é inventado, mas repetido. A imprevisibilidade quase não existe.

A consciência está presente nos diferentes níveis, embora, em algumas situações, seja maior ou menor o grau de consciência que se tem da atividade prática que está sendo desenvolvida. Assim, a práxis espontânea, corresponde a práxis repetitiva e mecânica, a consciência se encontra numa posição interior ao processo prático, ou seja, ela impregna a ação.

Na práxis reflexiva, a consciência se dá em si mesma, percebe a consciência que está determinando e impregnando a ação, é capaz de compreendê-la. Também refere que a práxis dificilmente será alcançada, mesmo como ideal ou finalidade, pois ela é dinâmica. *“O grau de consciência que o*

sujeito revela no processo prático não deixa de se refletir na criatividade do objeto e vice-versa” (VÁZQUEZ, 1968, p. 246). A cada momento se vislumbra novas possibilidades, com novas alternativas.

O processo educativo para este projeto aconteceu por meio de um trabalho conjunto com a equipe de enfermagem, durante o desenvolvimento dos encontros, quando tivemos a oportunidade de refletir o cotidiano, pois concordo com RAMOS (1999, p. 31), quando afirma que *“a partir da reflexão sobre o cotidiano e sobre a práxis individual e coletiva, constroem-se o conhecimento novo e a possibilidade de transformação da própria práxis”*.

Estas idéias estão de acordo com o pensamento de LEOPARDI (1992), quando faz sua reflexão acerca do trabalho alienado na vida do trabalhador, considerando que a ordem imposta é a ordem da produção e que o trabalho, ao invés de ser um momento de criação, se torna um esforço para ter o mínimo de possibilidade de sobrevivência. Esta autora diz que uma nova consciência do cotidiano pode ser o caminho para a desalienação do trabalho e busca de uma vida saudável.

O caminho percorrido neste trabalho durante o seu processo reflexivo teve sustentação na teoria Sócio-Humanista de CAPELLA & LEOPARDI (1999), que entende a valorização do sujeito na perspectiva de um ser humano inteiro, assim como acredita que um processo de formação continuada, pela reflexão coletiva, leva a uma reorientação de valores, formação de consciências e mudanças de atitudes.

O processo reflexivo também foi embasado nos princípios educativos de FREIRE (1980; 1983; 1985), considerando que a ação educativa da enfermeira está orientada por uma visão de mundo. Encontrei, neste trabalho, oportunidade para aliar minha própria visão de mundo, construída a partir de leituras e reflexões da filosofia educacional de Freire, com sua proposta de desenvolver processos educativos democráticos, participativos, emancipatórios, criativos, solidários, dialógicos.

Desde o momento inicial, coloquei-me como facilitadora nesse processo,

procurando estimular a participação dos envolvidos, de forma que eles também se sentissem participantes e co-responsáveis.

As reflexões geralmente partiam de um questionamento sobre um tema relativo ao trabalho no ambulatório, que era mencionado a partir da experiência de vida, dos sentimentos de cada um dos participantes.

As pessoas se pronunciavam de acordo com sua vontade, as falas eram livres, não existindo uma obrigatoriedade de manifestação. Todos acabavam se pronunciando, uns mais falantes, pelas suas próprias características individuais. Na função de facilitadora, programava atividades vivenciais que ajudassem a comunicação, que promovessem a integração grupal, e que permitissem o conhecimento de si, do outro e do trabalho.

Penso que houve um crescimento do grupo e individualmente. No início, as pessoas não sabiam exatamente como seriam estes encontros, o que iríamos abordar, porém estavam percebendo que era algo diferente, e demonstravam vontade de participar, uma certa curiosidade...

O significado deste estudo, para os trabalhadores, pode-se perceber nas seguintes falas:

Cada dia que passava fomos aprendendo mais, falando coisas importantes do nosso trabalho. Todo trabalho que visa acrescentar, melhorar, é válido, para nós foi muito válido.

(Achernar)

No início eu fiquei pensando o que vamos falar, como vai ser, o que vai acontecer, e hoje, terminando eu digo o seguinte: Se tu convidasses novamente, eu aceitaria.

(Hadar)

Acho que chegou na coisa certa, estava precisando, se todo o mundo tivesse esta oportunidade seria maravilhoso ... o trabalho foi bem criativo, em todos os sentidos, eu me senti bem, acho que as colegas também ... as pessoas discutiram, aprenderam coisas, teve criatividade, este lado que tu pegastes foi muito bom ...

(Shaula)

Fico perguntando quais aspectos educativos estiveram presentes neste trabalho, será que deveria pontuá-los? O processo educativo foi à essência deste, esteve presente em todos os momentos. O diálogo, a participação, a valorização do sujeito, permearam todo o desenvolvimento desse trabalho.

Encontro sustentação nas palavras de FREIRE (1983, p.43) quando diz que:

[...] a partir das relações do homem com a realidade, resultantes de estar com ela e de estar nela, pelos atos de criação, recriação, e decisão, vai ele dinamizando o seu mundo. Vai dominando a realidade. Vai humanizando-a. Vai acrescentando a ela algo de que ele mesmo é o fazedor.

No decorrer dos encontros, além de ouvir o que os participantes tinham a dizer, procurava instigá-los a uma busca de soluções, contextualizando cada situação, refletindo, analisando, partindo do cotidiano ao abstrato e voltando ao concreto.

O exercício de olhar para o trabalho da enfermagem, distanciando-se dele na medida necessária, não é tarefa fácil, principalmente quando se trata de olhar em grupo. Praticar um diálogo horizontal, respeitando os limites individuais, o tempo de cada um, possibilitou que cada participante fizesse, à sua maneira, sua reflexão do cotidiano, colocando-se na realidade, observando, e trazendo para as discussões, aquilo que para ele era importante, ou trazia algum tipo de angústia. Isso se tornou possível, porque além da disponibilidade e boa vontade dos sujeitos envolvidos em participar ativamente e com isso poder conhecer melhor sua prática. O fio condutor das discussões estava impregnado de questões relativas à finalidade do trabalho de enfermagem, a organização do trabalho, as relações de trabalho.

O que ficou evidenciado no grupo durante os encontros, pode ser transferida também para o grupo no trabalho diário, sobre a importância de um trabalho em equipe baseado na confiança, solidariedade, cooperação. Esses e outros requisitos são fortalecidos com a idéia de que um bom trabalho em equipe é importante para atingir nossos objetivos de obter uma assistência de

enfermagem compatível com as necessidades do sujeito usuário da instituição.

O compromisso assumido de continuar realizando encontros com essa finalidade demonstra a disposição e a vontade desses trabalhadores em crescer individualmente e em grupo, confirmando a necessidade de desenvolver trabalhos comprometidos com a ética, vislumbrando a possibilidade de ser instrumento de intervenção na realidade.

Este trabalho teve como objetivo refletir sobre o cotidiano, mais especificamente sobre o cotidiano de nosso trabalho, a enfermagem, as relações no trabalho, os dilemas éticos. Quantas vezes nos deparamos com situações que envolvem decisões de cunho moral e ético, decisões que acabam sendo individuais, no momento específico, pois no próximo momento poderá ser outra, e vivenciada por outra pessoa. São conflitos internos, raras vezes compartilhados com colegas.

Para VÁZQUEZ (1996, p. 12), *“a ética é a teoria ou ciência do comportamento moral dos homens em sociedade”*. E explica que o caráter científico se faz necessário para uma abordagem científica dos problemas morais, pois, *“o comportamento moral é próprio do homem como ser histórico, social e prático, isto é, como um ser que transforma conscientemente o mundo que o rodeia”* (Id. p. 17).

A questão moral faz parte da ação do ser humano, em cada atitude ou decisão tomada diante da vida e no dia a dia no trabalho. Na visão de Heller, citada por RAMOS & MARTINS (1995, p. 62) *“moral é atitude prática que se expressa em ações e decisões. É relação entre comportamento-decisão particulares e exigências genérico-sociais ...”* Para as autoras, o homem age movido por três principais motivações, acompanhadas de sentimentos, que seriam a necessidade, o costume e o conhecimento, *“que o instante moral depois do qual já não se pode viver como antes, caracteriza a catarse moral, no sentido ético a catarse tem lugar no sujeito e com ele próprio”* (Id. p. 67).

A Lei do Exercício Profissional da Enfermagem, nº 7.498/86, regulamentada pelo Decreto nº 94.406/87 (COREN-RS, 2000), incumbe,

privativamente ao enfermeiro, a participação nos programas de educação continuada. Portanto, este trabalho atende esta lei, assim como vem reforçar a necessidade de fazer uma reflexão crítica da práxis a fim de buscar novas alternativas de trabalho integrado da equipe.

Ao realizar o projeto vislumbrei neste estudo a possibilidade de pensar junto com a equipe, o trabalho da Enfermagem, pois o fato de trazer à tona as dificuldades e problemas existentes neste ambiente, faz com que os profissionais repensem suas ações, suas idéias, criando novas alternativas e possibilidades na práxis da enfermagem, contribuindo para melhoria da qualidade da assistência.

Para LEOPARDI (1995, p. 27),

... o trabalho a realizar é uma decisão que ultrapassa aspectos técnicos [...] ao ponto em que a decisão do trabalhador em saúde enquanto sujeito também puder ser uma escolha ética, além de uma escolha técnica [...]. A negação da técnica e do saber é tão pernicioso quanto à negação da ética.

Como facilitadora, tinha o papel de coordenar o grupo, criando condições para um desenvolvimento do trabalho que garantisse a valorização de cada um dos componentes deste grupo, estimulando as relações intersubjetivas e respeitando as individualidades, pois acredito como GONZÁLES (1999, p. 32) que *“um profissional responsável preocupa-se com o seu desempenho, procura ser competente e estar fundamentado na moral e na ética”*.

Assim, dentre os pontos considerados mais importantes pelos trabalhadores durante o processo reflexivo, destacam-se aspectos que dizem respeito a valores profissionais e sociais. Foram lembrados aspectos relativos ao sujeito portador de carência de saúde, tais como:

- Necessidade de valorização da pessoa;
- Necessidade de respeito à privacidade;
- Falta de resolubilidade das ações de saúde;

- Dificuldade de acesso aos serviços de saúde.

Além destes, foram ainda apontados aspectos em relação ao sujeito trabalhador, tais como:

- Dificuldade de acesso aos serviços de saúde;
- Elementos estressores no ambiente de trabalho;
- Pressão pela demanda aumentada;
- Desvalorização e estigma do trabalho no ambulatório.

Como já mencionado anteriormente, existe necessidade de aprofundar questões e discutir outras, mas percebe-se que os dilemas acontecem tanto em relação ao trabalhador quanto ao usuário, e que, algumas vezes, os dilemas são os mesmos, isto é, ambos sofrem por situações semelhantes.

Quando trabalhador e usuário enfrentam dificuldades no acesso ao serviço de saúde, precisamos questionar esse sistema na sua relação com a organização social como um todo, e nesse caso, não podemos ficar pensando somente no microsistema, mas ir além nas discussões, refletindo sobre as causas destas e o envolvimento nas questões éticas.

Poderíamos perguntar se é ético um trabalhador estar no exercício de sua função, em condições de saúde precária, sem a necessária assistência a sua saúde, principalmente quando seu local de trabalho é uma instituição de saúde. As questões referentes à saúde do trabalhador foram enfocadas inúmeras vezes, visto que estão presentes no dia a dia do trabalho, trazendo-lhes conseqüências.

No decorrer dos encontros, foram “*brotando*” idéias que habitam os pensamentos individuais e que muitas vezes fazem parte dos pensamentos de outras pessoas que, se compartilhados, poderão servir como forma de desenvolvimento pessoal e do grupo.

Aplicar a Teoria Sócio-Humanista me possibilitou, inicialmente, refletir

sobre suas concepções, pensar nos conceitos que poderiam ser utilizados, entender e reformular o método utilizado no trabalho para adequá-lo a essa prática. Isso me forneceu embasamento para preparar os encontros com os trabalhadores, em cujo desenvolvimento os conceitos foram aparecendo, não com seus termos originais, mas com outras palavras, embora com o mesmo sentido.

Um desses momentos, foi quando perguntei ao grupo sobre o que é ter uma boa qualidade de vida. Neste caso, foram surgindo idéias que enfocaram sentimentos, questões de saúde, de trabalho, de relacionamentos e, com isso, fomos refletindo sobre o sujeito trabalhador de enfermagem e, ao mesmo tempo, sobre o sujeito portador de carência de saúde. Esses dois conceitos perpassaram as discussões durante os encontros, assim como as relações de trabalho na enfermagem.

Do mesmo modo, quando falamos nas limitações de saúde do trabalhador, nas dificuldades enfrentadas no trabalho, estávamos falando de força de trabalho, de instituição. Posso afirmar que todos os conceitos propostos para este estudo estiveram presentes nos temas de cada encontro, sendo que alguns permearam todos os momentos.

Ao refletirmos sobre dificuldades, facilidades do trabalho, para quem trabalhamos, qual o objetivo deste trabalho, estávamos enfocando os conceitos de finalidade do trabalho, organização do trabalho, novamente o sujeito portador de carência de saúde e o sujeito trabalhador de enfermagem.

Trabalhar com uma teoria, porém, num primeiro momento, me assustou, pois não sabia exatamente como ela poderia me ajudar. Ao finalizar, posso dizer que entendi como pode dar sustentação a um trabalho, pois senti o que é ter esse apoio nos vários momentos do estudo.

Por outro lado, no transcorrer da minha trajetória pessoal e profissional, fui influenciada fortemente pelas leituras dos livros de Paulo Freire, e acredito que isso representou uma transformação na minha maneira de pensar e de ver o mundo, contribuindo para que, nesse momento, fosse possível fazer uma interação dos princípios da filosofia educacional deste autor com a teoria aplicada

nesse trabalho, visto que ambas são formuladas a partir de um referencial dialético.

Nos encontros, ficou claro que a cooperação, a solidariedade, a confiança são importantes para um trabalho integrado, possibilitando a busca de soluções para as dificuldades e problemas que lhe são inerentes. O ato de refletirmos juntos ajudou a estabelecer uma nova percepção da realidade, já que nos permitiu um afastamento necessário para visualizarmos melhor esse contexto.

A importância deste estudo começou a ser demonstrada quando os integrantes do grupo, além de refletirem sobre a prática, e com isso perceberem as necessidades de mudanças, já buscavam alterar comportamentos que reorientassem sua práxis, trazendo melhoria para o trabalho, com repercussão para o cidadão usuário.

No desenvolvimento dos encontros, pude constatar que os problemas por mim levantados inicialmente foram se confirmando, através do diálogo estabelecido, além do que, esse exercício de olhar para o trabalho da enfermagem mostrou que é possível repensar a práxis visando sua reorientação.

O entendimento de que somos seres em evolução, sujeitos aprendizes das várias áreas do conhecimento humano, coloca-nos em situação de querer continuar.

Esse desejo foi manifestado durante os encontros pelos indivíduos participantes, no sentido de continuar esse processo educativo, para possibilitar as reflexões necessárias ao reconhecimento crítico da realidade e alcançar as transformações almejadas.

A partir dos dados obtidos nos encontros, porém, senti a necessidade de estudá-los mais detalhadamente, e, para isso, foi proposta, como parte da metodologia, uma segunda fase do trabalho, que se constituiu de entrevistas com estes mesmos trabalhadores, no sentido de encontrar as contradições que eles pudessem identificar no seu trabalho.

4.2 As Contradições no Trabalho do Ambulatório

Para efetivar a entrevista, foi elaborado um instrumento, apresentado no capítulo da Metodologia, com perguntas abertas, com intervenção do entrevistador, objetivando justamente captar o máximo possível de dados dos informantes, o que auxiliou na análise reflexiva e interpretativa.

Para a constituição de pré-categorias para a análise das entrevistas, foi necessário recorrer às falas dos trabalhadores na etapa da Prática Assistencial, agrupando elementos que foram identificados como contradições. Entendia que, talvez, as próprias falas das pessoas nos grupos pudessem sugerir algumas pistas sobre o tipo de contradições que apareceriam.

Foi muito difícil entender o que seriam contradições dentro do trabalho, então optei por estabelecer categorias relacionadas aos conceitos da Teoria Sócio Humanista, ou seja, as categorias de sujeito trabalhador, o sujeito das necessidades, a inserção desse sujeito em nível social e em nível formal, assim como o trabalho relacionado com o mundo organizado capitalista, a natureza e a sociedade de um modo geral, além de estabelecer uma relação com a teoria geral sobre o processo de trabalho.

Para identificar, nas entrevistas, o que seriam as contradições, foram estabelecidos alguns descritores, os quais seriam identificadores de falas cujos conteúdos envolvessem elementos de contradição. Além desses, ainda se pensava na possibilidade de acrescentar outras categorias que fossem surgir a partir dos dados. Estes descritores se referem a dados já enunciados (Quadro 2) pelos participantes nos grupos durante os encontros.

Apresento a seguir o Quadro 2, com as categorias, os descritores e a frequência do aparecimento das falas em cada sub categoria. Após será feita a apresentação de cada categoria em relação aos descritores e as falas relacionadas a elas.

Quadro 2 – Categorias de contradições, seus descritores e freqüência nas falas dos informantes

CATEGORIAS GERAIS E SUB-CATEGORIAS		IDENTIFICADOR (DESCRITOR)	FREQÜÊNCIA	
C1 – SUJEITO TRABALHADOR	a) O sujeito trabalhador e sua representação do trabalho	I – mesmo com problemas é melhor trabalhar do que ficar em casa (desvalor da pessoa que não trabalha)	04	
	b) Grupo de Trabalho (nível da formalidade)	II – aceitação ou não de reuniões para fortalecimento pessoal de vínculos	02	
		III – ajuda ou não ao outro da equipe	02	
		IV – sentido de família ou não na relação da equipe	02	
		V – trabalho de um interfere no trabalho da equipe	14	
	c) Sujeito Trabalhador e suas relações sociais (nível social)	VI – problemas de casa ou família não podem ser trazidos no trabalho	06	
		VII – necessidade da demanda além da possibilidade “organizada”	02	
	d) Sujeito Trabalhador, seu trabalho e sua relação com o mundo capitalista	VIII – precisa de ajuda e não solicita porque os outros estão também ocupados	00	
		IX – mais trabalho do que a possibilidade e tempo necessário para fazer com competência e segurança	05	
		X – sentido pessoal de utilidade versus descarte quando o trabalhador adoece ou tem problemas	10	
		XI – falta de material necessário dificulta o trabalho	10	
		XII – trabalho diferente do ambulatório em relação aos outros setores	11	
		XIII – serviço de enfermagem versus serviço administrativo	03	
		XIV – conhecimento e habilidade devem ser renovados	11	
		XV – visão deturpada do trabalho no ambulatório versus trabalho real	21	
		XVI – a experiência é descartada em favor do novo (profissional novo descarta o antigo)	00	
		XVII – valor de si mesmo e desvalor no mundo do trabalho	28	
	C2 – O SUJEITO E SUA RELAÇÃO COM A NATUREZA	a) A Natureza e seu curso	XVIII – no “meu” setor eu nego um trabalhador, no setor do “outro”, problema deles	05
			XIX – trabalho como valor pessoal e trabalho como fonte de sobrevivência	05
			XX – trabalhador cuida, mas não é cuidado	01
C3 – O SUJEITO DA NECESSIDADE	a) Sujeito da necessidade e o trabalho realizado na instituição	XXI – o curso da natureza (saúde/doença) segue e só resta “aceitar” “entender”	02	
		XXII – problemas internos ao serviço incompreensíveis para o sujeito da necessidade	04	
		XXIII – demanda de atendimento versus impossibilidade de atendimento imediato pelo caráter da instituição no modelo capitalista	03	

4.2.1 Categoria 1 – Sujeito Trabalhador

Nesta categoria serão incluídas as contradições referentes aos sujeitos trabalhadores que estabelecem relações de trabalho com os trabalhadores do ambulatório e de cujo trabalho depende o bom andamento das atividades assistenciais.

Serão apresentadas as subcategorias: 1a '*sujeito trabalhador e sua representação do trabalho*'; subcategoria 1b '*grupo de trabalho*'; subcategoria 1c '*sujeito trabalhador e suas relações sociais*'; subcategoria 1d '*sujeito trabalhador, seu trabalho e sua relação com o mundo capitalista*'.

4.2.1.1 Sub-categoria 1a – o sujeito trabalhador e sua representação do trabalho

Nesta subcategoria serão abordadas questões referentes ao sujeito trabalhador e o que representa o trabalho na sua vida. O descritor I, "*mesmo com problemas é melhor trabalhar do que ficar em casa*", demonstra o desvalor da pessoa que não trabalha, sendo encontrados quatro conflitos relacionados a ele.

Nas entrevistas, a palavra trabalho sempre aparece com a conotação de obrigação, mas, ao mesmo tempo, ela demonstra melhorar a auto-estima da pessoa que trabalha, pelo simples fato de estar trabalhando, de sair de casa com esta finalidade. Revela a utilidade do ser humano, pois, a pessoa que trabalha é chamada de ativa, a que não trabalha lhe cabe o nome de inativa. Além disso, como escreveu De MASI (2000, p. 99-276).

[...] com o Cristianismo o trabalho é resgatado e o ócio assume conotação negativa, pecaminosa, reprovável [...] creio que muitas das atuais disfunções da família, da sociedade e dos indivíduos decorram mesmo da forçada separação entre trabalho e vida, imposta pelo modo de produção industrial.

Atualmente, com a informatização, parece estar havendo mudança nessa situação, pois as pessoas estão voltando a trabalhar em casa com o chamado teletrabalho. Alguns autores, entre eles De MASI (2000), explica que a volta para casa pode melhorar o relacionamento familiar, com os vizinhos, a pessoa escolhe o horário para trabalhar que melhor lhe convém, alternando lazer, cuidado com a casa, família, consigo mesmo e trabalho. Lazer e trabalho estariam tão próximo que um pode se confundir com outro. Estas idéias são apropriadas para trabalhos que possam ser desenvolvidos em casa. E a enfermagem como poderia adequar o trabalho de forma que seja diminuída esta distância entre casa e família? Como o trabalho de enfermagem poderia ser “*mais leve*”, sem, contudo, deixar de lado as obrigações, a competência, o dinamismo?

O mesmo autor compara o tempo que hoje o trabalhador dispensa ao trabalho, que é um tempo menor em relação a outras épocas. Claro, diminuiu o tempo dedicado a uma só instituição, porém, com os baixos salários e a perda do poder aquisitivo, as pessoas obrigam-se a manter dois ou três empregos o que continua acarretando seu afastamento de casa.

Mesmo com todas as dificuldades encontradas em trabalhar, quando suas forças já não são as mesmas, os informantes referem que se sentem melhor ao trabalhar do que ficar em casa doente ou aposentado por invalidez. A oportunidade de estar trabalhando significa para alguns, sentir-se vivo, estar participando e fazendo parte do mundo.

O trabalho tem importância fundamental na vida das pessoas, que vai muito além das necessidades financeiras, expressando-se na necessidade de fazer aquilo para o qual foi preparado para desenvolver. Como referem os informantes:

O que me faz sentir bem, eu sou suspeita para falar qualquer coisa, se tu me mandares varrer ali eu vou me sentir ótima, porque eu vou estar fazendo alguma coisa, entende? Para mim... para quem esteve assim com o peso da palavra aposentadoria e invalidez, a impressão que eu tinha era que eu tinha sido riscada do mapa, que eu não existia mais. Então eu não era uma pessoa, eu não trabalhava, eu olhava na janela e via todo mundo saindo para trabalhar, para estudar e eu ali, sem saber se um dia eu iria poder fazer isso [...].

(AxE14R146)

As pessoas, assim, que deixaram eu voltar a trabalhar e que colaboraram para isso, não fazem idéia do peso que isso tem para mim [...] trabalhar significa viver, significa vida. Eu não sou uma pessoa neurótica por trabalho, mas eu acho isso muito importante [...].

(AxE14R147)

Vim porque faltava uma pessoa e eu fiz o pedido porque tinha feito uma cirurgia muito grande e não podia levantar peso, mas também não queria ficar em casa.

(AxE8R96)

4.2.1.2 Sub-categoria 1b – grupo de trabalho

Nesta sub-categoria serão incluídas as reflexões referentes ao sujeito trabalhador em relação ao grupo de trabalho. A força de trabalho na enfermagem é representada pelo enfermeiro, técnico de enfermagem, auxiliar de enfermagem, auxiliar de saúde que, numa abordagem sócio-humanista, em nível particular, estabelecem relações entre si, formando o grupo de trabalho, mas também têm relações com os outros profissionais e com o sujeito da necessidade, ou seja, com a pessoa que demanda algum tipo de assistência.

Nesta sub-categoria estão refletidas as falas que se identificam com os descritores II, III, IV e V. Em relação aos três primeiros descritores, foram

encontrados dois conflitos em cada uma e, na subcategoria 2d em relação ao descritor V, foram encontrados 14 conflitos.

Nas falas destacadas a seguir, fica implícita a contradição existente entre a necessidade de reuniões com o grupo de trabalho e a aceitação ou não das mesmas. Mesmo que a não aceitação não seja explicitada, ela fica subentendida nas atitudes dos trabalhadores no cotidiano do seu trabalho. Embora afirmam acreditar na importância das reuniões, reclamam de atitudes como chegar atrasado, sair antes do término ou mesmo estar presente e não participar, demonstram desinteresse, talvez fuga dos problemas que poderiam ser discutidos, ou compreensão deslocada desta necessidade. Assim manifestam os participantes:

Acho que o ambulatório mudou bastante porque logo que eu vim para cá eu tive um impacto, uma é que eu estava saindo do ambiente de trabalho onde tinha uma equipe mais unida, com mais reuniões, discussões, logo que eu vim para cá não tinha isso aqui. Poder reunir e falar o que pensa.

(AxE4R56)

Na época entrou uma coordenação nova eu falei para ela que precisava fazer reuniões, depois fizemos reunião e na primeira deu briga, choro aí ela me disse: viu o que dão estas reuniões? Mas é justamente para isso, para discutir, chorar, brigar, ver que a gente não é o todo poderoso, não é tão ruim como estão pensando, tem coisas que podem melhorar.

(AxE4R57)

Acreditam que, por meio de reuniões, seja possível uma maior aproximação entre colegas, mesmo que, para isso, primeiramente, haja uma certa estranheza, comportamentos defensivos ou agressivos, ou que podem servir para colocar as dificuldades, refletir sobre o cotidiano, melhorar as relações no trabalho, reorientar a prática assistencial.

A participação em reuniões aparece como ponto favorável para aprender a se conhecer, para aumentar o conhecimento entre colegas, estabelecer relações

sinceras e solidárias, criando e fortalecendo vínculos. Observa-se, no cotidiano da enfermagem, uma resistência às mudanças, principalmente quando se refere à mudança de setor. Somente depois de muitos anos trabalhando no mesmo setor é que poderá ocorrer mudança. Esta acontece, geralmente, quando o funcionário não está se adaptando, quando existe alguma discordância com as chefias, ou em casos de transferência por adoecimento do trabalhador.

Não é o caso das falas anteriores (AxE4R56 e Axe4R57), pois o trabalhador solicitou transferência, visto que gostaria de conhecer, aprender e trabalhar num novo setor ainda desconhecido para ele. Encontra facilidade em se adaptar quando já conhece algum colega, mas sente a diferença de comportamentos, formas de desenvolver o trabalho, características diferentes do novo setor. Tenta trazer para o novo setor coisas que acredita serem boas, que facilitem a convivência, como é o caso de reuniões não somente com fim administrativo, mas com objetivo também de melhorar o relacionamento entre colegas, aumentar o conhecimento de si e do outro.

Com isso, aparece o despreparo do enfermeiro para encaminhar reuniões com objetivos além do puramente administrativo. Muitas vezes, são realizadas reuniões para cumprir agenda de serviço, transmitir avisos e resolver coisas pendentes. Se não existe preparo na formação do enfermeiro, é algo que poderia ser acrescentado, visto que o enfermeiro é um profissional que trabalha sempre com grupo de pessoas, sejam elas outros profissionais ou pessoas que buscam assistência de enfermagem. E, aos enfermeiros já em atuação, poderia ser incluída esta questão nos programas de educação continuada.

Referente ao descritor III, encontramos o sujeito trabalhador em relação ao outro da equipe. No ambulatório, a divisão de atribuições acontece de acordo com a função e o tipo de trabalho exigido. Geralmente, não há rodízio pela resistência dos próprios funcionários, pois alegaram gostar do que fazem, já estarem acostumados ao seu trabalho. Embora demonstrassem não desejar trocar a sala em que trabalham no ambulatório, muitas vezes existe a necessidade de ajuda na outra sala que não é a “sua”, em casos de férias, licenças ou mesmo em intercorrências no dia a dia. Na sala em que tem dois trabalhadores, quando um

se afasta, o outro assume todas as atividades. Quando tem um, em caso de seu afastamento, existe a substituição por um colega de outra sala que tenha mais de um. Obviamente, nessas situações existe sobrecarga do trabalhador, pois, além da sobrecarga física, há também emocional, porque é um novo lugar com situações diferentes, características diversas, precisam trabalhar com outros profissionais com quem não estão acostumados.

Além da condição de substituição, existe a necessidade de ajuda ao outro no trabalho diário, algumas vezes referido como 'a não ajuda' e que, pelo fato da tarefa não ser sua atribuição, não há um entendimento de que faz parte da sua tarefa também ajudar o colega. Principalmente quando se trata de níveis profissionais diferentes como entre auxiliar de enfermagem e auxiliar de saúde. Referem os informantes:

eu já conhecia alguns colegas e isso facilitou um pouco, eu me senti bem. Levei um mês e pouco para pegar o ritmo do ambulatório porque é um lugar diferente, cada lugar é diferente.

(AxE1R6)

Às vezes estão todas desocupadas e não se oferecem. Eu acho que é uma questão de coleguismo, às vezes me sinto assim... mas é obrigação da gente. Cada um faz a sua obrigação e pronto. Se eu pudesse ajudar eu ajudaria mais, mas a minha condição é só para fazer aquilo ali, onde cada um puder ajudar o trabalho fica mais leve. Acho que não 'diminuiria', algumas ajudam.

(AsE5R76)

Quanto ao sentido de família ou não na relação da equipe, surge a idéia de relação familiar entre colegas de trabalho. Ao mesmo tempo em que parece ser uma relação de família, em alguns momentos é apontada a falta de sinceridade nas pessoas, reforçando a idéia de que nas famílias também existem discórdias.

Os sujeitos envolvidos na pesquisa estabelecem um comparativo das relações no trabalho com as relações familiares.

No hospital, como nas famílias, as pessoas são colocadas em grupos em

determinados papéis, como refere Cooper, citado em DUARTE JUNIOR (1987, p. 58), “*a família nuclear burguesa é uma instituição*”, na qual cada um assume um papel com maior ou menor participação dependendo o tipo de relação que se estabelece.

O relacionamento familiar acontece conforme normas estabelecidas socialmente, dependendo da forma como aquela família específica acata estas regras sociais e como cria as suas próprias. Os conflitos iniciam, geralmente, com a definição dos papéis de cada membro e de como é aceito, dependendo das aspirações pessoais e das normas ditadas pela família.

De acordo com o pensamento de David Cooper, citado em DUARTE JUNIOR (1987 p. 57) “*a família nuclear burguesa [...] é o principal mecanismo de mediação usado pela classe dominante capitalista para condicionar o indivíduo, através da socialização primária, a integrar-se em algum complexo de papéis que convenha ao sistema*”. Ao que parece, muito semelhante aos papéis que continuamos a desempenhar nos diversos núcleos em que convivemos, como a escola, o trabalho e outros.

Os sujeitos da pesquisa, de certa forma, equiparam a convivência com os colegas no ambulatório com a convivência na vida em família. Ao mesmo tempo em que sentem os laços fortalecidos pelas reuniões, descobrem que os descontentamentos acontecem como também acontece na família.

Por outro lado, também existe a idéia de que trabalhar no hospital significa trabalhar num dos piores lugares, onde é manifestado o sentimento de desunião, falta de sinceridade, não sendo criados vínculos além do trabalho. Surge a necessidade do trabalhador em fortalecer laços no trabalho, provavelmente em virtude da caracterização do processo de trabalho em saúde ser fatigante, exigente, com necessidade de concentração, diversidade de atribuições, e desencadear sentimentos de solidão e afastamento da vida real. Este afastamento diz respeito ao fato do trabalhador permanecer muitas horas dentro do hospital, vivenciando situações penosas e presenciando o sofrimento de outras pessoas, parecendo ser esta a única forma de vida. Ao sair de seu trabalho, encontra uma outra realidade, desde a dificuldade de abrir os olhos devido à

diferença de luminosidade, até o estabelecimento de relações com pessoas saudáveis, estudando, trabalhando, vivendo. Parece viver entre dois mundos, o das pessoas doentes no hospital e, outro, o das pessoas sadias fora dele. Afirmam os trabalhadores:

É muito importante, nós somos uma família, agora dá para sentir que somos uma família depois que fizemos aquelas reuniões, ficamos conhecendo mais cada um dos colegas, estamos mais unidos, não que não tenha descontentamentos, toda família tem.

(AxE4R65)

Acho que o hospital é um dos piores lugares para se trabalhar, nós da enfermagem somos muito desunidas. No aspecto de inter relacionamento, no geral a gente não encontra sinceridade nas pessoas, poder dizer: eu tenho um colega que é amigo, são raras as pessoas que conseguem isso. É um vínculo de trabalho e só [...]

(AxE3R48)

Quanto ao descritor “*trabalho de um interfere no trabalho da equipe*”, a enfermagem caracteriza-se por ser uma profissão em que se trabalha em equipe, fala-se muito em equipe, porém poucas vezes realmente isto se concretiza no cotidiano. Cada um faz sua parte de forma isolada, muitas vezes com espírito de competição, que, nesse caso, não se trata de uma corrida para ver quem chega primeiro. Sendo um trabalho que diz respeito a outra pessoa, que é o sujeito da necessidade, esta competição pode desvincular o trabalhador de sua finalidade. A equipe refere-se tanto à enfermagem como aos outros profissionais, pois a enfermagem além de trabalhar cooperativamente no interior da própria equipe, relaciona-se com outros profissionais, formando outras equipes.

A importância do outro na equipe é demonstrada em algumas falas dos sujeitos envolvidos. O trabalho de um está interligado com o do outro, mesmo que não seja percebido ou pareça não ser esta a realidade. São mencionados alguns pontos que ajudariam neste trabalho como o fato de prestar atenção no colega para saber se está bem e poder ajudá-lo em caso de necessidade, evitando

intercorrências.

Situações que podem dificultar, como falta de cooperação, cansaço e doença do trabalhador. Especialmente esta última em virtude de serem transferidos para o ambulatório, funcionários que apresentam problemas de saúde, o que ocasiona uma quantidade de trabalhadores na escala nem sempre com as condições de saúde necessárias para o trabalho. Quando comparece ao serviço, não desenvolve como deveria, queixa-se o tempo todo, tornando o trabalho mais pesado para o colega, tanto do ponto de vista do trabalho como também do seu estado emocional, que é afetado pelos constantes lamentos do colega. Agora, se trata do trabalhador que se encontra em condições de saúde melhores que os demais, que acaba suportando a maior parte da carga do trabalho, com isso gerando conflitos e questionamentos.

Por outro lado, aquele que foi transferido por adoecimento sente desconforto ao perceber as suas limitações e as decorrências destas.

Em relação à interferência médica no trabalho de enfermagem surge algumas vezes como algo muito difícil de solucionar, trazendo outros dilemas para o trabalhador. Como é o caso referido pelo sujeito trabalhador em que ele explicita a angústia sentida nos momentos em que fica entre uma situação não resolvida e o sujeito da necessidade. Além de ficar todo o tempo fazendo malabarismos para tornar o trabalho mais eficiente, encontra resistência fora de seu alcance e ainda tenta manter uma aparência de que tudo vai bem, como referem alguns trabalhadores a seguir:

Às vezes, é gratificante trabalhar com alguns profissionais (médico), é bom, é fácil, cada um tem seu jeito, estamos lidando com ser humano, são coisas que acabam influenciando no nosso trabalho, porque a gente depende de outras pessoas. Tem uns que acrescentam bastante, auxiliam, assim como têm outros que por mais que a gente peça, explique como funciona, não adianta, não anda [...] por mais que a gente queira fazer a coisa fluir de outra forma e isso acaba estressando, porque a gente entende o problema dos pacientes. Outro dia eu estava comentando com uma colega, eu estou cansada de colocar panos quentes nas atitudes [...] porque a gente não quer que saiam falando mal do ambulatório ...

(AxE3R38)

Outra coisa que dificulta bastante e me deixa impaciente é a questão dos profissionais que não estão na hora do trabalho. Eu chego aqui às sete horas, tenho até às treze horas para trabalhar, se eu chego e fico esperando, o profissional (médico) não vem... aí eu fico ocioso, fico dependendo, não sei a hora que vem, não tem hora certa. Um dia vem às oito. Outro vem às nove, outro vem às dez. Isto dificulta bastante.

(AxE4R59)

4.2.1.3 Sub-categoria 1c – o sujeito trabalhador e suas relações sociais

Nesta sub-categoria, a partir de uma abordagem sócio-humanista, foram encontradas contradições referentes ao componente das relações, que correspondem às experiências humanas no meio em que vivem, ou seja, nível social, de acordo com CAPELLA & LEOPARDI (1999).

O nível social, assim, corresponde ao campo em que as relações têm origem, com dimensões materiais, culturais, econômicas, éticas, religiosas e políticas. Nesta subcategoria foram encontrados seis conflitos referentes ao descritor VI e dois conflitos relativos ao descritor VII.

Quanto ao descritor '*Problemas de casa e família não podem ser trazidos no trabalho*', foram incluídas as contradições referentes à sua vida na família e à sua vida no trabalho. Há muito existe a idéia de separar as dificuldades e problemas enfrentados em casa e no ambiente de trabalho. Não se trata apenas de idéia, mas de ação normalmente empregada nos locais de trabalho, pelos administradores e proprietários. Nos hospitais, principalmente, criou-se um "*hábito*" de ensinar aos iniciantes que a vida dentro da instituição era totalmente à parte de sua vida pessoal e que nada deveria interferir durante o desenvolvimento das atividades. "*Esquecer*" sua vida pessoal significa deixar de gastar tempo com outros assuntos que não digam respeito ao trabalho e, conseqüentemente, com as interferências que poderiam causar no desempenho do trabalhador, garantindo

a produtividade.

Esta prática está vinculada com o modo de produção capitalista e encontra sustentação nos princípios administrativos de Taylor, cuja questão fundamental é o controle do trabalho alienado, da força de trabalho.

O princípio subjacente é o que enfoca os seres humanos como máquinas, pois o interesse não está na pessoa do trabalhador, mas como o trabalhador é utilizado na instituição, sendo considerado como um mecanismo a mais nas quais pessoas de uma classe são colocadas em movimento por pessoas de outra classe. “É a forma redutiva que exprime como o capital emprega o trabalho e o que ele faz da humanidade” (BRAVERMAN, 1987, p. 157).

Algumas falas dos trabalhadores explicitam a angústia sentida entre a necessidade de comparecer ao trabalho, desempenhá-lo bem e as dificuldades enfrentadas no dia a dia em família. Aliar as obrigações pessoais com as do trabalho não é tarefa fácil, principalmente em se tratando da maioria dos trabalhadores serem mulheres, tendo de assumir dupla ou tripla jornada em consequência do modelo vigente e a ordem imposta da função social da mulher.

Além do que, aprenderam que a vida pessoal não deve interferir no trabalho, como refere o sujeito envolvido na pesquisa demonstrando o conflito interno entre as suas dificuldades pessoais e a necessidade de adequá-las ao trabalho.

A princípio... eu estava passando por uma série de dificuldades emocionais, [...] Eu sentia que o meu lado familiar e emocional estava atrapalhando o meu serviço. Eu estava no trabalho e ficava preocupada com a creche, [...] era uma série de coisas que foram acumulando, a gente conversou, a chefe da unidade conversou comigo e eu estava realmente sem conseguir assimilar as coisas, estava tudo confuso, eu sentia isso. A gente que lida com vidas tem que largar os problemas na porta do hospital.

(AxE1R1)

E, quando acontece de haver interferência no trabalho, pelas dificuldades enfrentadas no cotidiano, o trabalhador sente que está misturando as coisas,

como se fossem duas pessoas diferentes, uma que está no trabalho, a outra assumida na porta da instituição, quando se prepara para retornar ao convívio familiar.

Quando o trabalho é afetado, este trabalhador já não pode permanecer no seu setor, porque não corresponde à exigência, precisa ser transferido para outro local que exija menos, com atividades de menor responsabilidade. Nesta instituição, o local escolhido para transferir funcionários durante muitos anos tem sido o ambulatório, como se neste setor as exigências fossem menores.

São diferentes, mas tão importantes quanto os demais setores. O ambulatório corresponde a um número superior de atendimentos que o pronto atendimento, mais que o dobro do número de consultas para o mesmo período, sendo que muitas consultas ambulatoriais não constam nos dados da estatística por serem atendimentos além da agenda, ou seja, o número de atendimentos, procedimentos e consultas são maiores do que o registrado. Além disso, existe uma idéia de que, no ambulatório, são realizados procedimentos simples. Como definir, porém, o que é simples do ponto de vista da manutenção de uma vida? Há quem diga que verificar pressão arterial é um procedimento simples, porém pode ser complexo, dependendo da situação. Deve ser feito com competência e conhecimento necessários para discernir como devem ser o procedimento, o encaminhamento dado e as orientações necessárias.

Na seguinte fala, a vinda do funcionário para o ambulatório surge como uma solução para os seus problemas, o fato de ser transferido de unidade parece lhe conferir um estado mental diferente do anterior, quando diz: *“eu estava misturando muita coisa...”*.

Neste novo lugar, as coisas ficariam resolvidas como num passe de mágica, ou suas perturbações continuariam a influenciar suas atividades, só que neste momento num outro contexto, com outras pessoas. O que fica demonstrado no cotidiano é que a situação de conflito continua, as dificuldades no trabalho continuam, as faltas ao trabalho, por conta dessas dificuldades permanecem.

No local de origem, houve uma solução, isto é, os problemas foram

transferidos para outro local, a nova equipe terá de adaptar-se e oferecer ao colega uma nova oportunidade.

Pra mim foi muito bom, gostei, me adaptei, gosto daqui. Vim para cá em função do meu problema pessoal. Eu estava misturando muita coisa, minha vida pessoal com meu trabalho.

(AxE1R4)

Novamente, surge a transferência para o ambulatório como uma forma de resolução do problema. A chefe do setor não aceita mais o “*funcionário problema*”, o serviço precisa continuar, mesmo com a constatação de que seu trabalho era de boa qualidade.

O fato de estar havendo interferência pessoal exige uma solução, e a alternativa encontrada tem sido sempre a mudança de setor. O trabalhador é tratado como uma peça da engrenagem que não pode falhar, sendo que o motivo da preocupação é ainda a necessidade de fazer a máquina continuar funcionando. Assim, se a peça não pode ser consertada é retirada do meio da engrenagem, é descartada.

Como se trata de uma pessoa, apesar de não ser vista como tal, prontamente lhe é oferecido um local “*maravilhoso*” para trabalhar, onde não será perturbado, um local para descansar. Se for um local de descanso, como explicar todas as atividades que ali são desenvolvidas, todas as exigências e o compromisso com um público cada vez mais carente de atenção e cuidados? Como prestar cuidados a esse público, se um trabalhador de saúde é alguém que também precisa de cuidados? Como conseguir desenvolver todas as atividades pertinentes ao ambulatório, com boa qualidade, competência, se o quadro de funcionários foi formado, na sua maioria, por pessoas vindas de outros setores por motivo de adoecimento físico ou mental, por se encontrar trabalhando há muitos anos e precisar de um local mais calmo para trabalhar?

Será que, no caso de existir falhas no serviço, ou mau atendimento, as cobranças serão diferentes, ou não haverá cobranças? Serão dadas desculpas,

sendo estabelecido que neste setor as exigências são menores em função das transferências? É óbvio que não, principalmente por se tratar de um local que trabalha diretamente com a população, em que a demanda aumenta, as características da assistência modificam, recebendo pacientes em estado grave, na eminência de um agravamento no seu estado de saúde ou de óbito. Ou se o estado de saúde não é grave no momento, poderá ficar, pois todo o procedimento, por mais simples que pareça, pode se tornar complicado.

A expressão “*deixar lá fora*” aparece como uma separação do indivíduo, um rompimento das coisas individuais, dos sentimentos, os problemas de casa. Implica em alienação de si mesmo, esquecimento das pessoas que lhe são caras, porém o próprio indivíduo reconhece que não é possível desligar-se em algumas situações. O fato de alienar-se no trabalho, “*permite*” que, ao ir para casa, ele proceda também um esquecimento das coisas do trabalho. Assim, dependendo do grau de compreensão do trabalhador sobre seu compromisso com o trabalho, das suas condições de saúde, do seu entendimento sobre as questões em que está envolvido, será o seu comportamento no dia a dia deste trabalho.

Segundo FREIRE (1985, p. 19), “*a primeira condição para que um ser possa assumir um ato comprometido está em ser capaz de agir e refletir*” e, ao falar sobre o compromisso do profissional com a sociedade, remete ao fato de que antes de ser profissional, é ser humano, e “*deve ser comprometido por si mesmo [...] uma vez que profissional é atributo de homem, não posso, quando exerço um quefazer atributivo, negar o sentido profundo do quefazer substantivo e original*” (Id., p. 20). Ao tentar dicotomizar o ser, em momentos como profissional, em outros como homem, o mundo do trabalho nega ao profissional a possibilidade de ser e estar inteiro nos diversos lugares em que vive e convive.

Quando o trabalhador afirma que o certo é deixar os problemas lá fora, mas não consegue, ele não questiona, não reflete que este é um pensamento adquirido a partir do interesse em manter o já estabelecido, transmitido com um forte conteúdo ideológico da sociedade capitalista. Ao perceber que seus conflitos continuam, agora aumentados pela culpa sentida em não corresponder ao exigido no trabalho, acomoda-se, perdido em seus pensamentos, sem encontrar meios de

desencadear mudança significativa em sua vida pessoal e no trabalho.

A transferência de setor, usada como forma de melhorar o local de origem, extirpando o problema, não resolve, porque outros problemas virão, transferindo-se o “*problema*” para outro local. Porém, o trabalhador, não tratado como uma pessoa que necessita de cuidados, continua com seus conflitos, além do que, passa a ser rotulado de maneira depreciativa.

(O motivo pelo qual foi trabalhar no ambulatório alai) porque eu andava muito nervosa, eu chorava muito no serviço. Principalmente, eu me escondia para chorar. (conta o problema enfrentado em casa), E daí eu comecei a ficar muito nervosa.[...] E eu vinha de novo e aí eu ficava chorando. E eu chorava. Aí a enfermeira me disse que eu não podia ficar no serviço daquele jeito. Que daquele jeito não ia dar. E o meu serviço era bom, se não fosse aquele problema. Meu serviço era bom.

(AsE9R103)

Não pude desenvolver o meu serviço direito por causa daquele problema. Afetava-me demais, eu não tinha como deixar lá fora, porque o certo é deixar os problemas lá fora. Mas eu não consigo deixar. E até hoje se eu tiver algum problema, não consigo deixar lá fora. No mínimo eu vou ficar meio quieta no meu canto e esquecer de fazer alguma coisa, começar a pensar e aí eu esqueço de fazer o que tenho que fazer.

(AsE9R108)

Outro motivo pelo qual algumas pessoas referem ter ido trabalhar no ambulatório é o fato de não ser necessário trabalhar nos finais de semana, resolvendo suas dificuldades com os filhos, permitindo que organize melhor sua vida familiar.

Esta é, também, uma das razões do estigma criado em torno do trabalho do ambulatório. O não trabalhar nos finais de semana confere aos funcionários que ali trabalham uma diferenciação dos demais funcionários do hospital, passando a imagem de que, neste local, se trabalha menos, há menos dificuldades, é mais fácil, um local de descanso. Esta idéia traduz o pensamento

de que se deve manter a uniformidade entre todos os trabalhadores e todos os locais, de modo que aqueles que se diferenciam por suas características individuais e de trabalho são envolvidos por atitudes de menosprezo do trabalho realizado.

A primeira opção foi o ambulatório, na verdade quando eu pensei no ambulatório, a minha vantagem, não vou negar, era porque não trabalhava no final de semana, nem feriado e eu precisava por causa das gurias, [...] A segunda opção era sala de recuperação,[...] a outra opção eu não lembro qual era, aí eu vim para o ambulatório.

(AxE1R3)

Principalmente nos finais de semana, eu não ia me estressar com as crianças, [...] Esse foi um dos motivos que eu vim para o ambulatório e graças a Deus fui bem recebida, bem entendida.

(AxE1R5)

Sobre a “*necessidade da demanda além da possibilidade organizada*”, as contradições que emergiram, dizem respeito à demanda crescente da população que procura o ambulatório, ao mesmo tempo em que as condições de trabalho não são melhoradas. Ou seja, a área física continua a mesma, com pouco espaço, equipamentos sucateados, o serviço não foi informatizado, dificultando o acesso aos resultados de exames, acarretando uma desnecessária busca de prontuários no arquivo, tempo gasto com solicitações de medicamentos e materiais.

Além disto, a comunicação dentro do hospital continua desatualizada, os pedidos de compra de materiais e equipamentos demoram tempo excessivo devido aos trâmites burocráticos próprios da instituição pública.

No caso do hospital em questão, por se tratar de um hospital-escola público, subordinado à política do Ministério de Educação e Cultura e integrado ao SUS (Sistema Único de Saúde). A diretoria executiva, que é a autoridade máxima subordinada hierarquicamente ao reitor, tem, fora de seu âmbito de decisões, as

questões relativas à política de pessoal, aos recursos financeiros.

Estas dificuldades transmitem a impressão de uma inadequada organização do trabalho frente às necessidades atuais. Aumenta-se a oferta de serviços, sem a devida reorganização das condições de trabalho, trazendo algumas dificuldades para a pessoa que trabalha neste setor como referido na seguinte fala:

Em vários momentos a gente está na sala fazendo curativos, e no intervalo que a gente sai para levar o material para o expurgo e volta para arrumar a sala e continuar, alguém já pegou a sala da gente. As salas de curativos são poucas, a gente tem que montar outras, e como tem que montar, outra pessoa chega e pega a que já está montada.

(AxE3R49)

Diante da situação, o trabalhador empenha-se em amenizar as dificuldades, pois é necessário dar conta desta demanda. Quanto ao acesso das pessoas ao hospital, foi apontado como tendo melhorado devido às mudanças nos agendamentos, embora saibamos que há sempre uma demanda reprimida em consequência do modelo de política econômica e social adotada.

Eu acho que depois que mudou o sistema de marcação de consultas melhorou bastante, para o paciente e para nós também, para quem trabalha nas clínicas de consulta. Por exemplo, a gente comanda as agendas estão aqui. Não é aquele negócio, tinha cinco na agenda aqui e vinte marcado lá na frente. O setor não controlava a agenda. Não é uma coisa estanque. O residente tem uma agenda que no máximo são oito, eles atendem dez, quinze pacientes. Os exames são marcados tem um limite mas tem dias que a gente faz dez ou doze exames dependendo da situação, acho que o acesso melhorou. Aqui marcamos os retornos, mas as primeiras consultas às vezes damos por aqui quando vemos que é caso de urgência e vai demorar muito para marcar pela secretaria de saúde.

(AxE4R67)

4.2.1.4 Sub-categoria 1d – o sujeito trabalhador, seu trabalho e sua relação com o mundo capitalista

Nesta subcategoria, o sujeito trabalhador, seu trabalho e sua relação com o mundo capitalista, serão apontadas as contradições referentes ao sujeito trabalhador nos níveis particular, no qual o trabalho de enfermagem acontece, e no nível formal onde as relações são normatizadas.

No descritor VIII, *“precisa de ajuda e não solicita porque os outros estão também ocupados”*, não foram mencionados conflitos durante as entrevistas com os envolvidos na pesquisa, embora nos encontros com o grupo, este tenha sido um importante argumento no desenvolvimento dos trabalhos.

No descritor IX *“mais trabalho do que a possibilidade e tempo necessário para fazer com competência e segurança”*, foram encontrados cinco conflitos, no descritor X *“sentido pessoal de utilidade e descarte quando o trabalhador adocece ou tem problemas”* e no descritor XI *“falta de material necessário dificulta o trabalho”*, foram encontrados dez conflitos em cada um. No descritor XII, *“trabalho diferente do ambulatório em relação aos outros setores”*, onze conflitos. No descritor XIII *“serviço de enfermagem e serviço administrativo”*, três conflitos. No descritor XIV *“conhecimento e habilidades devem ser sempre renovados”*, onze conflitos. No descritor XV *“visão deturpada do trabalho no ambulatório e trabalho”* real, vinte e um conflitos. No descritor XVI *“a experiência é descartada em favor do novo (profissional novo descarta o antigo)”*, nenhum conflito. No descritor XVII *“valor de si mesmo e desvalor no mundo do trabalho”*, vinte e oito conflitos. No descritor XVIII *“no “meu” setor eu nego um trabalhador, no setor do ‘outro’, problema deles”*, cinco conflitos. No descritor XIX *“trabalho como valor pessoal e trabalho como fonte de sobrevivência”*, cinco conflitos. No descritor XX *“trabalhador que cuida, mas não é cuidado”*, um conflito.

Em relação ao descritor IX *“mais trabalho do que a possibilidade e tempo necessário para fazer com competência e segurança”*, a contradição expressa é referida não somente em consequência ao aumento da demanda, mas também em relação às condições de trabalho, as condições de saúde do trabalhador. Por

um lado, existe toda essa demanda a ser assistida, e de outro, a força de trabalho reunida neste cenário de trabalho com sérias dificuldades, por justamente neste setor encontrar-se pessoas com limitações físicas e mentais.

A suscetibilidade em adoecer faz parte da condição de ser humano, segregá-los num setor específico, como se neste local não houvesse responsabilidades e obrigações com o trabalho, torna este local com um menor valor que os demais da instituição, desvalorizando também as pessoas que ali trabalham. Além do que, para os usuários da instituição, é necessário fornecer explicações sobre a demora no atendimento, como por exemplo: “*estamos trabalhando com um número menor de pessoas, por favor aguarde*”. Os trabalhadores percebem as dificuldades, enquanto se desdobram para dar conta, conforme expresso na fala a seguir:

Tem alguns momentos que a gente fica com um número de pessoal bem restrito para trabalhar, quando a equipe está completa a gente tem um número bom para trabalhar, mas se surge qualquer problema, há uma sobrecarga. Principalmente atestados médicos. Teve uma época que ficou várias pessoas fora. Não tem como prever. Quando a gente sabe que é por doença é mais fácil compreender e se desdobrar, de certa forma a gente entende o porque das coisas e acaba dando conta do recado.

(AxE3R40)

Outra situação diz respeito às várias obrigações do trabalhador de enfermagem, como atender telefone, atender a porta, verificar e solicitar ao arquivo os exames em falta no prontuário além das atribuições específicas de enfermagem. O sujeito envolvido na pesquisa demonstra e relata sentir-se angustiado com as diversas atividades ao mesmo tempo e ainda ter de manter-se calmo ao comunicar-se com outros trabalhadores, alunos e pacientes.

O que falta para mim é ter alguém para atender ao telefone e estar ali para pegar exames, porque no início da manhã começa tudo bem, quando chega no meio da manhã, às vezes, começa aquela agitação chega gente, falta exame, falta pasta [...] O que

me angustia muito é estar dentro da sala, o telefone tocando no corredor e eu não poder sair para atender. Ou quando batem na porta, eu não sei ser grosseira com ninguém, outro dia quase fui grosseira.

(AxE8R99)

O trabalhador expressa insatisfação com sua debilidade física, pois esta lhe traz limitações para o bom desempenho de suas atividades. Agora, enfrenta a necessidade de uma nova adaptação consigo mesmo, com os outros e com o trabalho.

[...] Se eu estou em um lugar movimentado... se eu não estou bem, eu não faço, não adianta [...] Ocorriam assim duas paradas, três, às vezes [...] Eu gosto de agitação, gosto de trabalhar assim. Antes eu trabalhava ... , adorava. Se eu tivesse saúde eu teria...

(AxE14R138)

(O que facilita o trabalho) Em primeiro lugar eu chegar cedo, organizar as pastas. Se no início da manhã as coisas se encaixam bem, tudo vai bem até o final. A gente é que faz as coisas saírem a contento, que não atrapalhe nada. Agora não está tendo aquela quantidade de exames, tem mais consultas, agora está mais fácil, porque quando tem muitos procedimentos, haja material e campos suficiente, esterilizar o material, no final da manhã é aquela dor nas pernas, por isso tenho que organizar tudo no início para não ficar correndo depois, eu ando sempre com um papel anotando o que vai terminando para ir lá na frente buscar.

(AxE8R101)

Angústia é a palavra certa, eu sinto quando está cheio de paciente e os meus colegas sentam, eles dizem: não tem sala para fazer curativos, eu digo: é só montar uma sala. Me angustia ver os pacientes esperando e os colegas ficam sentados, claro que não são todos. Isto me angustia porque além do professor demorar para vir, não rende o serviço. Já estou angustiada com as férias, porque vamos estar mal de gente, a colega é nova aqui e não tem noção de curativos”(AxE11R123).

No descritor X, “sentido pessoal de utilidade e descarte quando o

trabalhador adoece ou tem problemas”, os sujeitos manifestam a contradição existente entre o valor pessoal e o sentimento de descarte, quando o trabalhador já não tem as mesmas condições para o trabalho. Isto revela a visão de mundo dominante, na qual a pessoa vale enquanto tiver forças para trabalhar, caso contrário é considerada incapaz, transferida do setor onde está lotada, ou algumas vezes excluída do quadro dos funcionários chamados ativos. A transferência de setor, algumas vezes, é solicitada pelo próprio trabalhador, pois ele sente que já não corresponde ao exigido e também por fazer parte de sua consciência a já preconcebida idéia de lugar menos “*trabalhoso*”.

O estigma do trabalho no ambulatório não é algo recente e está vinculado à idéia do trabalho em saúde pública, que também sofre conotação estigmatizante.

Para SIMÕES (2001, p. 28), os trabalhadores de enfermagem que são transferidos de várias unidades de internação para o ambulatório apresentam como causa principal o adoecimento,

... são excluídos dos outros cenários do hospital significando várias rupturas sociais e simbólicas: no seu espaço de trabalho habitual, nas suas funções específicas, na convivência com os colegas, na valorização do seu trabalho na área hospitalar, no seu status decorrente disso, e no aparecimento de sentimentos negativos em relação a si mesmo e aos outros, o que pode refletir na qualidade do cuidado prestado à clientela.

Esta autora descreve a transferência do trabalhador do setor interno para o ambulatório do hospital como uma forma de rejeição e exclusão.

Embora, neste estudo, não tenham aflorado sentimentos de rejeição, em consequência das transferências, pode-se constatar que existe atitude de rejeição, talvez, invisível para a maioria. Estas atitudes se manifestam na forma como as questões do ambulatório são tratadas pelas instâncias superiores, desde a lotação de funcionários, passando pelas questões de área física, equipamentos e materiais. No momento em que algumas situações ou lugares são determinados como prioritários, outros, são menosprezados. Segundo MOSCOVICI (1978), a

atitude diante de uma pessoa ou situação, expressa a escolha ou decisão dos sujeitos, implicando “juízo de valor” do objeto a ser representado, manifestando a orientação geral, positiva ou negativa desse objeto.

Ao destacar um trabalhador que esteja apresentando problemas para um determinado setor, neste caso o ambulatório, o que está representado nesta atitude é a idéia estigmatizada existente no imaginário coletivo sobre este trabalho.

Sim, foi em função da minha doença (que veio para o ambulatório). Teve alguns setores do hospital que eu pedi.

(AxE3R31)

Eu trabalhava no [...] andar, turno da noite, estudava durante o dia, estava muito estressada, foi indo, indo que adoeci lá, não consegui ficar mais, pedi transferência para outro lugar desde que não fosse unidade, aí me colocaram aqui.

(AsE5R69)

[...] quando tenho crises ou eu não venho trabalhar, ou venho trabalhar com dor. Eu me sinto mal perante os colegas porque daí eu não posso agir como elas estão agindo, tem que ser com calma. É a única coisa que me preocupa, o resto eu me dou bem com as colegas.

(AxE7R89)

Quanto ao descritor XI, ‘falta de material necessário dificulta o trabalho’, coloca o conflito existente com o sujeito trabalhador e a falta de instrumentos e materiais adequados para o desenvolvimento do trabalho. Esta falta impediria a concretização do processo de trabalho, pois, para muitos procedimentos serem executados, são necessários materiais que, na ausência deles, dificultaria muito a continuidade do trabalho, ou mesmo o impediria, como é a situação referida em algumas falas dos trabalhadores:

A questão de material melhorou bastante mas ainda falta, está faltando instrumental como [...] são materiais que a gente precisa no dia a dia, a gente pede, fizemos uma lista de material, hoje fui saber como estava o andamento. Eles falaram: ah, tem que ver ainda. O pedido está lá, eles não viram, esse ano não vem mais este material, estamos usando o último [...].

(AxE4R61)

Na fala anterior, é realizada uma menção ao fato de ser uma instituição pública, e ao modo de gerenciar as compras para o hospital, sendo colocados “*prioridades*”. Para quem é a prioridade? Quem a determina? O que implica a falta de alguns instrumentais? Além da questão prioridade, existem também, os trâmites burocráticos que envolvem as licitações, demandando num tempo, às vezes, bastante longo na aquisição de novos produtos. Geralmente o ambulatório não está contemplado entre as “*prioridades*”, equipamentos como aspiradores e eletrocautérios são destinados ao ambulatório após o uso em outros locais. Muitas vezes, resta pouco tempo de vida útil ao aparelho, já não tendo condições de conserto. Embora no ambulatório sejam realizadas pequenas cirurgias, endoscopias e outros procedimentos invasivos.

O imprevisto na enfermagem assume caráter de algo que se repete cotidianamente, deixa de ser “*imprevisto*”, fazendo parte das alterações impostas pela força das circunstâncias, como refere a seguinte fala, quando explica coisas que fazem parte das nem tão improvisadas situações. Demonstra, ainda, a importância de um ambiente limpo, novo ou reformado, a fim de provocar maior bem-estar, tanto para o trabalhador como para o usuário do hospital, embora, para isso, haja necessidade de um empenho maior para que as coisas aconteçam.

Novos atendimentos são iniciados sem as devidas condições de espaço físico, materiais, número suficiente de profissionais, com conhecimento e preparo próprio para atuar em ambulatório. Referem os informantes:

Muitas vezes quando estão todas as clínicas funcionando, falta material, nós temos que improvisar por exemplo para retirar pontos, improvisar com uma lâmina, ou outros materiais.

(AxE7R94)

O que eu gosto do hospital é que a gente tem acesso a materiais, (o que facilita) normalmente dispomos de material suficiente para trabalhar. A única coisa seria o hospital dia, se conseguisse uma reforma, até para termos melhores condições para trabalhar. Tudo que é pedido para a manutenção demora um tempão, imagina confeccionar um armário. Começaram a reformar o ambulatório e pararam, a gente estava esperando conviver com um ambiente mais limpo, reformado, isto também motiva a gente. É difícil ficar trabalhando num local e ficar olhando cair os pedaços.

(AxE3R42)

Outra questão, diz respeito à organização dos horários de entrega de roupas e materiais para as unidades de internação e ambulatório. Estes horários são organizados, de acordo com a possibilidade do centro de material e esterilização e da rouparia, sem levar em conta as características de cada setor, como no caso do ambulatório, em que a demanda não corresponde aos horários pré-determinados. Não existe interrupção na seqüência do atendimento ambulatorial durante os turnos manhã e tarde, no entanto, em alguns momentos, existe solução de continuidade no fornecimento de roupas e materiais, dificultando a fluência do trabalho. Explicam os trabalhadores:

... às vezes não tem roupa, isto é uma dificuldade. No centro de material e esterilização, às vezes não tem material, curativo a partir das duas horas e está cheio de paciente esperando, elas (auxiliares e enfermeiras) ficam pedindo, não conseguem desenvolver (o serviço) porque falta material.

(AsE5R74)

Ter material de estoque, mas isso eu tenho que providenciar, pois sou eu que trabalho na sala, hoje já cheguei e anotei para fazer o estoque, aí pego no estoque do ambulatório. Não pode faltar

nada, senão chega na hora...Quando não tem no hospital substitui por outro se possível, agora mesmo está faltando, a maioria das coisas eu tenho que revisar para não faltar na hora.

(AxE8R100)

Na seguinte fala, o sujeito envolvido demonstra sentimento ambíguo, ao retratar seu cotidiano. Num momento, acha que, por já ter passado por muitas experiências, não tem nada que torne seu trabalho difícil. Porém, logo a seguir, refere ter seu trabalho dificultado ao ter de sair da sala para atender telefone, além do que, geralmente, isto acontece para fornecer informações sobre a clínica em que trabalha. A seguir, avalia a falta de medicamentos e a atitude dos médicos frente a isso de forma simplista, não ampliando a visão para as causas desse comportamento. A princípio, resolver a questão, trazendo o medicamento em falta, parece indicar compreensão desses profissionais, porém, pode revelar dificuldade em assumir responsabilidade para lutar por mudanças, que poderiam implicar em enfrentamentos de conflitos. Refere o trabalhador:

... eu acho que não tem nada que dificulte. Porque eu já passei por tudo, eu não tenho mais dificuldade. Eu acho que não tem nada que me atrapalhe. Só o que me irrita é eu ter que sair lá de dentro para atender telefone ... só o que está faltando é a medicação. Quando falta, eles (médicos) até são bem compreensivos... Mas geralmente é difícil ficar sem. Porque não pode faltar essa medicação aqui.

(AsE10R115)

Em relação ao descritor XII, “*trabalho diferente do ambulatório em relação aos outros setores*”, ficam explícitas algumas diferenças, como o fato da pessoa não ficar internada, vir de casa, não existir controle sobre a quantidade de pessoas que poderão ser atendidas, ficando livre o acesso para o atendimento de enfermagem. Na unidade de internação, porém, existe determinado um limite máximo de pacientes, só havendo nova internação após o procedimento de uma alta hospitalar.

Desta forma, no ambulatório não existe previsibilidade em relação à quantidade de pessoas a serem atendidas e a complexidade do atendimento, podendo-se levar um tempo variável na assistência, dependendo da situação e do momento.

Assim como esta diferença, surge também a idéia de que o compromisso vai além do ambulatório. A pessoa atendida volta para sua casa, o controle de enfermagem modifica, o profissional já não tem todo o acesso necessário para acompanhar a evolução do tratamento e as conseqüências do cuidado dispensado. Diferente do profissional de enfermagem que trabalha em unidade de internação, pois este tem possibilidade de acompanhar a evolução durante todo o dia, verificando se o resultado é favorável, ou se é necessária alguma mudança no cuidado.

No caso do profissional de ambulatório, a próxima oportunidade para observar será quando houver retorno do sujeito da necessidade, procurando estar atento à adesão ao tratamento, como foi esta adesão, quais os resultados obtidos, enfim, fazendo o acompanhamento possível e necessário a todo cuidado de saúde. Surge a perda do controle sobre o trabalho executado e a necessidade de valorização deste trabalho. Diz o trabalhador:

Onde eu trabalhava era diferente, tu voltavas no outro dia, o paciente estava lá [...] E tu sabes que às vezes não é isso. Então tu fazes, eles vão para casa e não vão fazer. É como se eles fossem jogar fora o teu trabalho e que talvez voltem pior ou não voltem, ou tu não vais saber [...] pelo menos eu penso assim, a tua parte tu fizestes, tu estás fazendo. Muito pior seria se não existissem onde eles terem esse tipo de acompanhamento.

(AxE14R145)

Aqui não, a gente fica com o paciente todo o tempo no hospital dia, e nos curativos, se a gente pensa que vai demorar um pouco leva toda a manhã, porque está sempre chegando gente para ser atendido. É bem diferente de lá (unidades), aqui a gente fica mais tempo com o paciente.

(TE2R23)

No ambulatório o paciente vem de casa e volta, ele tem que sair mais seguro, a gente fica fazendo curativo, conversando, dando atenção, ele tem que sair mais tranqüilo, não adianta chegar aqui e sair na dúvida.

(TE2R24)

Nas falas seguintes, continuam a emergir diferenças do trabalho de enfermagem do ambulatório em relação a outros setores. O trabalhador refere à necessidade de adaptação, não somente em relação aos novos colegas e ambiente, mas também com o trabalho diferente no qual estava acostumado a desempenhar. Demonstra dificuldade em entender a nova condição de trabalho, que, não está vinculado restritamente ao fazer, mas, implica em ver além disso. Exige muito em termos de elaboração teórica do trabalho de enfermagem, no sentido que o profissional está lidando rapidamente com uma diversidade de pessoas, cada uma em situação diferenciada, sendo necessário individualizar o cuidado e, ao mesmo tempo, ver o grupo como um todo. E, no grupo geral, ver as diferenças entre os grupos, ou seja, as necessidades variáveis de acordo com cada especificidade.

A seguir, fica evidenciada a necessidade de um preparo diferenciado para o trabalhador de enfermagem ambulatorial. Além do preparo técnico específico, deverá ter um conhecimento político com reflexão ética, pois no ambulatório, as questões sociais determinadas pela ordem vigente ficam muito evidentes, trazendo a realidade social para o cotidiano do trabalho de enfermagem.

Assim, os informantes relatam terem levado muito tempo para se situarem no novo local, pois além de diferente dos outros setores, existe a necessidade de aprender coisas novas, talvez, nunca antes experimentadas ou sequer pensadas. É possível que não aconteça um preparo anterior à sua transferência, vindo a tomar conhecimento e contato com o novo setor, somente após a transferência, quando já está sendo “*contado*” como membro da equipe e se espera dele um bom desempenho.

Surge a autonomia do sujeito da necessidade que não está internado,

ficando a critério dele decidir em aceitar ou não determinado tratamento, o que implica, muitas vezes, em mudanças de hábitos. O profissional da saúde perde um pouco a sua onipotência, quando, ao deixar a instituição, a pessoa usuária volta para sua casa, enfrenta suas próprias limitações e as limitações que o sistema lhe impõe. Referem os sujeitos do estudo:

[...] tenho que me adaptar. Eu procuro avaliar a situação para ver se não estou errado, mudou tudo para mim, mudou setor, ambiente, procedimentos, colegas.

(AXE6R83)

[...] aqui não, é mais diversificado, é diferente, não é aquela coisa assim [...] Então isso acabava facilitando o trabalho. Isso acaba facilitando nesse sentido que lá era pura prática, e a prática é a prática. Quanto mais tu fizeres, mais rápido e melhor tu vais fazer [...] Aqui cada caso é um caso, cada dia é um dia. Às vezes o mesmo paciente vem num dia, ou uma semana depois ele pode vir melhor, ou pode vir pior, está diferente, hoje precisa isso, hoje não precisa mais usar...

(AxE14R148)

Em relação ao descritor XIII, 'serviço de enfermagem e serviço administrativo', observa-se diferença do trabalho no ambulatório no início das atividades e as características de agora. A maioria dos trabalhadores de enfermagem era formada por atendentes, que faziam também o serviço administrativo. Isto dificultava muito, pois a enfermagem, diversas vezes, deixava de fazer o que lhe competia para dar conta de um outro trabalho. Há alguns anos, mudanças foram ocorrendo e, entre elas, a realização do serviço de secretaria passou a ser realizado por funcionários administrativos. Porém, esta mudança não foi algo fácil de ser executado, visto que já existia um velho hábito dos profissionais de enfermagem e de outros profissionais, principalmente médicos, que relutavam em alterar comportamentos. Observa-se que, na medida que a enfermagem foi posicionando-se quanto às suas verdadeiras funções, deixando de lado o que não era seu, ocorreu também um aumento significativo das suas

atividades. Explicam os informantes:

[...] eu fazia serviço administrativo, não tinha funcionário administrativo a enfermagem fazia de tudo inclusive pegava as fichas, as pastas, buscava exames, arrumava a sala, depois com o tempo eu fiquei na enfermagem, nem me lembro quando.

(AsE5R70)

O tempo que até a Químio era aqui no ambulatório, eu ajudava até segurar as crianças para fazerem aquelas aplicações, aquelas coisas. Buscava medicamentos, tudo era eu que buscava. Buscava de tarde às vezes, buscava a medicação e depois ia embora. Mas, ao mesmo tempo em que eu ajudava na Hemato, eu pegava pasta para a medicina interna, pegava ficha no corredor, pegava para todo o mundo, eu sempre ajudei todas as clínicas. Pegava ficha de manhã. Só o que eu não lidava era com o material. Eu não lidava com o material ali da frente... O material assim que eu lido agora: de lavar material, limpar maca, mas até naquela época eu limpava maca, porque até as paredes eu limpava, era a época da limpeza mesmo

(AsE9R106)

[...] sim, era bem diferente. De primeiro nós não tínhamos essa turma administrativa que tem. Tudo era a enfermagem. Nós éramos em oito atendentes, então nós éramos duas para o arquivo e duas para os exames, colocar os exames nas pastas. Era bem diferente o serviço. Mais trabalho administrativo. O Pronto Atendimento era aqui em cima. As três primeiras salas ali eram de urgência. Era o P.A. E depois só tinha mais uma para os curativos, essas coisas. Não tinha tanto curativo assim como tem agora. Mudou muito. Depois quando o P.A. foi lá para baixo, aí ficou só a enfermagem. Aí já começou a vir os curativos e a estrutura ficou pequena. Agora está melhor, mais estruturado. É muito mais forte mesmo, agora. (mais movimento) nós não tínhamos D.I.

(AsE13R134)

No descritor XIV, 'conhecimento e habilidade devem ser sempre renovados', aparece a vontade e a necessidade de continuar aprendendo, em todos os níveis, tanto auxiliares de saúde, como auxiliares de enfermagem, técnicos e enfermeiros. O sentido de aprender coisas novas surge como uma

forma de ampliar conhecimentos, crescer pessoal e profissionalmente, além de trazer conseqüências positivas para o trabalho. Permanecer muitos anos no mesmo local de trabalho, como é o caso de vários sujeitos informantes, é referido como uma forma de repetição de tarefas, restrição na área do conhecimento, principalmente em locais que tratam de apenas uma especialidade, como é o caso da psiquiatria que, ao constatar outros problemas no paciente internado, logo o transfere para as unidades gerais.

Alguns trabalhadores mencionam a transferência para o ambulatório, como oportunidade de adquirir novos conhecimentos, um local diferente com uma diversidade de situações. Ao mesmo tempo em que estas situações suscitam sentimentos de medo e ansiedade com o novo, à medida que vai habituando-se, demonstra deixar de lado alguns cuidados que são importantes, como o se cuidar em situações de risco. O não uso de luvas para proteção individual parece anunciar um sentimento fantasioso a respeito do conhecido e o desconhecido. Enquanto não conhecia e não era hábito lidar num local com pessoas portando doenças contagiosas e fatais, a reação de medo logo surge, e a tendência é procurar proteger-se. Depois, quando pensa já ter adquirido conhecimento a respeito do assunto, passa a evitar o uso de proteção. Este comportamento pode revelar reação onipotente frente às situações de risco, e, por já se sentir seguro, descuida-se, podendo com isso aumentar o risco de acidente no trabalho.

Ter acesso a novos conhecimentos, a participação em congressos, evidencia um aumento na auto-estima do trabalhador e valorização de seu trabalho. Referem os trabalhadores:

[...] Logo que vim para cá tinha medo de lidar com os pacientes das doenças infecciosas, mas depois passou. Tinha medo do sangue, de ser picada. Hoje é normal, nem uso luva, estou segura.

(AxE1R11)

[...] gosto de estar num lugar que me acrescente, que eu vou aprender, que as pessoas me ensinem, que aprendam e depois

repassem para a gente, e lá na pediatria eu senti que eu ia ficar muito restrita, ia trabalhar só com criança e ia desaprender de trabalhar com adulto.

(AxE3R32)

Logo que eu vim para cá eles me deram força para eu participar do primeiro encontro de enfermagem (na nova especialidade) [...], para mim foi uma valorização imensa, me sinto muito satisfeito.

(AxE4R63)

No descritor XV, '*visão deturpada do trabalho no ambulatório e trabalho real*', mostra o conflito entre o real e o imaginário. No momento em que o trabalhador diz: "*estava perturbado queria um lugar melhor para trabalhar*", no instante seguinte lhe foi oferecido o ambulatório, ou ele mesmo solicitou, fortalece-se o imaginário. Uma oposição a esta idéia surge, quando quem solicita a transferência é um trabalhador que não possui doenças, não tem problemas de relacionamento e demonstra querer continuar crescendo e contribuindo com o trabalho. Este também enfrenta dificuldade em ser transferido para este setor, como se este local não fosse apropriado para ele.

Todos os entrevistados relataram não terem tido conhecimento das características do trabalho do ambulatório antes de terem vindo trabalhar neste local. A partir do conhecimento da realidade, foram aprendendo, conhecendo e valorizando este setor carregado de idéias preconcebidas e de atitudes preconceituosas, como se observa nas falas dos trabalhadores:

*[...] a impressão que dava, era de que quem vai para o ambulatório, vai trabalhar menos, vai ter mais mordomia. A impressão que dá, que falam, de que tu não vais trabalhar, de que tu vais para lá para não fazer nada. E, não é isso na verdade. eu já tinha até trabalhado no outro ambulatório, eu sei que não é assim. Como quem diz assim: Ah, eu também quero ir, eu também estou esperando, eu já tenho tantos anos, eu estou esperando para ir. Daqui dois anos eu vou descer para o ambulatório [...]
Como se tu fosses ser recompensada.*

(AxE14R144)

Eu não tinha nenhum contato (com o ambulatório), não conhecia... eu vim para cá sem saber exatamente o que era desenvolvido aqui.

(AxE3R43)

Eu agora acho que é um trabalho muito, muito, muito importante, porque as pessoas que dependem do serviço, eles já vem encaminhados porque não são problemas simples, isto também serve como valorização do trabalho, não estamos fazendo só mais um trabalho, é algo diferenciado, um serviço mais especializado.

(AxE3R44)

[...] Ouvia piadinha das pessoas dizendo assim, ah, como quem diz assim... a coisa mais fácil que existe no mundo é tu julgares as pessoas, mas na verdade, se tu estás no lugar dela é muito diferente. Então eu ouvia assim, ah, eu também vou descer para o ambulatório [...].

(AxE14R142)

No descritor XVI, '*a experiência é descartada em favor do novo*', houve uma contradição expressa nos encontros com o grupo, no sentido de que o trabalhador novo descarta o antigo, pois chega com novos conhecimentos, em pleno vigor de sua saúde, respondendo às exigências do mundo do trabalho. Este dado não surge nas entrevistas individuais, talvez porque o sujeito não tenha desenvolvido esta percepção individualmente e sim no grupo.

Quanto ao descritor XVII, '*valor de si mesmo e desvalor no mundo do trabalho*', a princípio o sujeito informante responde, quase automaticamente, que se sente bem no ambulatório, demonstrando satisfação. Aos poucos, vai revelando sentimentos mais profundos que acompanham seu cotidiano. Sentimentos ligados a si próprio, quando não está bem e precisa relacionar-se bem no trabalho. Sentimentos ligados à pessoa que procura o ambulatório para atendimento, outros ligados a colegas e outros profissionais e sentimentos ligados a fatores institucionais.

O relacionamento interpessoal é manifestado como sendo um dos principais motivos de desajuste no trabalho. A necessidade de confiança no outro e a certeza de encontrar empatia e lealdade são apontados como necessário para desenvolver relacionamentos sinceros e cooperativos no trabalho. O valor de si mesmo está ligado ao valor que o outro faz da pessoa em questão, e esse outro pode ser o colega, a chefia, outros profissionais e a pessoa usuária do ambulatório. A hegemonia médica transparece nas falas como forma de suscitar sentimentos de desvalor, ao mesmo tempo em que o trabalhador de enfermagem reconhece a necessidade de autovalorização superando tais dificuldades, com tentativas diárias de uma postura profissional diferente, ocupando seu espaço profissional.

Entre as questões institucionais que dificultam o trabalho, está a falta de equipamentos e materiais. Essa situação é referida como motivo gerador de ansiedade e angústia, visto que, na tentativa de solucionar problemas, muitas vezes o trabalhador enfrenta outros, que poderão levá-lo à situação de estresse, ocasionando desvalia. A falta de sala para trabalhar surge como fator importante de conflito no trabalho.

Também foi manifestado sentimento de desvalor nas ocasiões em que surge a situação de saúde do trabalhador como forma de alterar sua vida no trabalho, muitas vezes sendo considerado como portador de incapacidade física. O menosprezo do trabalho do ambulatório pelos funcionários de outras unidades é referido, algumas vezes, como desvalor de seu próprio trabalho.

A ajuda do outro da equipe são apontados como forma de reconhecimento e valorização, ser percebido pelo colega ou obter atenção da chefia. Na percepção do trabalhador, ele está sendo valorizado e está havendo reconhecimento de seu trabalho pelo sujeito da necessidade. Chegar no final do dia, ter conseguido um bom desempenho, com todas as pessoas atendidas, são motivos de autovalor.

Observar, no cotidiano, a dificuldade que as pessoas enfrentam para conseguir acesso à instituição de saúde, traz um desgaste emocional para o trabalhador de enfermagem, que repercute no seu estado de ânimo. Muitas

vezes, tenta solucionar individualmente cada situação, sujeitando-se a pedir favores, como se o favor fosse para si próprio. Diz o trabalhador:

Na maioria das vezes a gente se sente valorizada. Não lembro de me sentir desvalorizada. Talvez mais em função da estrutura da instituição em si, tem alguns momentos que aqui ou em qualquer lugar a enfermagem está em segundo plano, às vezes os pacientes chegam impondo para a gente porque o médico mandou, e eu acho que não é assim, ele pode solicitar as coisas, mas não mandar [...] Parece que para alguns médicos o serviço da gente não é importante [...]

(AxE3R45)

Também sinto dificuldade em realizar o trabalho quando tem falta de material e equipamentos, por isso muitas vezes não consigo fazer o que requerem do meu trabalho [...] fiquei muito nervosa e me senti ofendida. Por isso acho que para realizar nosso trabalho depende do fornecimento das condições necessárias para nos ajudar. Pois a falta de material é um problema.

(AsE5R79)

No descritor XVIII, no “*meu*” setor eu nego um trabalhador, no setor do “*outro*” problema deles, depósito’, fica evidenciado o conflito causado quando o trabalhador inicia a ter problemas no trabalho, por motivo de saúde física ou mental. É melhor afastá-lo do local, pois não trará mais problemas. É transferido para outro setor que, aparentemente, não trará conseqüências maiores, e se trouxer, a dificuldade já não está no local de origem, mas sim, do local em que o trabalhador foi recebido. A maioria das falas apresenta situações, cujos motivos de transferência são as já mencionadas, sem observar se o local, no caso o ambulatório, seria o local mais propício, ou se poderia ser buscada uma solução no local de origem.

Na maioria das vezes, a pessoa transferida leva seus problemas, suas dificuldades, para o novo setor, que precisa adequar-se ao novo colega, ao mesmo tempo em que precisa dar conta das atividades e exigências do ambulatório, pois o fato de ter uma escala de serviço formada por pessoas, em

sua maioria com sérias dificuldades de saúde, não reduz o compromisso, a responsabilidade, nem modifica a finalidade do ambulatório.

Algumas falas dos informantes demonstram que eles percebem esta dificuldade, pois, para eles, também é difícil sentir a sobrecarga que os outros colegas sentem. Ocorre um sentimento duplo de angústia, um relacionado a si mesmo e outro relacionado ao colega.

Porque a enfermeira estava assim, ela não me queria mais lá, por causa desse motivo aí. Então, eu não sabia para onde é que eu iria, eu sei que ela falou com a enfermeira da Ala I. Aqui também, eu fazia o serviço, mas comecei a dar problema também, porque houve uma época, início do meu trabalho que não foi muito bom mesmo [...] Porque foi muito tempo que (teve problemas). Foram quase seis anos, inteirinhos. Então, eu recém trabalhando. Eu não tinha férias. Minhas férias eram só aquele inferno de vida.

(AsE9R105)

Quando eu não estou bem, eu não falo. Eu fico quieta num canto e aí se eu tenho que fazer alguma coisa eu já me esqueço e aquilo fica para depois, quando eu vejo já estou até atrasada.

(AsE9R112)

No descritor XIX, '*trabalho como valor pessoal e trabalho como fonte de sobrevivência*', o trabalho é descrito pelos informantes como uma forma de autovalorização, além de ser necessário como meio de subsistência. O convívio com os colegas também é apontado como uma forma de crescimento e valorização. A aposentadoria, em alguns casos, é protelada, sendo encontrados motivos para isso, tais como não redução do salário, crescimento pessoal e compartilhamento de sua vida com outras pessoas, além da família.

Estando o indivíduo habituado a sair de casa todos os dias para o trabalho, não suporta pensar no dia em que não terá mais obrigação de sair para trabalhar, como se sua vida fosse o trabalho. Na verdade, fomos acostumados a pensar em primeiro lugar nas coisas relativas ao trabalho. Quando começa a despontar uma primeira idéia do dia em que essa não será mais a realidade e assim teremos

tempo para dedicarmos às outras parcelas de nossas vidas, parece um pouco assustador. Nos apegamos cada vez mais à necessidade do trabalho. Para isso, teremos várias desculpas. Uma é a necessidade de aumentar a fonte de renda, visto que, com a aposentadoria, corremos o risco de ver diminuído nosso poder aquisitivo. Nessa fase da vida, alguns gastos aumentam, como os relativos à conservação da saúde e os cuidados com as doenças.

Outro fator que pode ser relacionado é a auto-estima, pois a pessoa que trabalha é valorizada e incluída no meio social de forma diferente da pessoa que não exerce função laboral. Diz o informante:

[...] eu procuro desempenhar de acordo com o que posso, preciso fazer as coisas de acordo com minhas possibilidades, que eu possa ir para casa com minha consciência tranqüila, eu valorizo o meu trabalho, acho bonito o que faço.

(AxE1R13)

[...] tanto é que estou a um ano para me aposentar e estou prolongando o tempo. Não tenho ainda uma intenção certa de sair, estou esperando novas definições do governo, se tivesse saído já estaria perdendo alguma coisa. Eu ficando ganho mais financeiramente, enriqueço mais meus conhecimentos e tenho o convívio com vocês.

(AxE4R64)

Relativo ao descritor XX, *'trabalhador que cuida, mas não é cuidado'*, de forma explícita, surge uma vez nas falas dos informantes, e outras falas poderiam ter sido selecionadas para este descritor, foram agrupadas em outros descritores. Além disso, muitas vezes, esta idéia aparece de maneira sutil. Em comparação com os assuntos surgidos nos encontros com estes mesmos trabalhadores, percebe-se que as questões relacionadas com saúde e doença do trabalhador aparecem com muito mais clareza e espontaneidade durante os encontros do que nas entrevistas individuais. Isto leva a pensar que, no grupo, se torna mais fácil falar neste assunto, porque sempre diz respeito ao outro que está doente e não a si próprio.

Na seguinte fala, são referidos assuntos como a autonomia da enfermagem em tomar decisões relativas ao cuidado com o sujeito da necessidade, em relação ao ambiente, e a equipe. Ainda aparece a “*autoridade*” médica em relação a cuidados de controle de infecção, a submissão da enfermagem e as conseqüências relacionadas.

Entre as conseqüências, poderia ser citada a influência que o ambiente exerce na saúde do trabalhador e a falta de cuidados em mantê-lo em condições adequadas, tanto para quem cuida, quanto para quem é cuidado. A questão do uso de máscaras para prevenção de doenças respiratórias, e a orientação de não fazê-lo, parece uma atitude de onipotência, visto ser obrigatório nos primeiros dias de tratamento. Principalmente em se tratando de um ambiente fechado, com pouca ventilação.

No modo de viver na sociedade capitalista, o trabalhador precisa estar saudável, em condições para o trabalho, e ele precisa dar tudo o que pode de si. Sabendo disso, o trabalhador cala, engana a si próprio e aos outros, muitas vezes quando o sofrimento é íntimo, não compartilhado com os outros, quando agüenta as dores, quieto, sem se queixar, tentando dar conta de tudo, quando a escala apresenta um número reduzido de funcionários ou quando este número não é reduzido, mas vários deles são doentes.

Além disso, o plano de saúde da instituição é precário. Há anos são realizados estudos sobre um plano que atenda os funcionários, no entanto, na prática, não corresponde às necessidades. Refere o trabalhador:

Tive pneumonia tuberculosa, hoje se sabe de fonte segura que foi contágio lá. No início o médico pneumologista negou, ele tem toda uma visão diferente em relação à tuberculose, ele não admitia que usássemos máscara, todas as precauções que a enfermagem usa. Depois que conseguimos ficar mais autônomas em relação aos cuidados, nós que ficamos mais em contato com os pacientes. Ficavam três ou quatro pacientes numa sala fechada, sem ventilação, com tuberculose. Os pacientes eram proibidos de sair de lá, era uma prisão.

(AE3R30)

4.2.2 Categoria 2 – O Sujeito e sua Relação com a Natureza

Nesta categoria, serão incluídos os conflitos referentes ao sujeito trabalhador e a sua própria condição de ser humano, suas limitações diante do percurso da vida, seu inconformismo, sua luta em continuar “fazendo parte” do mundo, ou simplesmente aceitando as conseqüências de sua debilidade. Será incluída a subcategoria “a natureza e seu curso”. No descritor XXI, foram encontrados dois conflitos.

4.2.2.1 Sub-categoria 2a – a natureza e seu curso

No descritor XXI, ‘o curso da natureza (saúde/doença) segue e só posso pedir para “aceitar” “entender”’, expressa o conflito existente entre a necessidade de trabalhar, seja para manter o meio de sobrevivência, seja para sentir-se útil, manter a auto-estima elevada, e a dificuldade encontrada em relação a si mesmo, por questões limites da saúde física ou mental, torna a vida do trabalhador mais penosa. Esta situação gera sofrimento às vezes imperceptível para si próprio e para os outros. De um lado, está a sua necessidade, de outro, a necessidade de desempenhar bem seu trabalho, como é visto pelos colegas, como é tratado por eles e pelas chefias. Assim referem os trabalhadores:

... fico chateada quando meu joelho me incomoda, porque aí eu tenho que não me esforçar muito, porque a dor é terrível, de manhã quando tenho estas crises eu levanto me segurando, depois vai aliviando, não posso de maneira nenhuma espichar as pernas para dormir tem que ser encolhida [...].

(AxE7R88)

Mas me senti horrível, porque eu via todo mundo correndo, todo mundo fazendo e eu lá (risos) preparar um sorinho devagarzinho [...] é horrível ter que mudar a essa altura da minha vida, ter que

me transformar em uma pessoa mais pacata, mais lenta e controlar o que eu penso, o que eu faço [...] a gente viver se cuidando e daí tu estar em um lugar onde tu vai estar exposta e o medo de infecção também. Entrava muita criança sem diagnóstico [...].

(AxE14R140)

4.2.3 Categoria 3 – O Sujeito da Necessidade

Nesta categoria, serão incluídas as contradições referentes aos sujeitos trabalhadores que estabelecem relações de trabalho com os trabalhadores do Ambulatório e de cujo trabalho depende o bom andamento das atividades assistenciais, além de sua perspectiva sobre a demanda do sujeito da necessidade.

Na sub-categoria 3a, '*Sujeito da necessidade e o trabalho realizado na instituição*', foram encontrados quatro conflitos expressos pela fala dos trabalhadores, relativos ao descritor XXII e três conflitos relativos ao descritor XXIII.

Em relação ao descritor XXIII, '*problemas internos ao serviço incompreensíveis para o sujeito da necessidade*', encontramos menção que denota sua preocupação com a demanda.

O sujeito da necessidade corresponde à demanda por consulta ou serviço no ambulatório e, em geral, fica a mercê da boa-vontade dos técnicos, esperam muito para serem atendidos, o que representa uma contradição com a filosofia de assistência de qualidade preconizada, além de se constituir uma contradição em termos de necessidade expressa e necessidade não atendida.

Os trabalhadores de enfermagem têm consciência desta contradição e isto lhes causa insatisfação e estresse, pois são eles que precisam encontrar explicações, às vezes inúteis e inverossímeis, para a pessoa que procura o ambulatório. Assumem um papel de representar a instituição, ficam no centro do

conflito e, devido às características e normas da estrutura hospitalar não conseguem achar soluções. Trata-se de uma situação incômoda, pois encontrar formas de resolver os conflitos não depende somente deles. O que é acessível a eles como transformar salas de consultas em salas de curativos para agilizar o atendimento, é executado prontamente. Atitudes como essas amenizam o problema, permite que a pessoa que procura o ambulatório seja atendida com maior presteza, deixa o trabalhador com a sensação que está contribuindo para um melhor atendimento, porém, esta é uma solução paliativa que ajuda a perpetuar situações dessa natureza.

Os trabalhadores deixam transparecer, nas suas falas, as suas preocupações com os conflitos gerados no trabalho. Muitas vezes, o trabalho de enfermagem depende de outros profissionais, visto que um simples encaminhamento de uma pessoa para ser atendida no ambulatório pode ocasionar conflitos, se não for cumprido o combinado no encaminhamento, pois vai gerar desconforto na pessoa da necessidade, gasto de tempo desnecessário em resolver algo que poderia ser normalmente praticado, desloca o foco do trabalho de enfermagem, trazendo insatisfação para o trabalhador.

Outra questão apontada refere-se à presença do aluno de medicina, em campo de estágio sem o professor, pois os trabalhadores percebem as dificuldades que decorrem dessa atitude e demonstram uma angústia muito grande ao anunciá-la. Poder-se-ia relacionar este aspecto tanto ao sujeito da necessidade quanto ao trabalhador. O aluno, obviamente, fica em situação delicada, pois lhe é delegado avaliar e tomar decisões que competem ao profissional graduado, ficando o sujeito da necessidade sob a dependência de um serviço que não corresponde às suas aspirações e o trabalhador, impotente diante da situação, além de seu trabalho ser dificultado por interferência de outro profissional, sofre um dilema ético ao presenciar tal conflito.

Este hospital tem algumas características inerentes ao fato de ser um hospital escola, entre elas o quadro de profissionais que prestam assistência. Muitos deles, por serem docentes, estão vinculados hierarquicamente a outro centro, e o seu tempo de trabalho não é dedicado exclusivamente à assistência

no ambulatório, havendo mais de um compromisso assumido com horários coincidentes, como bloco cirúrgico e ambulatório. Estas são algumas causas que tornam o fluxo de atendimento mais demorado, tumultuado, e sem conseguir satisfazer as necessidades de uma parcela de usuários do ambulatório.

Além disso, existe uma organização do horário de consultas médicas que corresponde às necessidades do profissional, e não às necessidades do sujeito usuário. Acontece um acúmulo de agendamentos durante o turno da manhã e início da tarde, faltando espaço físico, em alguns momentos, e em outros, o ambulatório fica ocioso.

Ficam evidentes os vários tipos de autoridades existentes na instituição, uma para o corpo clínico, outra para os trabalhadores em geral, sendo que entre esses trabalhadores ainda existe diferença entre os trabalhadores de enfermagem, administrativos e outros setores. A organização do serviço, no que diz respeito ao profissional médico, acontece principalmente voltada ao ensino com repercussão na assistência.

Nas falas dos sujeitos envolvidos na pesquisa, percebe-se a extrema proximidade com os problemas, o sofrimento mental, angústia e a vontade de resolver as questões conflitantes.

Eles (médicos) mandam (os pacientes) virem no pós-operatório e eles não vêm aqui, a gente tem que andar atrás deles para atenderem. O laboratório a gente tem que ficar chamando para virem coletar os pacientes do hospital dia, ou eles vão lá e demoram em ser atendidos, ficam esperando.

(TE2R27)

Às vezes os pacientes têm que esperar para ser atendidos, porque não tem sala, hoje mesmo estavam as três salas de curativos ocupadas.

(TE2R28)

Às vezes ele (médico) é relapso com os pacientes, ele fica um pouco e vai embora, quando a gente vê, ele simplesmente já foi,

tem n pacientes que precisam que ele avalie, porque muitas vezes as monitoras não sabem, não tem conhecimento suficiente para resolver, deveria ser feito por ele. As pessoas nos cobram, muitos vem cedo, pegam ficha, quando chega a vez deles o médico já foi embora. Ele vê os primeiros pacientes e os outros não.

(AxE3R39)

Em relação ao descritor XXIII, ou seja, '*demanda de atendimento e impossibilidade de atendimento imediato pelo caráter da instituição no modelo capitalista*', revela a imediata conexão entre o que ocorre no âmbito local e na organização local.

O modelo de assistência à saúde no capitalismo moderno se articula intimamente com o sistema de produção, gerando, mesmo no sistema público, uma organização que tem como premissa a oferta de uma atenção mínima com controle de custos, de modo que sempre se tem trabalhado com uma equipe precária, sem novas contratações, ainda que a demanda tenha aumentado consideravelmente, seja por precarização da qualidade de vida social, seja pelo aumento da população, seja por políticas públicas ineficazes que privilegiam outros setores, seja pela função social pelo qual o hospital foi criado e a função real que exerce atualmente.

Fundado com o intuito de ser um hospital-escola, aos poucos essa função foi sendo alterada ou hipertrofiada, em conseqüência da organização do setor saúde e por ser o único hospital público de referência regional.

Como demonstrado a seguir, os trabalhadores da enfermagem percebem esta precariedade, embora nem sempre a vinculem ao modelo vigente, à existência de uma relação entre o modo de produção, à maneira de organizar os serviços de saúde e às contradições decorrentes.

A gente se depara com situações que o paciente precisa da consulta para aquele momento, e, muitas vezes não podem ser atendidos. Apesar do número de pessoas que o hospital atende, eu acho que é difícil, principalmente nas primeiras consultas, tem algumas clínicas que é extremamente difícil conseguir chegar até aqui.

(AxE3R47)

[...] porque, às vezes, eles vêm ali e pedem, 'olha eu moro longe'. Aí eu falo com o médico, eles acabam dando a consulta. Aí então, eu me sinto realizada porque eu consegui ajudar aquela pessoa. Se aquela pessoa chegou em mim, ela achou, porque alguma coisa eu consegui para ela... depois que eu saio daqui eu saio realizada porque eu fiz tudo que eu tinha que fazer. Eu saio daqui eu durmo descansada, eu não me preocupo.

(AxE10R117)

A tendência de responsabilizar a categoria médica como causa do difícil acesso à consulta e tratamento, dificulta o discernimento entre o que é responsabilidade dos profissionais atuantes no sistema e o que é resultado da política adotada no país.

Diariamente, defrontam-se com tais conflitos que, à primeira vista, pareceria ser de fácil resolução, bastaria atender mais algumas pessoas e pronto, resolvido! A consciência profissional acalma-se, sem refletir que uma quantidade muito maior de pessoas não conseguiu sequer chegar na porta da instituição ou de outro serviço de saúde. E, talvez, se conseguir chegar em outro serviço, não terá a garantia de obter ali a solução para o seu problema.

Sabe-se que é importante que os serviços de saúde promovam mudanças nas suas ações para oferecer uma assistência de melhor qualidade. Por outro lado, sabemos que não basta investir somente em mudanças internas, pois são necessárias transformações gerais na política econômica e social.

A política neoliberal traz conseqüências sociais graves como o desemprego, a redução de salários, o aumento da pobreza, a exclusão social, a diminuição dos gastos públicos com redução nos investimentos nas áreas de saúde, educação, habitação. Fatores como esses aceleram a demanda, tanto nos serviços básicos, como nos hospitais.

Além disso, existe uma "cultura" de encaminhar ao hospital, mesmo os indivíduos que poderiam ser assistidos nas unidades básicas de saúde, ou em hospitais com menores recursos, contribuindo para uma demanda crescente,

principalmente nos hospitais públicos, sem que aumente o quadro de funcionários, que haja um repasse de verbas condizente com a necessidade acompanhada de melhor organização nos serviços.

5 SÍNTESE INTERPRETATIVA DAS CONTRADIÇÕES REVELADAS

Ao analisar o quadro das contradições percebe-se uma maior concentração na freqüência das falas no descritor “*valor de si mesmo e desvalor no mundo do trabalho*”, no qual foram detectadas vinte e oito falas, seguido de uma freqüência também expressiva no descritor “*visão deturpada do trabalho versus trabalho real*”, com vinte e uma falas. De maneira decrescente em freqüência, aparece “*trabalho de um interfere no trabalho da equipe*”, com quatorze falas. Depois, com uma freqüência de onze vezes cada um, aparecem os descritores “*trabalho diferente do ambulatório em relação aos outros setores*” e “*conhecimento e habilidade devem ser sempre renovados*”. A seguir, com a freqüência de dez, cada um, vem os descritores “*sentido pessoal de utilidade versus descarte quando o trabalhador adoece ou tem problemas*” e “*falta de material necessário dificulta o trabalho*”. Os demais descritores têm freqüência de até seis vezes cada um.

É significativo que o “*valor de si mesmo e desvalor no mundo do trabalho*” tenha sido evidenciado como questão importante no processo de trabalho do ambulatório. Trata-se de uma percepção subliminar dos trabalhadores de enfermagem, ficando demonstrado em suas falas, ao se referirem a assuntos pertinentes ao trabalho. Em princípio, a pessoa reforça que se sente valorizada, porém, à medida que vai situando seu trabalho e suas dificuldades, afloram também sentimentos de desconforto, angústia e desvalia, caracterizando como sofrimento moral.

O valor de si mesmo diz respeito ao valor que o trabalho e o trabalhador têm na instituição e na sociedade. Na instituição, por se tratar de um local que

não é o foco de atenção dos administradores e de decisões prioritárias, onde a maioria dos trabalhadores foi designada para trabalhar em consequência de adoecimento ou tempo de serviço avançado. Na sociedade, o hospital sendo uma instituição pública, carrega a imagem pejorativa de serviço público, e em consequência disso, muitas vezes, o usuário ao chegar na instituição sem conhecer o serviço oferecido, já demonstra estar impregnado pelas informações de desqualificação do serviço público.

O sentimento de desvalor, no mundo do trabalho do ambulatório, encontra apoio na tese defendida e confirmada por SIMÕES (2001, p. 186), de que a transferência dos profissionais de enfermagem de outras unidades do hospital para o ambulatório.

[...] significou várias rupturas sociais e simbólicas no seu espaço de trabalho habitual, nas suas funções específicas, na convivência com os colegas, na valorização de seu trabalho na área hospitalar, no seu status decorrente disso e, no aparecimento de sentimentos negativos em relação a si mesmo e aos outros, o que pode refletir na qualidade do cuidado à clientela de forma negativa.

Os sentimentos de desvalor no trabalho foram evidenciados nas falas que se referiam aos diferentes momentos do cotidiano do ambulatório como quando um trabalhador demonstra sentir-se mal em relação às formas de convivência com colegas e outros profissionais, na situação em que cede a sala para outro profissional. Assim relata:

[...] isso é uma coisa que deixa a gente diminuída, só porque a gente é auxiliar deve ceder a sala [...]

(AxE3R50)

Ou quando se referem a sentimentos negativos em relação a suas limitações decorrentes de seu estado de saúde:

[...] o serviço para mim é muito importante, se eu não faço mais é porque não tenho saúde [...].

(AxE7R95)

Este aspecto também se evidencia quando se referem à transferência para o ambulatório, pois é um setor onde as diferenças se aguçam, desde as diferenças em relação a ambiente, a colegas, ao tipo de serviço, as características próprias de ambulatório. Assim diz o trabalhador:

[...] eu estou fazendo de tudo para me adaptar no trabalho [...].

(AxE6R85)

Quando as diferenças do trabalho do ambulatório fazem com que os trabalhadores desse local sejam tratados de forma diferente, essas diferenças se transformam em desigualdade. Desigualdade no acesso a materiais e equipamentos; na melhoria do ambiente físico; na disponibilidade em resolver situações conflitantes; no apoio para implementar projetos; na melhoria da área física; no mobiliário, oferecendo um aspecto mais agradável, tanto para o usuário, quanto para o trabalhador, e assim outras formas de tratamento desiguais poderiam ser relacionadas.

Ao falar em igualdade, LEOPARDI (1999, p. 174), reforça a idéia de que a *“condição fundamental da saúde e da liberdade, só é possível pela consciência das diferenças e não pela ilusão da igualdade”*.

Acreditar na igualdade faz com que se mascare a verdade, ficando numa condição de submissão e aceitação do que está posto. Trazer à consciência fatos da realidade ajuda a transparecer o que fica escondido de nós mesmos.

Acredito, como LEOPARDI (1999, p. 171),

[...] que a consciência é dolorosa, porque nos impõe a necessidade de mudar [...] A consciência de que não será oferecida espontaneamente a mim a oportunidade de mudar a minha vida, me leva a ter que ultrapassar as imposições da norma alienante, para assumir a construção desse novo modo de ser.

O descritor “*visão deturpada do trabalho no ambulatório versus trabalho real*”, evidencia o imaginário das pessoas que trabalham no hospital, pois os trabalhadores antes de virem para o ambulatório também tinham a mesma idéia, ou não faziam idéia do que seria esse trabalho. Alguns dos que hoje trabalham nesse setor solicitaram sua transferência, pensando ser este um local adequado para suas condições de saúde, como demonstra a seguinte fala:

[...] temos que ter muita atenção com o que fazemos, e eu estava perturbada, aí eu conversei com a chefe e pedi para ela que eu precisava ficar num lugar que fosse melhor, que pelo menos pudesse dar uma respirada. Foi feito um pedido com três opções onde eu gostaria de trabalhar.

(AxE1R2)

“O modo de ver” o ambulatório pode alterar o “modo de fazer” da enfermagem, porque reflete na auto-estima do trabalhador, estigmatiza pessoas que trabalham nesse cenário, dificulta o desenvolvimento do serviço, deixa de ampliar a oferta de trabalho na enfermagem.

Os informantes explicitaram não ter tido conhecimento do trabalho do ambulatório antes de atuar nesse local, alguns têm representação do ambulatório como um lugar não tão importante como os outros lugares, enquanto outros demonstram não ter essa percepção. Historicamente, o trabalho com pessoas internadas tem tido maior importância do que com as não internadas.

Este fato deve-se, em parte, às políticas de saúde que têm privilegiado o tratamento individual hospitalar. Segundo CAMPOS; MERHY & NUNES (1992, p. 46), “na atenção individual e curativa há um nítido predomínio do hospital sobre

as demais alternativas de assistência”, e alguns dados referentes a gastos públicos com saúde “evidenciam a centralidade do hospital no sistema de saúde brasileiro”.

Mesmo o ambulatório fazendo parte do hospital, instituição complexa, parece que no imaginário coletivo dos trabalhadores do hospital e da direção, este é um lugar ameno, sendo considerado prêmio trabalhar nesse cenário, o que parece semelhante com o trabalho de saúde pública que, historicamente, foi menosprezado e negligenciado.

Aspectos em que apontam que o *“trabalho de um interfere no trabalho da equipe”*, foram muito evidenciados tanto nos encontros com os trabalhadores como nas entrevistas. Demonstram a importância que o outro representa no trabalho, mesmo que não esteja ligado diretamente. Os informantes referem que a equipe pode ser influenciada pelo comportamento e decisões dos colegas, assim como mencionam situações que podem dificultar o trabalho, como falta de cooperação, mau relacionamento, cansaço e doença do colega.

Para MOSCOVICI (1995, p. 99),

O clima do grupo tem uma relação circular com os componentes do funcionamento e da cultura grupal, influenciando-os e sendo por eles influenciado constantemente [...] o clima do grupo pode variar desde sentimentos de bem-estar e satisfação até mal-estar e insatisfação, passando por gradações de tensão, estresse, entusiasmo, prazer, frustração e depressão.

Naturalmente, nos grupos existem conflitos, porém, quando num local de trabalho são lotadas pessoas que já trazem problemas de saúde e relacionamento, a tendência é aumentar os conflitos e as dificuldades. Isto é o que vem acontecendo no ambulatório há muitos anos, no qual o critério para transferência de trabalhadores, na sua maioria, é o fato da pessoa estar com uma doença que estabeleça limitações no trabalho, ou já estar trabalhando há muitos anos no hospital. Assim refere o informante:

[...] outra coisa que eu tenho dificuldade é com colega de trabalho. Quando tinha outra colega, todo o dia tinha uma coisa, todo o dia estava doente. Trabalhava mas estava todo o tempo dizendo: estou com dor aqui e ali, hoje não dormi direito, hoje estou com parente doente, todos os dias aquelas queixas cansam. Ter de trabalhar com uma pessoa prostrada, que trabalha mas não desenvolve [...] estar trabalhando com uma pessoa que está constantemente preocupada com outros problemas que não é o trabalho, está no mundo da lua, ter que ficar dizendo o que tem que fazer, isto dificulta bastante.

(AxE4R60)

Ao perceberem o trabalho do ambulatório como diferente em relação aos outros setores, os informantes expressam algumas situações que podem tornar o trabalho da enfermagem com pessoas internadas, diferente em relação ao trabalho com pessoas não internadas na instituição. A imprevisibilidade em relação ao número e complexidade da assistência é uma característica do trabalho de enfermagem do ambulatório. O acompanhamento da pessoa não internada também se diferencia da pessoa internada, precisando o profissional fazer um esforço para adequar o tratamento sugerido às necessidades e possibilidades do usuário do ambulatório.

A imprevisibilidade pode gerar sentimentos de insegurança, impotência, pois existem normas básicas para o desenvolvimento do trabalho de enfermagem, embora não sejam rígidas, pois dependem de cada situação do momento, sendo necessário individualizar o cuidado de enfermagem e, ao mesmo tempo, ver o conjunto das ações necessárias.

Diante de tantas diferenças, nem sempre com visibilidade para produzir mudanças, encontra-se o trabalhador de enfermagem. Alguns não percebem as características de um ambulatório, continuando a agir como na unidade de internação, como refere o sujeito participante:

[...] eu acho que não faz diferença porque aqui tem pacientes como nas unidades e tem atividades como nas unidades, eu acho

que não tem diferença. O ambulatório faz parte de um todo do hospital e seria uma unidade diferencial, no caso, porque é ambulatório. Então funciona como uma unidade, não tem diferença para mim de uma unidade.

(EE12R127)

Outros manifestam dificuldade de adaptar-se ao novo trabalho, justamente por apresentar situações desconhecidas e imprevisíveis, como refere um outro trabalhador:

Nos primeiros dias eu me senti perdido porque eu tinha a sensação que eu chegava e já ia direto para um trabalho, mas não, eu tinha que procurar o que fazer, os procedimentos, aí comecei a ter iniciativa de ir ajudando, aos poucos fui vendo como era o trabalho, agora estou mais adaptado. Eu me preocupava com as doenças infecciosas, no sentido de procedimentos, não saber como agir diante de um paciente com doença infecciosa, mas um dia, fui para lá com muito medo de contrair alguma coisa, é claro que ainda não ajudei no sentido de aplicar as medicações, de fazer os controles.

(AxE6R84)

Também houve uma freqüência expressiva em relação ao fato de que “*conhecimento e habilidade devem ser sempre renovados*”, pois os informantes reconhecem a necessidade de continuar aprendendo. Há concordância da maioria com essa idéia, embora alguns não se coloquem em situação de investir em novos aprendizados, por se encontrarem com limitações físicas, idade considerada avançada e tempo próximo para aposentadoria. Assim explicita o trabalhador:

[...] eu gosto de trabalhar, qualquer tipo. Eu gostaria de fazer o técnico, mas com 25 anos eu vou sair, (aposentar) eu tenho pouco tempo, acho que vou investir muito e não vale a pena, custa caro [...].

(AsE5R72)

A mudança para o ambulatório foi considerada por alguns informantes como forma de ampliar conhecimentos e desenvolver novas habilidades, como diz o trabalhador:

[...] a minha vinda para cá me abriu os horizontes porque no setor em que trabalhava é um ambiente mais fechado não tem muito contato com outro tipo de doenças, mesmo lá quando tinha situação diferente, a gente tratava logo de encaminhar porque não era a área, e aqui a gente abrange um campo enorme, atendemos a tudo e a todos.

(AxE4R55)

Em relação ao “*sentido pessoal de utilidade e descarte quando o trabalhador adocece ou tem problemas*”, os sujeitos informantes manifestam a contradição existente entre o valor pessoal e o sentimento de descarte, quando o trabalhador já não tem as mesmas condições para o trabalho. Isto revela a visão de mundo dominante, na qual a pessoa vale enquanto tiver forças para trabalhar. Se este não for o caso, é considerada incapaz para o trabalho, transferida de setor ou, algumas vezes, excluída do quadro dos funcionários ativos.

A transferência de setor, algumas vezes, é solicitada pelo próprio trabalhador, pois ele sente que já não corresponde ao exigido, e também por fazer parte de sua consciência a já preconcebida idéia de que o ambulatório seria lugar menos “*trabalhoso*”. Depois da transferência para o ambulatório, vem o conflito entre a necessidade em desempenhar a sua função e as limitações decorrentes de suas dificuldades. Essas limitações trazem transtornos, tanto para si próprio, para o colega, chefia e a necessidade em cumprir a finalidade do trabalho do ambulatório. Ao valorizar o trabalhador com problemas para que trabalhe conforme sua capacidade, ao mesmo tempo expropria o outro trabalhador, pois as exigências a ele são maiores. Na percepção do informante, sua maior preocupação parece ser com o que o colega vai pensar a respeito. Como evidencia na seguinte fala:

[...] chega o final da tarde meu joelho está assim doendo, mas a gente tem que trabalhar. A única coisa que me incomoda é isso, não quero que as colegas fiquem chateadas comigo, que elas procurem entender porque eu estou mais devagar.

(AxE7R91)

Na sociedade capitalista, trabalho e capital são pólos opostos, pois segundo BRAVERMAN (1987, p. 319),

[...] a classe trabalhadora é a parte animada do capital, a parte que acionará o processo que faz brotar do capital total seu aumento de valor excedente [...] [Esse mesmo autor diz ainda que:] [...] esta classe trabalhadora vive uma existência social e política por si mesma, fora do alcance direto do capital. Protesta e submete-se, rebela-se ou é integrada na sociedade burguesa, percebe-se como uma classe ou perde de vista sua própria existência de acordo com as forças que agem sobre ela e os sentimentos, conjunturas e conflitos da vida social e política [...] É captada, liberada, arremessada pelas diversas partes da maquinaria social e expelida por outras, não de acordo com sua própria vontade, ou atividade própria, mas de acordo com os movimentos do capital.

O trabalhador de saúde também está inserido no modo de produção capitalista, alguns autores têm estudado sobre a questão de “recursos humanos” em saúde. No entanto, para CAMPOS; MERHY & NUNES (1989, p. 47), esses estudos ainda consideram os trabalhadores de saúde insumo passível de ser administrado e planejado como qualquer outro fator de produção.

Na instituição pública, há algumas diferenças nas questões relativas a trabalhadores, visto ter uma legislação própria, o Regime Jurídico Único. Porém, esta legislação é fruto do modelo capitalista que enquadra o sujeito trabalhador na ótica de recurso humano, sendo tratado como uma peça a mais no mundo do trabalho, deixando de lado, muitas vezes, as necessidades do trabalhador como uma pessoa inteira.

O sentimento de descarte pode ser exemplificado no pronunciamento do

trabalhador:

[...] fiquei afastada (em licença) dois anos e mais nove meses aposentada. O regime jurídico diz que dois anos afastada, eles são obrigados a te aposentar [...] Daí eu disse, mas eu não quero me aposentar [...] eles se enganaram na contagem [...] aí eles me ligaram, dizendo, comunicando-me que eu já estava aposentada [...] foi a pior notícia que eu já recebi na minha vida [...] tu já estás aposentada.

(AxE14R135)

O descritor “*falta de material necessário dificulta o trabalho*”, isto se constitui em mais um conflito existente com o sujeito trabalhador e a falta de instrumentos e materiais adequados para o desenvolvimento do trabalho. Assim refere o informante:

[...] o que facilita é chegar para trabalhar e ter todo o material, ter as pessoas que trabalham com a gente e o trabalho anda, desenvolve, isso é uma coisa muito boa, facilita. O que dificulta bastante é não ter material adequado para trabalhar, a gente precisa de alguma coisa o material está sucateado. Aos poucos está se renovando, foi comprado aparelho novo, mas ainda falta material.

(AxE4R58)

A falta de material e espaço físico são apontados como dificuldades no processo de trabalho, trazendo transtorno e conflito diário para quem trabalha. A organização do uso das salas do ambulatório é feita de acordo com as agendas de serviços, que é disponibilizada pelo profissional responsável pelo atendimento. Havendo acúmulo em alguns horários e espaços vagos em outros. Sobre este aspecto, um outro trabalhador refere que:

[...] é raro ter sala, principalmente na plástica, não acho dificuldade em montar outra sala e continuar o trabalho. O que facilita é ter a sala organizada, com material suficiente.

(AxE11R121)

No descritor *“problemas de casa e família não podem ser trazidos no trabalho”*, os participantes revelam ambigüidade, ao dizer que os problemas de casa não podem interferir no trabalho, afirmam não ter influência de sua vida pessoal quando estão trabalhando, e, ao mesmo tempo, referem todas as situações já vivenciadas e que culminaram com suas transferências para o ambulatório.

Segundo CODO; SAMPAIO & HITOMI (1994, p. 193), com o capitalismo, o mundo enfrenta a separação entre o afeto e o trabalho, como se pode perceber na afirmação a seguir.

[...] pela primeira vez a ruptura entre a produção da existência e a reprodução da vida. O mundo do trabalho e o mundo do afeto passam a se desenvolver em dois universos distintos [...] impedindo a subjetivação do indivíduo no trabalho ficando restrito ao lar.

A reprodução desse modelo passou a fazer parte do mundo do trabalho e do cotidiano dos trabalhadores, trazendo conseqüências para suas vidas e sua saúde. Para LEOPARDI (1999, p. 167),

[...] a insuspeita certeza de que algo anda errado conosco, indivíduos que trabalham a terça parte de seus dias, precisa vir junto com a esperança da possibilidade da reconstrução da vida, para a emergência da saúde como projeto humano para uma existência omnilateral [...]

Esta autora diz que *“é fundamental encontrar um novo sentido para o trabalho, nem como centralidade da vida, nem como marginalidade”* e que a visão do ser humano apenas como trabalhador é uma visão unilateral.

Em dois descritores não houve manifestação nas entrevistas com os informantes sendo estes: *“precisa de ajuda e não solicita porque os outros também estão ocupados”* e *“a experiência é descartada em favor do novo”*. Nos

encontros com o grupo de trabalhadores de enfermagem do ambulatório, estes dois assuntos foram discutidos, sendo mencionado a aflição sentida quando o trabalhador se vê diante de situações de difícil resolução ou às vezes quando não tem solução.

Assim, o percurso necessário à desestruturação do modelo produtivo vigente, para em seu lugar desenvolver-se um outro, mais próximo de nossos desejos, requer antes de tudo uma consciência não alienada, ou seja, que não promova uma separação entre momentos da vida dos sujeitos, como se, por ter de lidar com diferentes papéis no organismo social, tivesse que recusar sua integridade.

Além disso, o sistema de saúde, e as instituições que dela fazem parte, não puderam ainda afastar deste mesmo modelo, exigindo dos trabalhadores uma divisão de si, ora para assumir um papel de doente que recebe uma benesse ao ser lotado no ambulatório, ora para representar satisfação e bom humor no trato com os usuários do sistema.

A exigência de respeito ao usuário não corresponde, na mesma medida a um respeito pelo próprio trabalhador, que vai carregando o estigma de ter recebido um favor, quando mais parece um presente de grego.

Contudo, mesmo diante destas contradições apontadas anteriormente, é necessário não perder a fé em nossa própria capacidade de mudar o mundo. Não podemos cair na ilusão ideológica de que as coisas estão dadas e nos cabe apenas vivê-las.

Diante de tantas contradições, ainda não posso saber o que fazer, pois se me configura como algo insuperável, quando visto desta forma. Mas, se conseguirmos manter o diálogo na busca de mais consciência em relação ao nosso trabalho e ao nosso papel como proprietários do legado social de permanente busca de alternativas, iremos atuar sobre nossa realidade, tendo a premissa de que podemos ter, afinal, algum controle sobre ela.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Chegar nessa fase do estudo representa olhar para o que foi pensado, realizado, para o que foi dito, refletido, e tentar algumas iniciativas para convergir dados, momento crucial em que volto para o início, quando o caminho era obscuro, como obscuro é o pensamento acerca do trabalho de enfermagem, nesse cenário em que foi estudado. Busquei, ainda, desvendar o contexto real, nem sempre fácil de ser compreendido, até para quem vive nesse cotidiano, foi um dos objetivos desta dissertação, pois re-conhecer as contradições do processo de trabalho de enfermagem do cenário estudado pode permitir chegar ao âmago desse trabalho.

A princípio, não sabia como encontraria contradições, como buscar algo que geralmente se encontra imerso no cotidiano, muitas vezes negado, subestimado, num mundo onde as aparências são os valores considerados importantes.

Relacionar os conceitos da Teoria Sócio-Humanista com as falas dos trabalhadores verbalizadas nos encontros, e a partir daí estabelecer as categorias de sujeito trabalhador; sujeito e sua relação com a natureza e o sujeito da necessidade, estabelecendo também uma relação com a teoria geral sobre o processo de trabalho, me possibilitou vislumbrar um modo de analisar e interpretar o tema em questão. Não posso dizer que tenha sido fácil todo o processo de entendimento, pois o assunto por si só não é fácil. Porém, a partir do momento em que foi esclarecida a forma que iria trabalhar, estabelecido o quadro de contradições, ficou mais claro, objetivando melhor o estudo.

A ligação do conteúdo do trabalho realizado durante os encontros com os trabalhadores e o conteúdo das entrevistas com esses mesmos trabalhadores, foi efetivada no quadro de contradições, pois os descritores emergiram dos encontros e foram buscados nas falas das entrevistas os conteúdos semelhantes.

Algumas contradições emergiram durante o desenvolvimento do estudo. Na prática reflexiva, à medida que os assuntos foram abordados, apareceram também os conflitos do cotidiano. Na entrevista, os informantes fizeram declarações que, interpretadas, condizem com suas percepções referente às contradições do cotidiano de seu trabalho. Situações que, na maioria das vezes, geram transtornos para o trabalhador com conseqüências para sua saúde. Em algumas ocasiões o trabalhador busca solução internamente na instituição, algumas vezes podem ser encontradas dessa forma, mas que, no geral, são decorrentes de um sistema que não prioriza as questões sociais, como explica um sujeito da pesquisa:

[...] a gente se depara com situações que a gente sabe que o paciente precisa e muitas vezes, não podem ser atendidos. Apesar do número de pessoas que o hospital atende, eu acho que é difícil, principalmente nas primeiras consultas, tem algumas clínicas que é extremamente difícil conseguir chegar até aqui.

(AxE3R47)

Em relação às transferências dos trabalhadores para o ambulatório, a maioria refere ter tido dificuldade de adaptação, e isso pode parecer óbvio pois mudanças geram insegurança, incertezas. No entanto, nesse caso, a situação fica agravada, pois as características diferentes do trabalho de enfermagem são muitas. O fato de o trabalhador encontrar-se no momento da troca de setor em situação de debilidade de saúde, torna ainda mais difícil sua adequação no trabalho. Como esclarece o sujeito informante:

[...] tenho que me adaptar. Eu procuro avaliar a situação para ver se não estou errado, mudou tudo para mim, mudou setor, ambiente, procedimentos, colegas.

(AXE6R83)

As transferências em decorrência de adoecimento podem comprometer o próprio trabalhador que foi transferido, o colega, a equipe e o sujeito usuário. Dependendo da situação o ambiente de trabalho fica envolvido com os problemas da equipe. Para agravar a situação, a assistência à saúde do trabalhador é precária, fazendo com que o mesmo busque auxílio no próprio setor em que trabalha. Esse mecanismo envolve outros profissionais, que também vêem seu trabalho prejudicado, pois necessitam dar atenção e assistência a uma população inesperada. Este fato decorre da falta de um plano de saúde para o trabalhador. Dizem os trabalhadores que:

[...] o mais difícil é quando a gente sente que as pessoas estão (no trabalho), mas não estão. Quando aparecem ao local mas não trabalham (funcionários com problemas de saúde).

(AxE3R41)

[...] às vezes, o funcionário não está bem aí quem paga é o paciente. Eu fico chateada, fico observando. De vez em quando tem alguma situação. Mas eu acho que quem trabalha nessa área tem que ter uma sensibilidade maior, um controle maior sobre as suas reações.

(AsE5R77)

Ao reconhecer que o trabalho de enfermagem do ambulatório tem diferenças, reconhecem também a importância desse trabalho. O que aparece explícito na fala deste trabalhador:

[...] eu agora acho que é um trabalho muito, muito importante, porque as pessoas que dependem do serviço, eles já vem encaminhados porque não são problemas simples, isto também serve como valorização do trabalho, não estamos fazendo só mais um trabalho, é algo diferenciado, um serviço mais especializado.

(AxE3R44)

Assim como identificam a importância do trabalho na vida das pessoas, são envolvidos pela conotação negativa e o peso que a pessoa carrega por não trabalhar. Para o sujeito trabalhador, o não trabalho significa sentimento de desvalia, pois ficam à margem da sociedade, da vida. As falas a seguir reforçam este aspecto:

[...] para quem esteve assim com o peso da palavra aposentadoria e invalidez, a impressão que eu tinha era que eu tinha sido riscada do mapa, que eu não existia mais. Então eu não era uma pessoa, eu não trabalhava, eu olhava na janela e via todo mundo saindo para trabalhar, para estudar e eu ali, sem saber se um dia eu iria poder fazer isso [...].

(AxE14R146)

[...] trabalhar significa viver, significa vida.

(AxE14R147)

Com o trabalho desenvolvido na Prática Reflexiva durante o mestrado, com os trabalhadores, foi possível repensar a qualidade de vida no trabalho, sendo manifestadas algumas sugestões sobre maneiras de resgatar a auto-estima do trabalhador de enfermagem. Assim como refletir sobre os dilemas éticos do cotidiano do trabalho. Trabalhar esses aspectos teve como finalidade estimular as relações intersubjetivas, valorizando o trabalhador.

O trabalho com esse grupo não se conclui nesse momento, apenas chego em uma etapa em que é necessário formalizar o encerramento de um período que virá acompanhado com o início de outro, na “cotidianidade” da vida e do trabalho.

Para KOSIK (1995, p. 80),

[...] a vida de cada dia é divisão do tempo e é ritmo em que se escoia a história individual de cada um. A vida de cada dia tem a sua própria experiência, a própria sabedoria, o próprio horizonte, as próprias previsões, as repetições, mas também as exceções; os dias comuns, mas também os dias feriados [...]. A cotidianidade

é ao mesmo tempo um mundo cujas dimensões e possibilidades são calculadas de modo proporcional às faculdades individuais ou às forças de cada um[...].

A entrevista possibilitou elucidar alguns dados emergidos nos encontros com os trabalhadores, fazendo com que fatos, histórias, sentimentos, emoções pudessem desvelar algumas contradições no processo de trabalho de enfermagem. Estas contradições podem auxiliar no entendimento deste trabalho, tornando visível o que estava subjacente, permitindo desencadear possíveis transformações.

Retornando aos questionamentos realizados na introdução deste trabalho, percebi que o estudo proporcionou reflexões e algumas respostas às indagações:

- -é o ambulatório “*um local de descanso*” para os funcionários?
- -é o ambulatório “*um local para tratamento*” de funcionários?
- -para trabalhar no ambulatório não é necessário ter um preparo especial?

Apesar de ser tratado como um local de descanso e tratamento para funcionários, este não é o caso, pois, a primeira finalidade do trabalho do ambulatório é a que trata das necessidades do sujeito com carência de saúde, ou seja, o sujeito usuário da instituição com variados graus de comprometimento de saúde. Para cumprir essa finalidade há necessidade de força de trabalho, com condições de saúde, formação e capacitação profissional adequadas. CAPELLA & LEOPARDI (1999, p. 152) dizem que:

[...] o que vai determinar as características da força de trabalho de uma determinada profissão é a finalidade colocada para o desenvolvimento do trabalho desses agentes. O tipo de transformação que se deseja imprimir no objeto de trabalho, ou o tipo de transformação que esse peculiar objeto de trabalho deseja ver em si, ou ainda o tipo de transformação que os dois, objeto-

sujeito e força de trabalho, numa atitude conjunta desejam ver, é que vai determinar a qualidade desse trabalho. É a finalidade que estabelece o modo de apreensão desse objeto.

Além de não ser finalidade do ambulatório o tratamento e repouso do trabalhador já cansado e doente, se fosse, não estaria cumprindo com a função, pois as exigências ao trabalhador não são menores que em outros locais do hospital. E quanto ao tratamento, já vimos que há carência de programas voltados ao cuidado com a saúde do trabalhador.

Sobre a terceira indagação, penso ser importante um preparo adequado do trabalhador de enfermagem para atuar nesse local.

Penso que algumas sugestões são passíveis de serem implementadas para dar início às transformações, que poderão auxiliar na visibilidade, respeito e valorização do processo de trabalho do ambulatório:

- Que o ambulatório passe a ser visto com suas peculiaridades, características e necessidades. Para isso é necessário que seja desencadeado um processo de reflexão sobre o trabalho do hospital como um todo e em suas partes. Podendo ser realizado por meio da educação continuada.
- Que essas reflexões possam proporcionar mudanças na forma de tratamento das questões do ambulatório pelas coordenações e direção de enfermagem.
- -Que os critérios para lotação de funcionários no ambulatório deixem de ser os relativos ao adocimento e tempo de serviço do trabalhador.
- -Que sejam elaborados critérios de remanejamento de funcionários no HUSM.
- -Que alguns critérios para a lotação do enfermeiro no ambulatório possam ser a afinidade com o tipo de trabalho, o conhecimento na área, a elaboração de projetos ou o desenvolvimento de alguns já existentes

em conjunto com os enfermeiros que atuam no setor.

- -Que antes da transferência do trabalhador possa existir um conhecimento entre trabalhador, equipe e ambiente de trabalho.

Desejo, finalmente, que este trabalho, com estas sugestões, seja apenas o início de um processo de reflexão e discussão sobre o trabalho de Enfermagem no ambulatório, contribuindo para que esses trabalhadores possam desenvolver um processo mais prazeroso e, portanto, com mais qualidade para si e para os sujeitos da sua ação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BECK, Carmem Lúcia Colomé. *O sofrimento do trabalhador: da banalização à resignificação ética na organização da enfermagem*. Florianópolis : UFSC, 2001.
- BRASIL. Ministério da Educação – Conselho Nacional de Educação. *Diretrizes Curriculares dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição*. Parecer n. CNE/CES 1.133/2001.
- BRAVERMAN, Harry. *Trabalho e capital monopolista: a degradação do trabalho no século XX*. 3. ed. Rio de Janeiro : LTC, 1987.
- CAMPOS, Gestão Wagner de Souza. *Reforma da Reforma: repensando a saúde*. São Paulo : Hucitec, 1992.
- CAMPOS, Gestão Wagner de Souza; MERHY, Emerson Elias & NUNES, Everardo Duarte. *Planejamento sem normas*. São Paulo : Hucitec, 1989.
- CAPELLA, Beatriz Beduschi & LEOPARDI, Maria Tereza. Teoria sócio-humanista. *In: LEOPARDI, Maria Tereza. Teorias em enfermagem: instrumentos para a prática*. Florianópolis : Papa-livro, pp. 187-192, 1999.
- CARRARO, Telma Elisa. Ser humano. *In: LEOPARDI, Maria Tereza. Teorias em enfermagem: instrumentos para a prática*. Florianópolis : Papa-livro, pp. 187-192, 1999.
- CODO, Wanderley; SAMPAIO, José Jackson & HITOMI, Alberto Harvyoshi. *Indivíduo, trabalho e sofrimento: uma abordagem interdisciplinar*. 2. ed. Rio de Janeiro : Vozes, 1994.
- CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO RIO GRANDE DO SUL. COREn-RS. *Legislação*. Porto Alegre, 2000.

DEJOURS, Christophe. *A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho*. São Paulo : Cortez, 1988.

De MASI, Domenico. *O futuro do trabalho: fadiga e ócio na sociedade pós-industrial*. 4. ed. Rio de Janeiro : José Olympio, 2000.

DUARTE JÚNIOR, João Francisco. *A política da loucura (A antipsiquiatria)*. 3. ed. São Paulo : Papyrus, 1987.

FREIRE, *Conscientização: teoria e prática da libertação – uma introdução ao pensamento de Paulo Freire*. 3. ed. São Paulo : Moraes, 1980.

_____. *Educação como prática da liberdade*. Rio de Janeiro : Paz e Terra, 1983.

_____. *Educação e mudança*. 9. ed. São Paulo : Paz e Terra, 1985.

GELAIN, Ivo. *Deontologia e enfermagem*. São Paulo : EPU, 1998.

GERMANO, Raimunda Medeiros. *Educação e ideologia da enfermagem no Brasil*. 2. ed. São Paulo : Cortez, 1985.

GONZALES, Rosa Maria Bracini. A autopercepção – um trajeto vivenciado por enfermeiras. *In: GONZALES, Rosa Maria Bracini; BECK, Carmem Lúcia Colomé & DENARDIN, Maria de Lourdes. Cenários de cuidado: aplicação de teorias de enfermagem*. Santa Maria : Palotti, pp. 13-60, 1999.

I CHING. *In: CAPRA, Fritjof. O ponto de mutação*. São Paulo : Cultrix, 1982.

JALOWITZKI, Marise. *Manual comentado de jogos e técnicas vivenciais*. Porto Alegre : Sulina, 1998.

JAPIASSU, Hilton & MARCONDES, Danilo. *Dicionário básico de filosofia*. 3. ed. Rio de Janeiro : Zahar, 1996.

KRAPIVINE, V. *Que é o materialismo dialético?* São Paulo : Progresso, 1986.

KOSIK, Karel. *Dialética do concreto*. 6. ed. São Paulo : Paz e Terra, 1995.

LELOUP, Jean-Yves. *Caminhos da realização: dos medos do eu ao mergulho no ser*. Petrópolis : Vozes, 2001.

LEOPARDI, Maria Tereza. *Para além do trabalho alienado: a utopia do ser*

saudável. *Revista Texto e Contexto Enfermagem*. Florianópolis, v. 1, n. 2, pp. 70-75, jul./dez. 1992.

_____. *Processo de trabalho em saúde: organização e subjetividade*. Florianópolis : Papa-livros, 1999.

_____. A finalidade do trabalho da enfermagem: a ética como fundamento decisório. *Revista Texto e Contexto Enfermagem*. Florianópolis, v. 4, n. 2, pp. 23-29, jul./dez. 1995.

LEOPARDI, Maria Tereza; CASTELLANOS, Brigitta & ALMEIDA, Maria Cecília Puntel, Os desafios da enfermagem para os anos 90. *In: 41º CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM*, set. 1989, Florianópolis. *Anais*. ABEn – Seção Santa Catarina, pp. 147-169, 1989.

MARX, Karl. *O Capital: crítica da economia política – Livro 1 – O Processo de Produção do Capital*. 19. ed., v. 1. Rio de Janeiro : Civilização Brasileira, 2002.

MELO, Cristina. *Divisão social do trabalho e enfermagem*. São Paulo : Cortez, 1986.

MOSCOVICI, Felá. *Desenvolvimento interpessoal: treinamento em grupo*. Rio de Janeiro : José Olympio, 1995.

MOSCOVICI, Serge. *A reprodução social da psicanálise*. Rio de Janeiro : Zahar, 1978.

NITSCHKE, Rosane Gonçalves. *Mundo imaginal de ser família saudável: a descoberta dos laços de afeto como caminho numa viagem no cotidiano em tempos pós-modernos*. Pelotas : Universitária/UFPel, 1999.

PIRES, Denise. *Hegemonia médica na saúde e a enfermagem*. São Paulo : Cortez, 1989.

PROCHNOW, Adelina Giaconelli & CHAGAS, Dolores Reginato. *Redimensionamento do quadro de pessoal de enfermagem do Hospital Universitário de Santa Maria – RS*. Santa Maria, 1999. [Texto mimeografado].

RAMOS, Flávia Regina Souza. O processo de trabalho de educação em saúde. *In: RAMOS, Flávia Regina Souza; VERDI, Marta Machado & KLEBA, Maria*

Elisabeth. *Para pensar o cotidiano: educação em saúde e a práxis da enfermagem*. Florianópolis : UFSC, pp. 16-63, 1999.

RAMOS, Flávia Regina Souza & MARTINS, Cleusa Rios. Ética e cotidiano: uma motivação para o debate em saúde. *Revista Texto e Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 4, n. 2, pp. 60-72, jul./dez. 1995.

RELATÓRIO DE ESTATÍSTICA HUSM. Jan./dez., 2001. Santa Maria : UFSM, 2001.

RELATÓRIO DO PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DA ACREDITAÇÃO HOSPITALAR NO HUSM. Santa Maria – RS, 2001.

REVISTA DO HUSM. Santa Maria : HUSM, Janeiro, 2002.

SAUPE, Rosita. Ação e reflexão na formação o enfermeiro através dos tempos. *In: SAUPE, Rosita (Org.). Educação em enfermagem: da realidade construída à possibilidade em construção*. Florianópolis : UFSC, pp. 28-73, 1998.

SIMÕES, Ângela Maria de Castro. *Estudo das representações sociais dos profissionais de enfermagem sobre sua exclusão por adoecimento: “pra não dizer que não falei de flores”*. Rio de Janeiro, 2001 (Tese de Doutorado). Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2001.

VÁZQUES, Adolfo Sánchez. *Filosofia da práxis*. Rio de Janeiro ; Paz e Terra, 1968.

_____. *Ética*. Rio de Janeiro ; Civilização Brasileira, 1996.

ANEXOS

ANEXO A

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DO PARTICIPANTE

Pelo presente documento declaro que fui informado (a) dos objetivos, justificativas e metodologia referente ao projeto **Reflexões no Ambiente de Trabalho – uma oportunidade para valorizar o trabalhador de Enfermagem**, apresentado à disciplina de Prática Assistencial em Enfermagem, do Curso de Mestrado em Assistência de Enfermagem.

Também fui informado (a) quanto:

- a garantia de obter esclarecimentos sobre dúvidas referentes ao estudo;
- a liberdade de participar do processo ou declinar dele a qualquer momento;
- a garantia do anonimato e da manutenção do caráter confidencial das informações relacionadas à privacidade individual e coletiva do grupo;
- ao registro dos diálogos, através de gravações em fita e anotações, para posterior utilização acadêmica;
- a realização de fotografias durante os encontros;
- a realização de entrevistas individuais;
- ao acesso aos resultados do estudo em todas as etapas.

Responsável: Janete Maria Denardin

Orientadora: Maria Tereza Leopardi

Co-orientadora: Carmem Lucia Colomé Beck.

Nome do participante: _____

Data: _____ Local: _____

Assinatura do participante

Assinatura do Responsável

ANEXO B

AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
MODALIDADE INTERINSTITUCIONAL UFSC/UFSM**

Santa Maria, outubro de 2001

Ilma.

M.D.Diretora de Enfermagem do HUSM

Como aluna do Curso de Mestrado em Assistência de Enfermagem da UFSC, cursando a disciplina de Prática Assistencial de Enfermagem, venho, por meio deste, solicitar a sua autorização para desenvolver meu projeto de Prática Assistencial, junto à equipe de enfermagem do Ambulatório Ala I, tendo como objetivo propor e aplicar uma metodologia de assistência de enfermagem, sustentada na Teoria Sócio-Humanista, oportunizando a equipe momentos de reflexão sobre sua prática profissional e sua inserção no cotidiano, na tentativa de estimular e valorizar o trabalhador de enfermagem.

Este projeto deverá ser implementado nos meses de maio e junho, sob orientação da Prof^a Dr^a Maria Tereza Leopardi e Co-Orientação da Prof^a Dr^a Carmem Lucia Colomé Beck e se constituirá de encontros com os trabalhadores de enfermagem deste setor, sendo previsto inicialmente cinco encontros com duração em torno de 60 minutos cada um.

Comprometo-me a garantir o sigilo profissional quanto à privacidade e anonimato dos sujeitos envolvidos.

Assumo o compromisso ético de repassar-lhe os resultados desse estudo, assim que concluído.

Na certeza de contar com sua aprovação e apoio, subscrevo-me.

Atenciosamente,

Janete Maria Denardin

ANEXO C

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DO PARTICIPANTE

Pelo presente documento declaro que fui informado (a) de forma clara sobre a justificativa e os objetivos referentes ao projeto “**Contradições no Processo de trabalho de Enfermagem – Um Estudo No Ambulatório**”, apresentado à banca examinadora como requisito à qualificação ao curso de Mestrado em Assistência de Enfermagem na modalidade interinstitucional – UFSC/UFSM. Que o objetivo geral deste estudo é *“Identificar as contradições, percebidas ou não pelos trabalhadores, no processo de trabalho de enfermagem do ambulatório de um hospital público, com base na Teoria Sócio Humanista”*.

Também fui informado (a) quanto:

- a garantia de obter esclarecimentos sobre dúvidas referentes ao estudo;
- a liberdade de participar do processo ou declinar dele a qualquer momento, tendo assegurado essa liberdade sem quaisquer represálias atuais ou futuras, sem nenhum tipo de penalização ou prejuízo;
- a garantia do anonimato e da manutenção do caráter confidencial das informações relacionadas com a minha privacidade, a proteção da minha imagem e a não estigmatização;
- a garantia que as informações não serão utilizadas em meu prejuízo;
- a liberdade de acesso aos dados do estudo em qualquer etapa deste;
- a segurança do acesso aos resultados do estudo;
- a realização de entrevista individual;
- ao uso de gravador para registrar as falas.

Nestes termos e considerando-me livre e esclarecido (a), consinto em participar do estudo proposto, resguardando à autora do projeto a propriedade intelectual das informações geradas e expressando a concordância com a divulgação pública dos resultados.

A enfermeira responsável por este projeto é Janete Maria Denardin, que está sendo desenvolvido sob orientação da Profª Drª Maria Tereza Leopardi e co-orientação da Profª Drª Carmem Lucia Colomé Beck. Tendo este documento sido revisado e aprovado pela Direção de Enfermagem do Hospital Universitário de Santa Maria.

Data:----/----/2001

Nome do participante:-----Assinatura-----

Assinatura da responsável:-----

OBS: O presente documento, em conformidade com a resolução 196/96 do conselho Nacional de Saúde, será assinado em duas vias de igual teor, ficando uma via em poder do participante e a outra com a autora do projeto.

ANEXO D

AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
MODALIDADE INTERINSTITUCIONAL UFSC/UFMS**

Santa Maria, outubro de 2001

Ilma. Sr^a
M.D.Diretora de Enfermagem do HUSM

Como aluna do Curso de Mestrado de Enfermagem, venho por meio deste, solicitar sua autorização para desenvolver meu projeto de Dissertação de Mestrado, intitulado "*Contradições no Processo de Trabalho de Enfermagem – Um Estudo No Ambulatório*", que será complementar ao trabalho desenvolvido na Prática Assistencial. Tem como objetivo "*Identificar as contradições, percebidas ou não pelos trabalhadores, no processo de trabalho de enfermagem do ambulatório de um hospital público, com base na Teoria Sócio Humanista*". Sob orientação da Prof^a Dr^a Maria Tereza Leopardi e co-orientação da Prof^a Dr^a Carmem Lucia Colomé Beck.

Esta fase do projeto se compõe de entrevista individual com os trabalhadores de enfermagem do Ambulatório Ala I

Comprometo-me a garantir o sigilo profissional quanto à privacidade e anonimato dos sujeitos envolvidos.

Assumo o compromisso ético de repassar-lhe os resultados deste estudo, assim que concluído e esclareço que a primeira fase, a Prática Assistencial, encontra-se relatada neste projeto.

Na certeza de contar com sua aprovação e apoio, subscrevo-me.

Atenciosamente,

Janete Maria Denardin

Assinatura da Diretora-----
Data -----/-----/2001

ANEXO E

Texto 1, utilizado nas atividades de grupo: MUDANÇA

Ao término de um período de decadência, sobrevém o ponto de mutação. A luz poderosa que fora banida, ressurgue. Há movimento, mas este não é gerado pela força. O movimento é natural. Surge espontaneamente. Por essa razão, a transformação do antigo torna-se fácil. O velho é descartável e o novo é introduzido. Ambas as medidas se harmonizam com o tempo, não resultando daí nenhum dano. I Ching

Há três mil anos os antigos chineses compreenderam que cada aspecto da vida encontra-se num constante estado de transformação. A cada momento, certos aspectos da vida estão declinando, e outros surgindo. É dessa forma que progredimos, deixando para trás qualidades que não nos servem mais e adquirindo novas percepções a respeito daquilo em que estamos nos tornando.

Por essa razão é importante sermos flexíveis, aceitando a mudança como condição natural do mundo. Estar atento aos nossos sentimentos e pensamentos sobre a vida de maneira geral, nos coloca em atitude aberta a transformações internas e externa, facilitando na compreensão deste processo natural. O fato de sabermos que não estamos sozinhos no mundo, que somos parte de um sistema complexo e dinâmico, envolvidos numa permanente troca, influenciando continuamente uns sobre os outros, nos possibilita acreditar que é possível intervir na realidade.

Para isso ser possível é necessário que tenhamos claro o que seja esta realidade, e o que deveria ser mudado, pois conforme o que diz Paulo Freire (1980, p.40), *“O homem não pode participar ativamente na história, na sociedade, na transformação da realidade, se não é auxiliado a tomar consciência da realidade e de sua própria capacidade para transformá-la”*.

ANEXO F

Texto 2, utilizado nas atividades de grupo: AS TRÊS PENEIRAS

Um rapaz procurou o filósofo e lhe disse que precisava contar-lhe algo. O mestre levantou os olhos do livro que lia e perguntou: “*O que você vai me contar já passou pelas três peneiras?*”

TRÊS PENEIRAS?

Sim, a primeira é a VERDADE, o que você quer me contar dos outros é um fato? Caso tenha ouvido contar, a coisa deve morrer aí. Suponhamos então que seja verdade, deve então passar pela segunda peneira, a BONDADE. O que você vai me contar é uma coisa boa? Ajuda construir ou destruir o caminho, a fama do próximo?

Se o que você for contar é verdade e é uma coisa boa, deve passar pela terceira peneira, a NECESSIDADE. Convém contar? Resolve alguma coisa? Ajuda a comunidade? Pode melhorar o planeta?

E o filósofo arremata:

“Se passar pelas três peneiras, conte! Tanto eu, você e seu irmão nos beneficiaremos, caso contrário, esqueça e enterre tudo, será uma fofoca a menos para envenenar o ambiente e levar discórdia entre irmãos, colegas e o planeta. Devemos ser sempre a estação terminal de qualquer comentário infeliz”.

Autor não identificado

ANEXO G

Texto 3, utilizado nas atividades de grupo: O MEDO DA DIFERENÇA

“...Estamos, sem cessar, à procura de alguém, de um ensinamento ou de uma instituição que nos digam o que é bom e o que é mau. E que nos isente do nosso exercício de liberdade. Um mestre verdadeiro não nos isenta de nossa liberdade. Ele nos dá elementos de reflexão, um certo número de exercícios e de práticas a viver, a fim de que nos tornemos livres por nós mesmos. Sua palavra não substitui a nossa palavra, mas sua palavra nutre nossa própria palavra. Seu desejo não substitui o nosso desejo. Nós não somos suas marionetes, seus soldadinhos ou discípulos fanáticos dos seus ensinamentos, mas nos tornamos pessoas livres, nutridas pelas luzes e pela riqueza que ele pode nos comunicar[...]

Um grupo são, saudável, é capaz de conter pessoas muito diferentes, que pensam diferente e que se enriquecem com suas diferenças. Porque se todos pensam a mesma coisa, se entrarmos todos na mesma concha, nós não pensaremos mais. E a nossa relação não é mais uma relação de aliança de uns para com os outros [...] É como a água que, caindo num campo, gerasse flores de uma única cor.

O que é interessante notar é que, quando um ensinamento pode florir sob diferentes formas, ele encontra aplicações em ambientes e mundos diferentes. É o sinal de que estamos num espaço que colabora para a nossa evolução em vez de nos destruir, em lugar de nos bloquear...” (LELOUP, 2001, pp. 51-2).