

O TRABALHO DE ENFERMAGEM NA PRODUÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE NO MODELO CLÍNICO*

The nursing work in the production of health care in the clinical model

Maria Alice Dias da Silva Lima¹

Maria Cecília Puntel de Almeida²

RESUMO

O objeto desta pesquisa é a organização tecnológica e social do trabalho em saúde no hospital, privilegiando o espaço da prática de enfermagem na produção de cuidados. Tem-se como objetivo analisar o processo de trabalho em um hospital universitário, procurando apreender a configuração das práticas, dos saberes, das relações sociais e das tecnologias que são operadas pelos agentes para intervenção sobre o corpo doente. Utilizou-se uma abordagem dialética, procedendo-se à coleta dos dados empíricos através de observação direta do processo de trabalho em uma unidade de internação de clínica médica e de entrevistas semi-estruturadas com os profissionais. Constatou-se que a produção de cuidados desenvolve-se a partir de um trabalho coletivo, que se estrutura através do parcelamento e da fragmentação das ações dos diferentes agentes, para obter como produto final o diagnóstico e terapêutica. Todos os agentes se articulam em torno do ato médico, que tem posição central na produção de cuidados. Aponta-se a importância da ampliação do modelo clínico, contemplando a dimensão social e subjetiva do processo saúde/doença, em um projeto terapêutico compartilhado pelos diferentes profissionais da equipe de saúde. Propõe-se a transformação do processo de trabalho associada à construção de novos modelos de gestão das instituições de saúde.

UNITERMOS: *trabalho de enfermagem; processo de trabalho no modelo clínico*

* Artigo elaborado a partir da tese de mesmo título, apresentada ao Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem da Universidade de São Paulo.

1 Enfermeira. Professora Adjunta do Departamento de Assistência e Orientação Profissional da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

2 Enfermeira. Professora Titular do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

1 INTRODUÇÃO

A motivação para a realização deste estudo originou-se de questionamentos sobre conflitos e indefinições acerca do trabalho de enfermagem, que foram conformando-se juntamente com nossas experiências profissionais e pelas reflexões propiciadas a partir dos estudos existentes sobre a temática.

No cotidiano do trabalho de enfermagem no hospital identifica-se que, em diversas situações, existem dificuldades nas relações de trabalho, tanto dentro da equipe de enfermagem como dessa com outras equipes profissionais, denotando conflitos e disputas que envolvem questões de autonomia e poder dos agentes. As enfermeiras, com frequência, relatam problemas advindos da pouca autonomia que têm no desempenho do trabalho e na tomada de decisões, atribuindo-os à indefinição de papéis da enfermeira e à submissão ao médico, pelo poder hegemônico que esse detém na equipe de saúde.

Na produção científica brasileira sobre a prática de enfermagem hospitalar, a indefinição do papel da enfermeira foi abordada por Ferreira-Santos (1968), Oliveira (1972), Trevizan (1978, 1986), em estudos que, na sua maioria, enfocaram o comportamento das enfermeiras no desempenho de suas funções no contexto de organizações hospitalares, voltando-se para a análise interna do exercício profissional nas instituições, sem o pressuposto de que, na saúde, o trabalho se organiza de forma coletiva.

Em função da problemática assinalada, definiu-se, como objeto de investigação, a organização tecnológica e social do trabalho em saúde no hospital, privilegiando o espaço do trabalho de enfermagem na produção de cuidados de saúde. Analisando a organização tecnológica do trabalho no hospital e as relações sociais que ali ocorrem, é possível compreender por que o trabalho de enfermagem tem determinadas características em função da articulação com os outros trabalhos e qual o espaço social que a enfermagem ocupa na produção de cuidados de saúde. Esse posicionamento fundamenta-se em autores (Almeida, 1984; 1988; 1991; Almeida et al., 1989; Ribas Gomes, 1991; Castellanos et al., 1989), que utilizam uma visão dialética e consideram que a enfermagem não é uma prática que se auto-determina e que se vai reproduzindo isoladamente, enfocando-a na sua articulação com os outros agentes, como parte do processo de trabalho em saúde.

No modelo clínico de atenção à saúde, o médico está em posição nuclear, pelo saber que detém para elaborar o diagnóstico e conduzir a terapêutica das doenças, conforme apontado por Carapinheiro (1993) e Lima (1996). Portanto, algumas limitações que as enfermeiras têm no seu cotidiano podem ser ocasionadas devido à dependência ao trabalho médico e ao lugar social que a enfermeira ocupa nessa relação. A enfermeira

estabelece uma relação de dominação sobre os auxiliares, pela divisão técnica e social do trabalho, com poderes que a diferenciam dos subordinados, porém ela também está numa posição de submissão ao poder médico. Mesmo nessa situação de subalternidade, a enfermeira, ao realizar o seu trabalho, tem um papel coordenador das atividades dos demais trabalhadores da equipe de saúde, envolvidos no cuidado ao paciente. Ela articula, supervisiona e controla ações que são desenvolvidas parceladamente pelos trabalhadores da saúde, tanto referentes ao pessoal de enfermagem como aos procedimentos voltados para o diagnóstico e tratamento. É a enfermeira que faz a interligação do trabalho médico ao trabalho de enfermagem, assim como estabelece a articulação da enfermagem com os demais trabalhos que conformam o processo de trabalho no hospital.

Embora exista um parcelamento do trabalho em atividades fragmentadas, ocorre uma interdependência, de modo que cada um complementa o trabalho do outro. Essa interdependência diz respeito tanto às diversas categorias profissionais quanto a uma mesma categoria, percebendo-se que, no seu trabalho, o médico necessita de outras especialidades da medicina, assim como do trabalho da enfermagem, da nutrição, da fisioterapia, da farmácia, dos serviços de apoio. Devido a isso, um trabalho não se realiza sem o outro e todos os profissionais atuam de forma complementar, mas nem sempre harmoniosa, com saberes específicos constituindo um trabalho coletivo para a produção de cuidados ao doente no hospital. Na nossa concepção, esses trabalhos têm uma autonomia relativa, mas seus espaços, que não são predeterminados só pelo conhecimento técnico-científico, são ampliados ou reduzidos em decorrência de como os saberes, outros instrumentos e as práticas são explicitados enquanto poderes.

Partindo-se das relações que os agentes de enfermagem estabelecem com os outros profissionais, com o objeto e com os instrumentos no processo de trabalho, procura-se responder às seguintes indagações: como os diferentes trabalhos no hospital se articulam e se complementam para a recuperação da saúde? como se dá a divisão técnica e social do trabalho entre os diferentes agentes? como se configura a estrutura de cuidados e de cura das diversas práticas? qual o espaço de autonomia e intersubjetividade das diversas práticas? como são atendidas as necessidades do paciente nessa estrutura de produção de cuidados de saúde?

Para tanto, tem-se como objetivo geral: analisar a organização tecnológica e social do processo de trabalho em saúde em um hospital universitário, procurando apreender, na estrutura de produção de cuidados, a configuração das práticas, dos saberes e tecnologias operados pelos agentes para manipular o objeto de trabalho, privilegiando a compreensão do trabalho de enfermagem nesse espaço.

2 REFERENCIAL TEÓRICO E PRESSUPOSTOS DA PESQUISA

O conceito de organização tecnológica do trabalho em saúde no hospital está fundamentado na teoria do trabalho em saúde (Gonçalves, 1979, 1992, 1994), que considera a tecnologia como um conjunto de saberes e instrumentos, expressando, nos processos de produção de serviços, a rede de relações sociais, internas e externas, em que seus agentes articulam sua prática a uma totalidade social. Compreende-se as práticas de saúde como parte de um processo de trabalho coletivo, realizado por diversos agentes, com atividades interdependentes e complementares. São práticas históricas e sociais, portanto com uma autonomia relativa, por atenderem a finalidades que são colocadas socialmente. Estão articuladas a outras práticas da sociedade e são fruto das relações entre os diferentes atores sociais na intervenção sobre o processo saúde/doença, em determinados contextos sociais.

Utiliza-se, também, a concepção sobre a micropolítica do trabalho vivo em ato na saúde (Merhy, 1997), que toma por base a corrente marxista para compreensão do trabalho humano e se vale de algumas contribuições de Gonçalves (1979, 1992, 1994). Entretanto, julga que, na produção marxista, não há elementos suficientes para tratar de aspectos referentes ao sujeito em ação no processo de trabalho e, por esse motivo, incorpora outros referenciais teóricos para discutir o fazer cotidiano e o espaço de autonomia dos trabalhadores, valorizando-os como sujeitos em ação, capazes de realizarem transformações pelo exercício de seu autogoverno.

Para encaminhar a compreensão do objeto de investigação e direcionar o confronto com a realidade empírica foram delineados os seguintes pressupostos, fundamentados nesses referenciais teóricos:

1. O processo de trabalho no hospital está organizado segundo a lógica do modelo clínico e tem como finalidade o diagnóstico e a terapêutica. Como nesse modelo, o objeto é o corpo doente, o médico tem posição central, por ser responsável pelo diagnóstico e terapêutica, que constitui o lado mais intelectual do processo de trabalho, o que determina relações sociais de dominação e subordinação entre profissões. Assim, o médico estabelece relações de poder com os outros agentes, no processo de trabalho, pelo saber que detém para se apropriar do objeto e conduzir a produção de cuidados de saúde.

2. A estrutura de produção de cuidados de saúde está orientada para o atendimento individual curativo, com um grande número de profissionais atuando de forma parcelar, constituindo um trabalho interdependente e complementar, no qual os agentes operam com saberes e tecnologias específicos, enquanto meios de trabalho para manipulação do corpo doente, objetivando sua recuperação.

3. As instituições hospitalares são construções humanas que

determinam, de certa forma, o trabalho dos agentes, mas esses exercem um certo autogoverno na realização do trabalho vivo em ato. Apesar da dependência às ordens médicas e da posição nuclear que o médico ocupa no processo de trabalho em saúde, todos os trabalhadores têm uma autonomia relativa que permite a construção de espaços sociais de saberes/poderes nos quais existem limitações, mas também muitas possibilidades de subjetividades.

3 METODOLOGIA

A pesquisa é de natureza qualitativa, utilizando-se a abordagem dialética (Minayo, 1994). Procurou-se apreender as contradições e dinâmicas das práticas de saúde, buscando suas características em uma singularidade dessa prática, considerando-a como momentos de uma totalidade mais ampla, entendendo-se que essas singularidades contêm o conjunto das determinações da totalidade.

Caracteriza-se como um estudo de caso, que é um tipo de pesquisa que analisa profundamente uma unidade dentro de um sistema mais amplo. O caso se constitui como uma representação singular da realidade, que é multidimensional e historicamente situada (Lüdke e André, 1986).

A coleta de dados foi realizada no período de setembro de 1996 a fevereiro de 1997, utilizando-se as técnicas de observação participante e entrevista semi-estruturada. As observações foram registradas em um diário de campo; as entrevistas foram realizadas com utilização de gravador e, posteriormente, foram transcritas. Para delimitar a suficiência dos dados e encerrar a coleta de dados foi utilizado o critério de saturação (Polit e Hungler, 1995).

Para constituir a amostra procurou-se abranger vários ângulos do processo de trabalho na unidade de internação, que levassem à caracterização do modelo clínico de organização tecnológica da forma mais completa. Selecionou-se uma unidade de clínica médica de um hospital universitário do interior de São Paulo por considerar-se que, nesse espaço, há um fluxo contínuo de trabalho e se concentram atividades do hospital para o cuidado e o tratamento dos doentes, requerendo práticas e saberes de várias categorias profissionais.

Os agentes foram selecionados para observação conforme a categoria profissional, buscando abarcar os diversos trabalhos desenvolvidos na unidade de internação. Além da categoria profissional, foram selecionadas as atividades consideradas relevantes para captar as relações entre os sujeitos e a forma de organização do trabalho, bem como alguns espaços nos quais essas relações ocorrem de forma mais significativa.

Para a realização das entrevistas, buscou-se incluir os agentes envolvidos na estrutura de produção de cuidados de saúde na unidade de

internação, a partir dos dados obtidos pela observação participante. Foram entrevistados enfermeiras, auxiliares de enfermagem, técnicos de enfermagem, atendentes de enfermagem, escriturárias, médicos docentes, médicos contratados, médicos residentes, fisioterapeuta, nutricionista, totalizando vinte e uma entrevistas.

A análise dos dados foi realizada utilizando-se, como passos operacionais, a ordenação dos dados, a classificação dos dados e a análise final (Minayo, 1994). A ordenação dos dados constituiu-se no mapeamento do material produzido, englobando tanto as observações registradas no diário de campo como as entrevistas realizadas com os agentes. Os dados das observações e das entrevistas foram analisados num movimento concomitante e complementar. Procedeu-se à classificação dos dados, através de leitura flutuante, buscando identificar idéias centrais e estruturas de relevância, que indicaram a base de confronto do material empírico com as teorias existentes sobre o assunto. Essa classificação permitiu visualizar as partes que compõem o processo de produção de cuidados, mas para realizar a interpretação e a análise final foi necessário recompor o todo, analisando essas relações no seu conjunto, no contexto em que elas ocorrem. Assim, a lógica utilizada para a discussão e a interpretação dos dados empíricos utilizou, como fio condutor, o ato operatório da produção de cuidados, levando-se em consideração que as relações sociais existem no momento da produção de cuidados, ou seja, no ato operatório, em torno do paciente, desenvolve-se todo o cuidado e ocorrem todas as relações.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 O espaço físico e social da produção de cuidados

Na organização tecnológica e social do trabalho em saúde, o espaço físico da unidade de internação é um dos instrumentos que compõem as condições materiais necessárias à realização do processo de trabalho. Não é somente onde estão alocadas as coisas e as pessoas, mas expressa, também, como se dão as relações sociais entre os diversos profissionais e entre esses e o paciente.

A distribuição das atividades e a configuração do espaço físico têm uma simbologia que mostra a forma de organização social em torno da qual se estrutura a produção de cuidados e que demarca os graus de privacidade de acordo com os graus de poder das pessoas que ocupam os locais e daquelas que a eles têm acesso. A importância técnica e social atribuída aos diferentes locais e o significado da configuração espacial podem ser reconhecidos no que diz respeito aos espaços utilizados pelas categorias profissionais.

Assim, os médicos ocupam um espaço que é adequado ao de-

envolvimento do trabalho intelectual; possuem um local reservado e privativo para estudo e discussão, com mesas, cadeiras e livros; fazem evolução e prescrição diárias nesse local, mas também usam o balcão existente no corredor e no posto de enfermagem. O pessoal de enfermagem raramente entra nessa sala e mesmo a enfermeira evita chamar um dos médicos quando estão ali reunidos, parecendo que não podem ser interrompidos. Por outro lado, o posto de enfermagem é um local que se destina ao preparo de medicações e materiais necessários para a realização de procedimentos. Essa divisão de espaços físicos, que também são sociais, com características diferentes entre os locais de trabalho, traduz a supremacia do grupo social dominante. Pode ser atribuída uma maior privacidade conforme os diferentes graus de poder atribuídos a seus ocupantes e ao trabalho que desenvolvem, coincidindo com as análises de Carapinheiro (1993) e Lopes (1994) sobre a simbologia de poder inscrita na desigualdade do acesso social dos agentes aos espaços nos serviços hospitalares.

Há um movimento mais intenso de pessoas transitando na unidade, no período da manhã, tanto nas enfermarias como nas dependências destinadas aos trabalhadores. A visita médica costuma ocorrer pela manhã, reunindo vários profissionais à beira do leito do paciente; é também nesse horário que são desenvolvidas a maioria das atividades de ensino, tanto de medicina como de enfermagem. À tarde, o ambiente parece mais calmo, pois há um número menor de agentes e os procedimentos realizados com os pacientes são menos frequentes. Portanto, foi observado um maior número de pessoal no turno da manhã, tanto da área médica como de enfermagem, diminuindo durante a tarde e sendo bastante reduzido no período noturno, mostrando uma variação temporal dos ritmos de trabalho nas vinte e quatro horas do dia que pode ser atribuída a uma certa padronização dos tempos cotidianos e a uma estrutura rítmica de produção de atividades terapêuticas existente nos hospitais, conforme referido também por Carapinheiro (1993) e Lopes (1994).

4.2 O modelo clínico de cuidado e o projeto terapêutico

4.2.1 O trabalho coletivo e a centralidade do trabalho médico

O processo de trabalho no hospital está estruturado com base em um projeto intelectual, em torno do qual se conformam saberes e práticas que têm a finalidade de produzir cuidados individuais de diagnóstico e terapêutica. A produção de cuidados ocorre através do desenvolvimento de um trabalho coletivo, no qual estão articuladas diversas atividades que representam trabalhos particulares de vários profissionais e que constituem processos de trabalho de cada uma das profissões. Assim, as atividades dos agentes das diferentes práticas, que compartilham o objeto de

trabalho, estão direcionadas para obterem, como produto final, a recuperação da saúde dos pacientes internados no hospital.

O ato médico é considerado como o ato decisório nos sistemas de tratamento, pois é a partir dele que se estabelecem os princípios da divisão de tarefas entre as diferentes categorias profissionais, identificando-se que o princípio dominante da divisão do trabalho é a oposição entre o trabalho intelectual de diagnóstico e terapêutica e o trabalho de execução das prescrições médicas, correspondendo à caracterização dos serviços hospitalares realizada por Carapinheiro (1993). O ato médico, de elaboração do diagnóstico e de decisão quanto ao tratamento, pode ser considerado como o momento nuclear do trabalho intelectual e que determina a conformação que assume a estrutura de produção de cuidados de saúde, em função de um certo padrão tecnológico atribuído ao conjunto de atividades. A observação do cotidiano permite reconhecer que o trabalho coletivo é comandado pela racionalidade médica, à qual se submetem todos os profissionais envolvidos na produção de cuidados aos pacientes no modelo clínico de atenção em saúde, conforme identificado também por Carapinheiro (1993) e Lima (1996).

Constata-se, na realidade empírica, que os procedimentos realizados na enfermaria envolvem várias pessoas em torno do leito, cada uma delas com uma atuação específica e dedicando-se a um aspecto do cuidado do paciente. O trabalho é organizado de uma forma que leva ao atendimento fragmentado do paciente. A especialização do trabalho em saúde também acarreta a fragmentação do tratamento dado ao paciente. Devido à progressiva especialização do saber e à necessidade de vários profissionais envolvidos no atendimento, identificamos que o modelo de produção de cuidados no espaço hospitalar está direcionado, principalmente, para o desenvolvimento de cuidados especializados e de maior complexidade. Contraditoriamente, a densidade tecnológica e a variedade dos instrumentos de trabalho utilizados não têm contribuído para alcançar uma assistência integral e para agilizar a elaboração do diagnóstico, pois são procedimentos cada vez mais sofisticados e especializados que levam a uma abordagem parcelar do corpo doente.

Concordando com Lima (1996), identificamos que o processo de trabalho no hospital é conduzido pela clínica anatomopatológica, alicerçada no corpo biológico individual. Conseqüentemente, o saber utilizado para apreender o objeto de trabalho e nele realizar transformações é o saber clínico. Esse saber, como concepção que elabora as características do objeto de trabalho, conduz o projeto terapêutico para a produção de cuidados de saúde. Conforme Gonçalves (1994, p.66), a concepção sobre o paciente e sobre a saúde, elaborada com base no saber clínico, está contida nos limites físicos, químicos e biológicos do corpo humano, *“é a individualização do normal e do patológico ao nível do corpo do homem indivíduo-biológico, que leva à ruptura das conexões sociais*

desse homem, e mesmo à ruptura das conexões desse homem consigo mesmo”.

Pode-se reconhecer, no atendimento prestado, que o mecanicismo e o biologicismo embasam a lógica que orienta o projeto terapêutico no modelo clínico de assistência à saúde. O saber clínico, enquanto projeto intelectual que conduz a produção de cuidados, pressupõe a natureza exclusivamente biológica das causas e conseqüências das doenças e exclui os aspectos sociais que levam o homem a adoecer. Entretanto, o biológico, o psicológico e o social não são dimensões dissociáveis, quando se aborda a questão da saúde e da doença. O homem não é uma máquina com órgãos funcionando, ele tem outras necessidades, como as necessidades de ordem psíquica e social, além da recuperação do corpo biológico, que são desconsideradas nesse projeto terapêutico.

Nessa perspectiva, concordando com Campos (1994), propõe-se a ampliação do modelo clínico, oferecendo condições para aumentar a capacidade do indivíduo de lidar com as dificuldades e limitações decorrentes da doença, de modo a aumentar as possibilidades de sobrevivência e a qualidade de vida. O mecanicismo biológico poderia ser superado e as práticas de saúde no hospital teriam uma abordagem mais integral de cada paciente, construindo-se um novo projeto terapêutico que combinasse tecnologias sofisticadas e terapêuticas medicamentosas, incluindo os interesses e as necessidades de cada indivíduo nos aspectos biológicos, sociais e psíquicos.

4.2.2 Interdependência, complementaridade, autonomia, submissão e resistência

No ato operatório de produzir cuidados para a recuperação do corpo e a manutenção da vida, as relações sociais que se conformam entre os agentes, além de expressarem a organização social e técnica do trabalho, expressam interdependência e espaços de intersubjetividades das diversas práticas. No trabalho coletivo, embora cada agente realize uma parcela das atividades necessárias para atender o paciente, existe uma interdependência entre os profissionais, de tal forma que um trabalho não se realiza sem a complementaridade do outro. As ações realizadas por uma categoria profissional articulam-se às ações de outras, em torno de uma mesma finalidade. Essa interdependência ocorre tanto entre as diferentes profissões quanto entre os agentes de uma mesma categoria profissional.

Como a finalidade do trabalho realizado é a produção do diagnóstico e da terapêutica, que são resultantes de um trabalho intelectual de responsabilidade do médico, esse detém poder pelo fato de possuir o saber e a competência técnica para curar doenças e salvar vidas. A concepção dos trabalhadores sobre a estrutura de produção de cuidados no hospital

refere-se à centralidade do diagnóstico e da terapêutica, mostrando o entendimento que têm sobre o que vem a ser o produto de todos os trabalhos. Sua concepção denota a posição central que o médico ocupa na organização do processo de trabalho, mas ao mesmo tempo ressalta as características de interdependência e complementaridade que existem entre as atividades, que levam à conformação do trabalhador coletivo.

Os médicos salientaram a condução do processo terapêutico, devido ao domínio do saber, como característica predominante de sua atividade, considerando que a enfermagem, ao desenvolver atividades complementares para viabilizar o ato de diagnóstico e terapêutica, é que “cuida” do paciente. Esse cuidado refere-se às atividades de manutenção das funções vitais do corpo biológico, contribuindo dessa forma para a cura.

O pessoal de enfermagem tem participação no diagnóstico e tratamento, através das ações de administrar medicações, coletar material para exames, colaborando com o ato médico. A enfermagem, nessa função de cuidar, tem uma atividade complementar ao ato médico, realizando a observação contínua do paciente para identificar sinais e sintomas e fornecer dados para que o médico elabore o diagnóstico e conduza a terapêutica.

Como o médico é o agente que tem o poder da cura que é alcançada através do ato da prescrição, ele adquire uma posição em relação aos outros profissionais, inclusive interferindo na forma como o cuidado é executado pelo pessoal de enfermagem. Portanto, pelo exercício da autoridade e responsabilidade atribuídas ao médico, esse dispõe de amplas áreas de influência, que definem a extensão e os limites da autoridade e responsabilidade dos outros agentes. Segundo Carapinheiro (1993), na complexa divisão do trabalho na saúde, a profissão médica é a única categoria verdadeiramente autônoma. Sua autonomia é sustentada pela dominação do seu saber e da sua competência técnica na organização da divisão do trabalho. Como consequência, o médico dirige e avalia o trabalho de todas as categorias profissionais restantes, sem ser objeto de direção e avaliação de ninguém. A profissão médica, por ser profissão dominante, detém uma posição estrutural na divisão do trabalho, diferente da posição de qualquer outra categoria, refletindo a existência de uma hierarquia de competência institucionalizada.

Apesar da posição que o médico detém como profissão dominante, elaborando a prescrição e determinando a condução do processo de trabalho, verifica-se a interdependência com outros profissionais que prestam o cuidado terapêutico que possibilita a cura do paciente. Os agentes de enfermagem, que organizam seu trabalho em decorrência do ato médico, executam inúmeras atividades de cuidado do corpo biológico, sem as quais o trabalho multiprofissional não pode ser desenvolvido. Observamos a

estreita vinculação entre o trabalho do médico e o trabalho da enfermagem, na execução de cuidados que viabilizam a produção de diagnóstico e tratamento.

Entre médicos e enfermeiras, que têm funções distintas no processo de trabalho, a comunicação nem sempre ocorre adequadamente, contribuindo para o atrito. A análise do material empírico coletado permitiu identificar diversas situações que caracterizam essas relações entre os profissionais, em função do saber que o médico detém, para se apropriar do objeto e conduzir a produção de cuidados de saúde. Frequentemente, o médico toma atitudes com o paciente e não comunica aos demais agentes, como se somente ele precisasse ter informações sobre os procedimentos que estão sendo realizados, dificultando o trabalho cooperado.

Conforme Carapinheiro (1993), a autonomia relativa de cada profissional está submetida à autoridade médica, sustentada pela dominação do saber e da competência técnico-científica. Todos os trabalhadores se submetem a um conjunto de regras que são orientadas pela racionalidade da prática médica, correspondendo à tese de dominância profissional dos médicos desenvolvida por Freidson (1970).

Constatamos que algumas situações denotam a dominância profissional dos médicos, entretanto, algumas variações na relação entre os profissionais podem contrariá-la. Na interação médico e enfermeira, foram observados alguns aspectos que parecem diferir do modelo dominante subserviente tradicional. O crescente envolvimento das enfermeiras na tomada de decisão, afetando o diagnóstico e o tratamento, provoca uma mudança qualitativa nas suas relações com a equipe médica, correspondendo ao descrito por Hughes (1988).

Nesse sentido, identificamos que as enfermeiras, mesmo reconhecendo a autoridade clínica do médico, oferecem conselhos em muitos aspectos da prática de forma direta e aberta. Isso não significa que a relação de domínio médico seja rompida, mas que as exigências do trabalho o enfraquecem em várias situações informais. Concordando com Hughes (1988), identificamos que a enfermeira resiste ao poder médico e à subordinação. A enfermeira, ao detectar a necessidade de modificar condutas terapêuticas, busca uma modificação nas relações de trabalho. Essa resistência é um caminho para ampliação da autonomia da enfermeira e melhor comunicação entre a equipe.

No trabalho multiprofissional, os limites da autonomia da enfermeira são definidos na interdependência com o médico. Esses limites podem ser ampliados na forma de conduzir a assistência e na forma de resolver problemas que surgem com o paciente no cotidiano. A enfermeira, ao detectar a necessidade de modificar condutas, luta por um espaço de autonomia e de participação nas decisões terapêuticas. A enfermeira, mesmo reconhecendo a autoridade clínica do médico, questiona a prescrição e dá sugestões, mostrando indícios de que as relações

entre esses profissionais podem ser modificadas e que podem ser construídos novos modos de atuação dos agentes.

No trabalho vivo em ato, a enfermeira exerce sua autonomia e divide espaço de saber com o médico. As informações que a enfermeira transmite ao médico, a partir da observação do paciente e da identificação de sinais e sintomas, são necessárias para alterações da conduta terapêutica. Nessas situações, a enfermeira está utilizando um saber e está no mesmo nível de autonomia e poder, em relação ao médico. Ao mesmo tempo que o médico tem autonomia e determina a condução do processo de trabalho, ao fazer a prescrição, ele também é questionado. Essa é uma situação simétrica de autogovernos em operação, mostrando que os sujeitos são capazes de realizar transformações no modo de operar o trabalho em saúde.

A análise das relações entre os agentes no ato operatório da produção de cuidados ao paciente evidencia que todos os profissionais têm uma interdependência e que todos os trabalhos se complementam. A posição de supremacia do médico e o poder que esse detém são inegáveis, porém, a dominância profissional pode ser rompida, conforme identificamos em situações da prática concreta. À primeira vista, o médico parece ser o único profissional que tem autonomia. Porém, sua autonomia também é relativa e é definida pelos limites da competência e do saber impostos pelos outros agentes e pelas relações sociais mais amplas. Ao mesmo tempo que o médico interfere no trabalho dos outros profissionais, esses lutam pela ampliação do seu espaço, resistindo à subordinação. Assim, há indícios de que a autonomia dos outros agentes pode ser ampliada no cotidiano pela valorização dos saberes específicos e pela construção do trabalho cooperado.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise e interpretação dos dados permitiu confirmar os pressupostos teóricos do estudo e traçar algumas considerações sobre os limites e as possibilidades do trabalho em saúde no modelo clínico de atendimento.

As relações sociais que ocorrem no ato operatório são decorrentes da organização social e técnica do trabalho e expressam espaços de intersubjetividade das diversas práticas. Como o objeto de trabalho é compartilhado por diferentes profissionais, que se articulam em torno de uma única finalidade, o médico tem posição central na condução do projeto terapêutico. O cuidado de enfermagem viabiliza a observação contínua do paciente e a manutenção das funções vitais do corpo biológico, sem as quais o trabalho multiprofissional não pode ser desenvolvido. Há uma vinculação de interdependência entre o trabalho do médico e o trabalho de enfermagem, na produção de cuidados de diagnóstico e terapêutica.

O médico, pelo exercício da autoridade e responsabilidade que lhe são atribuídas, possui amplas áreas de influência, que levam à definição dos limites da autonomia dos profissionais no trabalho coletivo. A posição de supremacia do médico e o poder que esse detém são aspectos marcantes nas relações sociais entre os agentes. O médico parece ser o profissional que determina a condução do processo de trabalho, porém foi constatado que a dominância que exerce na equipe de saúde pode ser modificada, pois, no trabalho interdependente, sua autonomia também é relativa. Os limites impostos pelos outros profissionais e pelas relações sociais mais amplas também interferem na sua autonomia, que é definida pelos limites da competência e do saber dos demais agentes, que resistem à subordinação e procuram ampliar seus espaços na equipe de saúde.

Os limites da autonomia da enfermeira são definidos na interdependência com os outros profissionais. Esses limites são ampliados na forma de conduzir a assistência e na forma de resolver problemas que surgem com o paciente no cotidiano do trabalho. Foi evidenciado que a enfermeira resiste ao poder médico e à subordinação, indicando que há caminhos para a ampliação de sua autonomia e para uma melhor comunicação entre a equipe de saúde.

Na realização do trabalho vivo em ato, os agentes podem ser criativos e reinventarem o modo de trabalhar cotidianamente, interferindo no modo como o atendimento é realizado, de maneira que existe a possibilidade de se configurar um formato tecnológico e assistencial renovado. O modo como o trabalho é realizado, as relações que se dão entre os homens no trabalho e como a produção de cuidados se estrutura dependem do projeto intelectual que guia todo o processo de trabalho. A busca de ações integradas nos serviços hospitalares, enfocando as dimensões biológicas, subjetivas e sociais do processo saúde-doença, supõe a construção de um novo projeto terapêutico. Nesse sentido, Oadvogamos a transformação do processo de trabalho no hospital, guiado por uma outra lógica para conduzir o modelo clínico de assistência, numa tentativa de sair da compartimentalização do conhecimento, que tem sido uma das características marcantes do trabalho em saúde, na atualidade.

A construção de uma nova lógica para conduzir o modelo clínico requer, também, alterações no funcionamento das instituições e teria que resgatar a discussão sobre a mudança do modelo de gestão utilizado. O modo como o trabalho é realizado, as relações que se dão entre os homens no trabalho e a forma que assume a produção de cuidados dependem do projeto intelectual que guia todo o processo de trabalho. Como as instituições de saúde têm seguido um modelo de gestão pautado no Taylorismo e na burocratização, que conduz os profissionais à alienação e ao agir mecânico, torna-se imprescindível a modificação do processo de trabalho, com ênfase no trabalho da equipe interdisciplinar e na redistribuição do poder.

ABSTRACT

The subject of this research study is the technological and social organization of health work in hospital, considering the position of nursing practice within production of care. The aim is to analyze the work process at a University Hospital to apprehend the configuration of practices, knowledges, social relations and technologies that are operated by agents in intervention on the body of an ill person. Using a dialectical approach, empirical data were collected by direct observation of the work process in a medical in-patient unit and by semi-structured interviews with professionals. It was found that the production of care is developed based on collective work, that is structured by the division in parts and fragmentation of the actions of the different agents, in order to produce a diagnosis and therapy. The agents articulate their actions around the medical act which takes up a central position in the production of care. The importance of broadening the clinical model to contemplate the social and subjective dimension of the health/disease process is pointed out in a therapeutical project shared by different health care team professionals. It is proposed to change the work process associated with the construction of new management models in health care institutions.

KEY WORDS: *nursing work, work process in clinical model*

RESUMEN

El objeto de esta investigación es la organización tecnológica y social del trabajo en salud en el hospital, enfatizando el espacio de la práctica de enfermería en la producción de cuidados. Se tiene como objetivo analizar el proceso de trabajo en un hospital universitario, buscando aprehender la configuración de las prácticas, de los saberes, de las relaciones sociales y de las tecnologías que son utilizadas por los agentes para la intervención en el cuerpo enfermo. Se utilizó un abordaje dialéctico y la recolección de los datos empíricos se procedió utilizándose la observación directa del proceso de trabajo en una unidad de internación y entrevistas semi-estructuradas con los profesionales. Se constató que la producción de cuidados se desarrolla a partir de un trabajo colectivo, que se estructura por parcelamiento y fragmentación de las acciones de los diferentes agentes, para se obtener como producto final el diagnóstico y la terapéutica. Los agentes se articulan al redor del acto médico, que tiene posición central en la producción de los cuidados. Se apunta la importancia de la ampliación del modelo clínico, con la inclusión de la dimensión social y subjetiva en el proceso salud/enfermedad, en un proyecto terapéutico compartido por los diferentes profesionales del equipo de salud. Se propone la transformación del proceso de trabajo

asociada a la construcción de nuevos modelos de gestión de las instituciones de salud.

DESCRIPTORES: trabajo de enfermería; proceso de trabajo en el modelo clínico

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 ALMEIDA, M.C.P. de. *Estudo do saber de enfermagem e sua dimensão prática*. Rio de Janeiro, 1984. Tese (Doutorado) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.
- 2 _____. Processo e divisão do trabalho na enfermagem. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 39, Salvador, 1987. *Anais*. Salvador: Associação Brasileira de Enfermagem, 1988. p.19-26.
- 3 _____. *O trabalho de enfermagem e sua articulação com o processo de trabalho em saúde coletiva* - rede básica de saúde em Ribeirão Preto. Ribeirão Preto, USP, 1991. Tese (Livre Docência) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 1991.
- 4 ALMEIDA, M.C.P. de et al. A situação da enfermagem nos anos 80. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 41, Florianópolis, 1989. *Anais*. Florianópolis: Associação Brasileira de Enfermagem, 1989. p.43-75.
- 5 CAMPOS, G.W. de S. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da saúde. In: CECILIO, L.C.de O. (org.) *Inventando a mudança na saúde*. São Paulo: Hucitec, 1994. cap. 1, p.29-87.
- 6 CARAPINHEIRO, G. *Saberes e poderes no hospital*. 2.ed. Porto: Edições Afrontamento, 1993.
- 7 CASTELLANOS, B.E.P et al. Os desafios da enfermagem para os anos 90. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 41, Florianópolis, 1989. *Anais*. Florianópolis: Associação Brasileira de Enfermagem, 1989. p.147-169.
- 8 FERREIRA-SANTOS, C.A. *A enfermeira como categoria ocupacional num moderno hospital-escola brasileiro*. Ribeirão Preto, 1968. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 1968.
- 9 FREIDSON, E. *Professional dominance and the ordering of health services*. Nova Iorque: Atherton Press, 1970. Cap.5, p.127-164: Professional dominance the social structure of medical care.
- 10 GONÇALVES, R.B.M. *Medicina e história: raízes do trabalho médico*. São Paulo, 1979. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, 1979.
- 11 _____. *Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades*. São Paulo: Secretaria Municipal de Saúde, 1992, (Mimeografado)
- 12 _____. *Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo*. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 1994.
- 13 HUGHES, D. When nurse knows best: some aspects of nurse/doctor interaction in a casualty department. *Sociology of Health & Illness*, v.10, n.1, p.1-22, 1988.
- 14 LIMA, R.A.G. de. *Criança hospitalizada: a construção da assistência integral*. Ribeirão Preto, 1996. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Programa Interunidades das Escolas de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo, 1996.
- 15 LOPES, N. da G.M. *A recomposição dos saberes, ideologias, e identidades de enfermagem* - estudo sociológico em contexto hospitalar. Lisboa, 1994. Dissertação (Mestrado) - Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa, Portugal, 1994.
- 16 LÜDKE, M.; ANDRÉ, M. *Pesquisa em educação: abordagens qualitativas*. São Paulo: EPU, 1986.

- 17 MERHY, E.E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. (orgs.) *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 1997. Cap.2, p.71-112.
- 18 MINAYO, M.C. de S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 3.ed. São Paulo: Hucitec - Abrasco, 1994.
- 19 OLIVEIRA, M.I.R. de. *A enfermeira como coordenadora da assistência ao paciente: análise sociométrica multirrelacional*. São Paulo: USP, 1972, Tese (Doutorado) - Universidade de São Paulo, 1972.
- 20 POLIT, D.F.; HUNGLER, B.P. *Fundamentos da pesquisa em enfermagem*. 3.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.
- 21 RIBAS GOMES, E.L. *Administração em enfermagem: constituição histórico-social do conhecimento*. Ribeirão Preto, 1991. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 1991.
- 22 TREVIZAN, M.A. *Estudo das atividades dos enfermeiros chefes de unidade de internação de um hospital-escola*. Ribeirão Preto, USP, 1978. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.
- 23 _____. *A função administrativa da enfermeira de instituição hospitalar burocratizada*. Ribeirão Preto, 1986. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

Endereço do Autor: Maria Alice Dias da Silva lima
Author's address: Rua São Manoel, 963
90.620-110 - Porto Alegre - RS