UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

Dissertação

O EMPODERAMENTO POLÍTICO DOS ENFERMEIROS NA PRÁTICA HOSPITALAR

Adrize Rutz Porto

Pelotas, 2011

ADRIZE RUTZ PORTO

O EMPODERAMENTO POLÍTICO DOS ENFERMEIROS NA PRÁTICA HOSPITALAR

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (área de concentração: Práticas Sociais em Enfermagem e Saúde. Linha de Pesquisa: Práticas de Gestão, Educação, Enfermagem e Saúde) da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Ciências.

.

Orientadora: Prof.ª Dr.ª Enf.ª Maira Buss Thofehrn

Pelotas, 2011

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

B839e Porto, Adrize Rutz
O empoderamento político dos enfermeiros na prática hospitalar / Adrize Rutz Porto. Pelotas, 2011.
106f.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas, 2011. Orientação: Maira Buss Thofehrn.

1. Enfermagem. 2. Ambiente de trabalho. 3. Assistência hospitalar. 4. Política. 5. Poder. I. Título.

CDD 610.73

Catalogação na Fonte: Aline Herbstrith Batista CRB 10/ 1737

Folha de Aprovação

Autor: Adrize Rutz Porto
Título: O Empoderamento Político dos Enfermeiros na Prática Hospitalar

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, para obtenção do título de Mestre em Ciências: Área de Concentração Práticas Sociais em Enfermagem e Saúde

Aprovado em:

Banca examinadora:

_____
Dr.ª Maira Buss Thofehrn (Presidente)
Universidade Federal de Pelotas

_____
Dr.ª Marta Regina Cezar-Vaz (Titular)
Universidade Federal de Rio Grande

_____
Dr.ª Luciane Prado Kantorski (Titular)
Universidade Federal de Pelotas

_____
Dr. Álvaro Luiz Moreira Hypolito (Suplente)
Universidade Federal de Pelotas

_____
Dr.ª Valéria Cristina Christello Coimbra (Suplente)
Universidade Federal de Pelotas

Agradecimentos

Agradeço à energia suprema, por tornar tudo possível.

Aos meus pais, Zeni e Adriano Porto, meus melhores amigos, pelo apoio e incentivo incondicional.

Ao meu noivo, Márcio Prestes, pela compreensão amorosa de minha ausência em alguns momentos de estudo e pelo incentivo e apoio.

À minha sogra, Maria da Graça Prestes, pela amizade.

À Maira Thofehrn, minha orientadora e amiga, por sempre acreditar no meu potencial e estimular constantemente o meu desenvolvimento pessoal e profissional.

Às amigas Simone Amestoy, Isabel Arrieira e Daiane Dal Pai pelo incentivo e apoio.

Aos meus amigos Leandro Joner, Michelle Jacondino, Bianca Garcia, professora Diana Cecagno e os demais membros da Linha de Pesquisa Gestão e Processo de Trabalho do Núcleo de Estudos e Práticas em Saúde e Enfermagem – NEPEn.

À professora Rita Heck, coordenadora do Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Enfermagem, pela exigência nas atividades de bolsista e por acreditar que podíamos mais.

Agradeço também à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES, pela bolsa de Demanda Social, que nos permite dedicação exclusiva ao programa.

À minha colega e amiga Gimene Braga pelo apoio, sinceridade e amizade que construímos com o convívio, pelas trocas, discussões e crescimentos vivenciados e, principalmente, pelos momentos de cumplicidade.

A todos os meus colegas, Josiane, Lílian, Gabriele, Gabriela, Francine, Jandro, Milena, Caroline, Rita Fernanda, Renata, Fabieli, Carla, Michele, Cândida, Patrícia e Viviane, pelo aprendizado e experiências compartilhadas e pelas críticas construtivas.

À minha colaboradora na pesquisa, enquanto observadora do grupo focal, Fabiane Höfs, obrigada pela amizade.

Às minhas amigas, Bárbara Terres e Neizy Calcagno, obrigada por sempre estarem presentes.

A todos os meus familiares e amigos, que compartilharam minhas angustias, incertezas e alegrias.

Aos professores Marta Cezar-Vaz, Luciane Kantorski, Álvaro Hypolito e Valéria Coimbra, obrigada por terem aceitado compor a banca de avaliação deste trabalho e pelas excelentes contribuições.

A todos os professores do Programa de Pós-Graduação pela oportunidade de aprendizagem.

A todos os enfermeiros, que aceitaram participar desta pesquisa, pois sem vocês não seria possível a concretização deste trabalho.

E, por fim, àqueles, que por ventura não os tenha mencionado.

Muito obrigada a todos!

Resumo

PORTO, Adrize Rutz. **O empoderamento político dos enfermeiros na prática hospitalar.** 2011. 106f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas.

Nos últimos anos, as investigações e os campos de atuação da enfermagem têm aberto perspectivas de conhecimento em múltiplas direções e espaços, com a intenção de dar conta da consolidação da sua prática profissional. Neste sentido, o empoderamento político, pode ser um destes aspectos de conhecimento, ao possibilitar a promoção da conquista do espaço de autonomia do enfermeiro na prática hospitalar. Para tanto este estudo, objetivou compreender o processo de busca pelo empoderamento político dos enfermeiros na prática hospitalar. Além disso, o percurso metodológico da pesquisa foi qualitativo, de abordagem construtivista, na qual participaram 10 enfermeiros de diferentes unidades, que atuam em um hospital escola, no sul do Rio Grande do Sul. Os dados foram coletados, de abril a julho de 2011, por meio de observação simples, estruturada e não participante, de um turno de trabalho de cada sujeito, obtendo 60 horas de registros em diário de campo; também foi utilizada a técnica de entrevista semiestruturada gravada e um encontro de grupo focal, com duração de 90 minutos gravados e com a participação de cinco enfermeiros, dois moderadores e um observador. Os resultados apontaram muitos obstáculos, à busca do enfermeiro pelo empoderamento político na sua prática, embora eles possam ser superáveis, são, do mesmo modo, limitantes. Algumas dessas barreiras foram observadas no ambiente de trabalho e na atuação dos enfermeiros e outras foram relatadas por eles mesmos, revelando que determinados empecilhos ainda são remanescentes da formação sócio-histórica da profissão e da organização hospitalar, do modelo de atenção em saúde e das teorias gerais de administração, presentes no gerenciamento dos serviços de saúde. Já as potencialidades foram identificadas no grupo focal e conduziram para a necessidade da educação permanente aos trabalhadores na instituição e de uma estrutura de gestão colegiada ou participativa dos setores do hospital. Esses indícios do grupo, para possíveis soluções, são importantes fontes de poder e autonomia do enfermeiro no ambiente hospitalar e de estímulo à transformação da gestão político-administrativa da instituição estudada. Cabe ressaltar, que tanto os obstáculos encontrados na prática dos enfermeiros devem ser ultrapassados, como as potencialidades precisam ser instigadas, por estes profissionais, tendo em vista o alcance de questões políticas, como a reflexão-ação do enfermeiro sobre o seu processo de trabalho, envolvendo as relações profissionais, a participação, a autonomia e a tomada de decisões no ambiente de labuta. Portanto, os achados tornam-se relevantes aos pesquisadores interessados no assunto, para investirem em novos estudos, que fortaleçam a produção do conhecimento na área da enfermagem política. De maneira que esta área da enfermagem, possivelmente, pode representar a busca consciente do enfermeiro, pela identidade e visibilidade da profissão.

Palavras-Chave: Enfermagem. Política. Poder. Assistência hospitalar. Ambiente de trabalho.

Abstract

PORTO, Adrize Rutz. **The political empowerment of the nurses in hospital practice**. 2011. 106f. Dissertation (Masters in Nursing) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas.

In recent years, the research and the fields of work of nursing has opened perspectives of knowledge in multiple directions and spaces, with the intention to account for the consolidation of their professional practice. In this sense, the political empowerment may be one of these aspects of knowledge, by enabling the promotion of space conquest of autonomy of nurses in hospital practice. So, this study aimed at understanding the process of searching for political empowerment of nurses in hospital practice. In addition, the course of the research methodology was qualitative, of constructivist approach, which was attended by 10 nurses from different units, working in a teaching hospital in southern Rio Grande do Sul. The data were collected from April to July 2011 through simple observation, structured and non-participant in a work shift of each subject, getting 60 hours of daily records in the field, it was also used the technique of semi-structured interviews recorded and one meeting of focus group, lasting recorded 90 minutes, and with the participation of five nurses, two moderators and one observer. The results showed many obstacles to the quest for political empowerment of nurses in their practice, although they can be overcome, at the same way, can be limiting the searches. Some of these barriers were observed in the workplace and in the actions of nurses and others were reported by themselves, revealing that some obstacles are still remnants of the socio-historical formation of the profession and of the hospital organization, of the model of health care and of general theories of administration, present in the management of health services. The potentials have already been identified in the focus group and led to the need for continuing education for workers in the institution and a collegial or participatory management structure of the hospital sectors. These indications, of the group, for possible solutions, are important sources of power and autonomy of nurses in the hospital and of incentive to transformation of the political-administrative management of the institution studied. It is noteworthy that both the obstacles encountered in nursing practice must be overcome, as the potential need to be instigated by these professionals in view of the scope of policy issues, such as action-reflection of nurses about their work process, involving the professional relations, participation, autonomy and decision-making in the toil environment. Therefore, the findings become relevant for researchers interested in the issue, invest in new studies, strengthening the production of knowledge in the area of the nursing policy. So this area of nursing could possibly represent the nurse's conscious search for the identity and visibility of the profession.

Keywords: Nursing. Politics. Power. Hospital care. Work environment.

SUMÁRIO

1. Introdução.....06

2. Objetivos do estudo.....17
2.1 Objetivo Geral.....17
2.2 Objetivos Específicos.....17

3. Referencial teórico: dialogando com a literatura e objeto de estudo.....18

4. Método do estudo.....43
4.1 Contextualizando o tipo de pesquisa.....43
4.2 Local da Pesquisa.....45
4.3 Sujeitos da Pesquisa.....45
4.4 Princípios Éticos.....46
4.5 Procedimento para coleta de dados.....46
4.6 Análise dos dados.....49

5. Cronograma de execução do estudo.....51

6. Recursos.....52
6.1 Recursos materiais para o desenvolvimento do projeto.....52

REFERÊNCIAS.....53

ANEXO.....61
Anexo A – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa.....62

APÊNDICES.....63
Apêndice A – Carta ao responsável pelo Hospital Escola.....64
Apêndice B – Carta de encaminhamento do projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa.....65
Apêndice C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....66
Apêndice D – Roteiro para a observação de campo.....67
Apêndice E – Roteiro para a entrevista semiestruturada.....68
Apêndice F – Roteiro para o grupo focal.....69

7. Relatório do trabalho de campo.....70

8. Artigo Final – O empoderamento político dos enfermeiros na prática hospitalar.....76

9. Artigo Publicado - A construção do ser humano no grupo para o trabalho em equipe de enfermagem.....92

10. Considerações Finais.....101

1 Introdução

A enfermagem como profissão tem caminhado para a constituição de um corpo teórico próprio que a visibilize e a projete como ciência aplicada, assim como as investigações e os campos de atuação têm ascendido significativamente nos últimos anos, abrindo perspectivas de conhecimento em múltiplas direções e espaços (ERDMANN et al., 2009).

Em 1978, Carper já propôs quatro padrões de conhecimento definindo-os como fundamentais à enfermagem: conhecimento empírico - ciência e metodologia; estético – arte da percepção subjetiva, empatia; ético - conhecimento de normas e códigos éticos, a fim de fornecer suporte a dilemas morais; e pessoal – autoconhecimento para o encontro com o outro (CARPER, 1978). O quinto padrão de conhecimento sociopolítico de White (1995), posteriormente elaborado, é um conhecimento que perpassa os demais, referindo-se a contemplar a enfermagem em um relacionamento introspectivo entre enfermeiro-cliente e a situação vivenciada em um amplo contexto, no qual a epistemologia da enfermagem e da saúde acontece.

Este padrão sociopolítico, responde assim, à pergunta: em que meio? E amplia a compreensão dos outros padrões que respondem às questões: o que?, quem? e como?, estando todos relacionados e sendo essenciais à prática de enfermagem. Entretanto, esta prática sofre forte influência diante da perda do espaço destinado à manifestação humana do conhecimento político pelo advento da sociedade, em que o político transformou-se em administração do social, isto é, na administração de interesses privados e não do bem coletivo (ARENDT, 2010). Portanto, vislumbra-se que, a partir das ideias preconizadas pela filósofa politióloga Hannah Arendt (2010), haja um possível aprofundamento do conhecimento político na prática hospitalar da enfermagem.

Por isso, ao abordarem-se questões políticas, como a reflexão-ação do enfermeiro sobre o seu processo de trabalho, envolvendo as relações profissionais, participação, autonomia e tomada de decisões no ambiente de labuta, faz-se

necessário esclarecer a inserção da enfermagem no contexto sócio-histórico e a relação dicotômica da conscientização e da alienação do enfermeiro sobre o seu trabalho.

No que se refere ao contexto sócio-histórico da enfermagem, serão apresentados alguns pontos importantes, como argumento às questões políticas, que envolvem a profissão enfermagem na contemporaneidade. O seu fazer pré-profissional é a história de uma prática social que nasceu vinculada às atividades domésticas, baseada exclusivamente no empirismo das mães de famílias, de monjas ou escravos, não tendo reconhecimento social, o qual se busca até hoje. Esta prática é, muitas vezes, detentora de um saber de senso comum, disseminado no meio social, destituída de qualquer conhecimento próprio (ALMEIDA; ROCHA, 1989).

O exercício da enfermagem no pré-capitalismo caracterizou-se por ser um trabalho manual não-especializado, sem qualquer conhecimento e técnica específica – diferentemente da prática médica, acabou sendo um trabalho desprovido de poder e de prestígio, que estava, sobretudo a cargo de mulheres, escravos e religiosos (SILVA, 1989).

Com a Reforma Protestante, a Igreja começou a perder o monopólio da assistência, portanto, deixando de ser uma prática caritativa, passando a ser remunerada de modo miserável. Na época, as mulheres que encontravam emprego como enfermeiras nos hospitais não serviam nem para a indústria, sendo, frequentemente, imorais, bêbadas e analfabetas (SILVA, 1989).

A Revolução Industrial, no século XVI, culmina com o surgimento da enfermagem moderna na Inglaterra, no século XIX, ocorrendo aí a enfermagem como atividade profissional institucionalizada. Mas, foi naquele período, que os hospitais estiveram sob piores condições, devido à predominância de doenças infecto-contagiosas e a falta de pessoas preparadas para cuidar dos doentes (ELLUSAÚDE, s.d.).

É neste cenário que a enfermagem passa a atuar, quando Florence Nightingale é convidada pelo Ministro da Guerra da Inglaterra para trabalhar junto aos soldados feridos em combate na Guerra da Criméia, construindo a partir daí o conhecimento técnico - científico da enfermagem (ELLUSAÚDE, s.d.).

Após isso, cabe destacar que a profissionalização da enfermagem se processou por meio de duas categorias sociais distintas como a das *ladies-nurses* e

a das *nurses*. Estas eram oriundas do proletariado, destinadas ao serviço de trocas de roupa de cama, banhos de leito, administração de medicamentos, etc. Áquelas, da burguesia ou da aristocracia inglesa, realizavam atividades do ensino, da supervisão das serviçais e das *nurses* e da administração hospitalar (SILVA, 1989).

A partir daí se possibilitou a divisão técnica e social do trabalho na enfermagem profissional, representando a emergente dicotomia do trabalho intelectual e do trabalho manual e, uma prática intimamente ligada à medicina e, muitas vezes, dela dependente.

Outro marco importante, depois da criação das primeiras escolas de enfermagem no país, foi à fundação em 1926 da Associação Brasileira de Enfermagem – ABEn. A ABEn tem como uma de suas finalidades: promover integração às demais entidades representativas da enfermagem, como, por exemplo, os conselhos federais e regionais de enfermagem, instituídos em 1973; na defesa dos interesses da profissão (ELLUSAÚDE, s.d.).

Após ter sido abordada essa determinada questão histórica, da constituição da ABEn, tem-se, já numa conjuntura mais atual, das décadas de 1970 e 1980, a reforma sanitária, que repercutiu em inegáveis avanços, como a estruturação de um sistema público de saúde no país. O Sistema Único de Saúde (SUS), ao passar do tempo, teve como resultado relevante a descentralização político-administrativa das ações de saúde no âmbito de recursos financeiros (MELO; SANTOS, 2007).

No entanto, a implementação do SUS tem sido desigual e enfrenta dificuldades, especialmente em relação à reforma sistêmica nas práticas de saúde nas instituições hospitalares (BRASIL, 2004). Esses obstáculos podem vir da ineficiência e ineficácia da gestão de hospitais públicos, em que há tendência à rigidez e burocratização da administração (CAMPOS; AMARAL, 2007).

Carvalho e Cunha (2009) apontam que um dos principais empecilhos à concretude da reforma sanitária no país e na efetivação dos princípios do SUS – universalidade, integralidade, equidade, controle social, descentralização político-administrativa e hierarquização e regionalização; tem sido o insuficiente enfrentamento das modificações necessárias no processo de trabalho e da participação dos trabalhadores na mudança setorial. Pois, os mesmo autores apontam que as atuais administrações tradicionais acarretam na redução de pessoas à condição de instrumentos dóceis, sujeitos aos objetivos das instituições

de saúde, transformando-os em meros insumos ou em objetos pacíficos (CARVALHO; CUNHA, 2009).

Além disso, é necessário atentar para o modo como o trabalho da saúde, que ocorre nos estabelecimentos hospitalares, se originou da constituição do modelo assistencial hegemônico flexneriano, que orientou a formação dos profissionais da saúde para a patologia e para a superespecialização sobre o corpo do ser humano.

Não obstante, cabe também mencionar a adoção das Teorias Gerais de Administração, tal como do modelo de Fayol e Taylorista/Fordista pela enfermagem junto ao seu processo de produção de saúde. O uso dessas teorias na organização do trabalho se caracteriza pela dominância do fazer prescritivo, curativo, medicalizado, hospitalocêntrico, excessivamente hierarquizado e subalterno à hegemonia médica que ainda influencia diretamente na autonomia dos trabalhadores da enfermagem (BRASIL, 2006).

Por isso, a autonomia profissional do enfermeiro no ambiente hospitalar, acaba sendo muito complexa e limitada, quando, muitas vezes, percebe-se o enfermeiro reproduzindo com o seu cliente situações de dominação e subordinação que sofre na relação com outros profissionais, decorrente da estrutura hierárquica institucional e com os modelos técnico-assistenciais de saúde.

Com base nos princípios da linha administrativa Fayol e Taylorista/Fordista, o gerenciamento de enfermagem, necessita de uma reflexão mais profunda do agir do enfermeiro neste modelo, de forma a contribuir para a superação do trabalho alienado, que o expropria o profissional do domínio integral do seu processo de trabalho (TREZZA, SANTOS, LEITE; 2008). Essa tendência se encontra imersa nas rígidas normas e rotinas dos serviços hospitalares, com o cumprimento de tarefas sem questionamentos e com a falta de participação em decisões na prática do cuidado de enfermagem (NIETSCHE; LEOPARDI, 2000).

Mesmo que tenham ocorrido mudanças no processo de trabalho, sobretudo em formações capitalistas periféricas, estas se caracterizaram ainda pela justaposição de formas tradicionais e inovadoras, ou seja, através do que se poderia chamar de "modernização conservadora" com fortes resquícios da revolução industrial e tecnológica. Daí a manutenção e revitalização dos princípios tayloristas-fordistas, como desqualificação e controle autoritário da força de trabalho (BRAVERMAN, 1989).

Sob esta perspectiva que a alienação, pode estar presente nos serviços de saúde, onde estes princípios administrativos de Fayol, Taylorista/Fordista permanecem fortemente influentes. A alienação consiste da relação dos trabalhadores com os produtos de seu trabalho e do próprio ato da produção, no qual o trabalho é a pessoa que perdeu a si mesmo. Portanto, existe aí a alienação dos trabalhadores à sua atividade vital e a sua vida como membro da espécie humana, que é o ser humano ficar alienado dos outros semelhantes a ele (MARX, 2004).

Isto também pode significar que o trabalho não pertence à natureza do trabalhador, sendo uma condição apenas para que ele sobreviva, ou seja, o trabalho não se constitui em uma fonte de auto-realização e, sim, em um meio de satisfazer outras necessidades materiais (MARX, 2004).

Com esse ponto de vista, se buscam alternativas nas ações do enfermeiro no ambiente hospitalar que possam levar à constituição de profissionais conscientes de sua práxis e que venham possivelmente romper com fatores causadores de submissão e demasiada objetivação do seu processo de trabalho, para a formação de profissionais com posicionamento político e crítico. Dessa forma, os enfermeiros poderiam exercer a condição de agentes, numa perspectiva democrática e emancipatória, que acreditam e possuam compromisso com a edificação de uma sociedade que tenha por base a afirmação da vida e da dignidade de todo o ser humano (NIETSCHE; LEOPARDI, 2000; PIRES, 2007).

É nessa circunstância, que se acredita em uma indispensável construção de sujeitos politizados, capazes de utilizar a ação e o discurso – mediados nas relações humanas, em prol dos indivíduos e coletivos com carências de saúde, pois a ação, segundo Arendt (2010), é a única atividade política por excelência, exercida diretamente entre as pessoas, dispensando a mediação da matéria.

O conhecimento político de Arendt (2010), presente também no padrão de White (1995), deve ser resgatado enquanto subsídio para o agir do enfermeiro, podendo ser caracterizado como objeto epistemológico transversal, aquele que se entrelaça a todos os padrões de conhecimentos fundamentais para oportunizar o exercício do papel próprio e atuante no processo de cuidar (PERSEGONA et al., 2009).

Cabe, então, ao enfermeiro também compreender que a competência específica do seu processo de trabalho é o cuidado terapêutico, o qual está pautado

na interação entre o profissional e o ser que necessita de cuidado e é sustentado na competência técnica-legal, no compromisso ético e estético da equipe de enfermagem ao desenvolvê-lo, sob uma concepção transformadora, emancipadora, isto é, não alienante, e terapêutica ao cliente, remetendo, atualmente, a percepção de um cuidado integral ao ser humano (LEOPARDI, 2006).

Além disso, as questões políticas - relações de trabalho, participação, autonomia e tomada de decisões no ambiente profissional, podem servir como um instrumento do processo de trabalho da enfermagem, enquanto objeto epistemológico ou padrão de conhecimento e igualmente a ação e o discurso, como componente de conhecimento transversal, os quais perpassam os elementos do fazer do enfermeiro: o cuidado integral ao ser humano – respectivamente, tarefa profissional e objeto de trabalho, a equipe de enfermagem - força de trabalho e o ser humano transformado pelo cuidado – produto final (THOFEHRN et al., 2011).

O produto final do processo de trabalho da enfermagem pode ser muitas vezes, invisível ao enfermeiro, pois cuidado – finalidade do seu trabalho; compreende atos subjetivos que escapam a objetividade da ciência, ora constituído por ações preventivas ou educativas ou curativas ou de reabilitação (ALMEIDA; ROCHA, 1989).

Assim sendo, que o enfermeiro, diante do objeto e de saberes da sua prática ainda não claramente definidos, necessita de posicionamento político e de conscientização do foco central de sua atuação podendo articular atitudes, direitos e relações com ênfase em valores éticos e humanistas. Pois, é dessa maneira que ele criativamente buscará a reflexão para optar e opinar sobre questões que interferem diretamente na produção de saúde, mobilizando os usuários e colegas a tornarem-se co-responsáveis pelo cuidado integral, alcançando uma possível obtenção da autonomia e emancipação profissional do seu fazer no hospital (PERSEGONA et al., 2009).

A autonomia profissional da enfermagem se trata da disposição compreendida pelos enfermeiros para agir como uma profissão responsável e séria, enfatizando-se a interdependência[1] entre os enfermeiros, demais profissionais e os usuários (RIBEIRO, 2009).

---

[1] Interdependência configura-se apenas em relação ao início do processo prescritor, e mesmo quando outro profissional prescreve é o enfermeiro que assume responsabilidade pelos seus próprios atos e pelas decisões que toma (KENNERLY, 2000).

Neste sentido, a autonomia deve ser vista, cada vez mais, como um veículo para melhorar a qualidade e para se tornar centro das tomadas de decisão em equipe (KENNERLY, 2000). A Lei do exercício profissional é determinante na procura de maior espaço às tomadas de decisão por parte do enfermeiro, pois regulam as atribuições a serem exercidas de forma privativa e com essa ferramenta de poder, as ações tomadas pelo enfermeiro, são seguramente validadas e apóiam sua autonomia (JESUS; SAID, 2008).

Sendo a política foco deste estudo, é pertinente refletir sobre o processo de trabalho de uma profissão ainda em construção, sobretudo os conhecimentos que moldam as suas atitudes e que, somente com referenciais apropriados à prática profissional do enfermeiro no ambiente hospitalar, que as demandas de cuidado se estabelecem de forma integral, fortalecendo quem oferece o cuidado e aqueles que o recebem e, por consecutivo, adquirir o reconhecimento profissional no ser, fazer e saber da enfermagem (PERSEGONA et al., 2009).

Do mesmo modo, essas mesmas autoras evidenciam que o enfermeiro está inserido em todas as etapas do processo de trabalho em saúde, na administração, organização, coordenação, acompanhamento, tomada de decisão e avaliação das ações desenvolvidas. Portanto, lhe incumbe conhecer, opinar, participar, decidir, intervir sobre as diretrizes sociais e políticas no delineamento das ações, pois a dimensão política é estabelecida pela capacidade de mobilizar grupos sociais para as necessidades e interesses de saúde da equipe e dos usuários.

Assim, na medida em que o enfermeiro constrói-se como ser político, ele conquista autonomia e vice-versa, numa condição cíclica fortalecida na ação e discurso conjuntos dos enfermeiros, tal como aponta Arendt (2010), que a partir daí o poder é gerado ao indivíduo. Isto é, o sujeito empodera-se politicamente ao sair de uma situação de resignação e impotência para a sua reapropriação de poder, com conseguinte ganho de força em prol de projetos coletivos descentralizados e flexíveis (HERRIGER, 2006).

Deste modo, Hammerschimidt e Lenardt (2010) referem que um dos aspectos fundamentais do empoderamento, diz respeito às possibilidades de que a ação local fomente a formação de alianças políticas capazes de ampliar o debate da opressão do fazer da enfermagem no ambiente hospitalar, no sentido de contextualizar e favorecer a sua compreensão como fenômeno político. Embora o termo empoderamento possua um conceito polissêmico que tem tido visibilidade

crescente, especialmente a partir de 1990, ele geralmente está associado ao sentido de direito de cidadania e democracia sobre distintas esferas sociais, dentre as quais a da saúde (CARVALHO, 2004).

Portanto, pode significar o aumento do poder, da autonomia pessoal e coletiva de indivíduos e grupos sociais, nas relações interpessoais e institucionais, sobretudo daqueles submetidos a relações de dominação social (VASCONCELOS, 2004). Tomado neste sentido, o empoderamento se torna um processo político central de gestão, parceria e responsabilidade que cada sujeito assume, diante da vida, na acepção de tomar os rumos para influenciar no destino dos outros e de si próprio (KLEBA, 2000).

Na década de 1990 do século passado, o empoderamento político já é entendido como o acesso das pessoas ao processo pelo qual são tomadas decisões, particularmente as que afetam o seu futuro como indivíduos (FRIEDMANN, 1996). Assim sendo, os enfermeiros empenham-se na produção autônoma de seu trabalho com capacidade de análise e de intervenção, primando o aumento da democracia institucional e a construção de espaços coletivos, que são arranjos concretos de tempo e lugar, em que o poder está em jogo, e onde, de fato, se discutem, analisam problemas e se fazem deliberações. Igualmente, esses são espaços onde há a explicitação de interesses divergentes e negociações, construção de consensos, formação de compromissos e construção de contratos em prol do cuidado ao usuário (CAMPOS, 2000).

Ostentado este aspecto, é preciso cada vez mais agregar valores políticos na prática do cuidado integral e valores sociais nas relações profissionais e na prática de cuidado para dar continuidade ao processo de emancipação da enfermagem no âmbito social e político nas organizações hospitalares (LIMA; SAMPAIO, 2007). Espera-se que seja possível o processo contínuo de emancipação, por meio da constituição de autonomia e protagonismo dos sujeitos usuários ou profissionais de saúde, diante do cuidado institucionalizado, aprisionado, fragmentado e extorquido de subjetividades reconstrutivas, sustentado no modelo assistencial e conformado em políticas de saúde tipicamente capitalistas, as quais ainda regem os serviços hospitalares (PIRES, 2005).

O modo de produção capitalista força e reforça o paradigma mecanicista que organiza a hierarquia hospitalar, na qual a enfermagem é, ainda, bastante submissa (BUENO; QUEIROZ, 2006). Sobre isso, Arendt (2010) evidencia que o

comportamento normalizado da sociedade de massas operárias acaba substituindo a espontaneidade e a originalidade da ação dos trabalhadores.

Somado ao exposto, acontece a (super) exploração dos trabalhadores, por condições de trabalho inadequadas ou por formas de gestão autoritárias, que adoecem os profissionais e fragmentam o cuidado e a equipe, já que esse tipo de organização de saúde não produz relações horizontais de poder que valorizem a equipe, assim como espaço de decisões acerca da assistência prestada (CARVALHO; CUNHA, 2009). Aí incide então a divisão do trabalho de acordo com o modo de produção, que consequentemente reforça a fragmentação da dimensão intelectual e manual do trabalho, voltando à atenção para a produtividade, especialmente quantitativa.

A divisão do trabalho reforça a alienação e a degradação do trabalho da enfermagem e das demais profissões da saúde, a qual se fortalece da lógica capitalista selvagem[2]. A maneira que a sociedade contemporânea absorveu a expansão do capitalismo deve ser rompida, amenizando a demasiada satisfação do consumir pela acumulação de bens e a competividade cega que repercute no individualismo e no esvaziamento de valores solidários.

A forma de dominação e exploração capitalista envolve sistemática usurpação do potencial criativo da pessoa para a acumulação de produtos, de maneira que um profissional que, apesar de ser especializado e tecnicamente competente, se torna alienado da finalidade da sua labuta, elemento importante do seu processo de trabalho e que está politicamente enfraquecido na sociedade e na prática hospitalar da enfermagem (PIRES, 2005).

Neste sentido, a filósofa Arendt afirma que a evolução da sociedade, a assimilação da ação pelo social privado, a padronização das atividades humanas e o consequente conformismo demonstram bem até que ponto se perdeu a distinção entre a *polis* (esfera pública) e o *oikos/idion* (esfera privada) presentes na Grécia Antiga, pois representando à sociedade atual tem-se a extensão da esfera privada doméstica ao espaço público da política (ARENDT, 2010). Para a mesma autora, este aspecto central é visível a partir da modernidade, verificando-se a assimilação da igualdade, outrora circunscrita apenas ao espaço político e hoje presente na

---

[2] Capitalismo selvagem se refere à fase do capitalismo na época da revolução industrial (século XVIII), quando as condições de trabalho das classes trabalhadoras eram as mais desumanas possíveis, com um dia de trabalho de dezesseis horas (ANDRADE, 2002).

esfera privada. Já a igualdade, oposto ao valor político da pluralidade, na contemporaneidade rejeita a práxis (ação) e a lexis (discurso) constituintes da comunidade política e, assim, passando a valorizar a acomodação e uniformismo do comportamento (ARENDT, 2010).

Deste modo, a emancipação profissional da enfermagem nas instituições hospitalares, poderá acontecer a partir do empoderamento político dos enfermeiros a seres pensantes, discursistas e ativos na produção de saúde. Assim, é de iminente necessidade estar consciente sobre o cuidar como foco do trabalho da enfermagem, para adquirir autonomia profissional e dar sustentável orientação e defesa a sua esfera de atuação nas organizações de saúde.

Assim sendo, essa proposta insurgiu durante minha trajetória acadêmica, na qual embora tenha sido primordial a aprendizagem da prática da enfermagem, o meu interesse, pela consolidação da profissão, partiu da construção do conhecimento da enfermagem. Pois, a partir daí, entendo o cuidado como objeto epistemológico e profissional da enfermagem, sendo um complexo que necessita da interdependência do saber da enfermagem e de sua prática profissional, para mobilizar ações que contemplem o cotidiano do trabalho do enfermeiro e correspondam às necessidades da sociedade.

Por isso, o enfermeiro tem a política como uma das suas dimensões de competência, na qual se conduz o questionamento multiparadigmático sobre o seu fazer e o posicionamento para defender o foco central de sua prática e o seu lócus profissional nas instituições de saúde. Assim, frente às diversas leituras realizadas, pode-se perceber que a questão política é uma lacuna a ser explorada perante a dicotomia do campo teórico e do campo prático da enfermagem.

A relevância da proposição está em investir no exercício crítico-reflexivo para reconstruir práticas, por meio da politização inovadora dos enfermeiros e da participação, fortalecendo e dando visibilidade à prática profissional nos espaços em que se insere (PIRES, 2007). Na visão da mesma autora, politizar espaços significa partilhar poderes pela intervenção crítica e criativa de sujeitos em contextos sócio-históricos específicos, ampliando cidadanias e práticas sociais.

De forma aproximada, poder-se-ia ainda dizer que a prática dos profissionais de saúde, e em especial do enfermeiro, forjada na concepção emancipatória do cuidar, pode contribuir para a construção da autonomia e satisfação de sujeitos -

sejam esses usuários, família, comunidade ou a própria equipe de saúde, de forma crítica e participativa (PIRES, 2007).

De tal modo, o presente trabalho poderá proporcionar a sensibilização dos sujeitos para se expressarem acerca de um tema atual e de iminente necessidade, vista a conjuntura das ações profissionais do enfermeiro no contexto hospitalar e a escassa produção científica sobre o assunto que se encontra ainda em construção paralelamente a profissão da enfermagem.

Assim, apresentam-se os seguintes pressupostos teóricos do presente estudo:

O processo de trabalho da enfermagem é modificado pelo empoderamento político dos enfermeiros por meio do discurso, ação e pensamento, desconstruindo a centralização político-administrativa e o aprisionamento da prática da enfermagem no ambiente hospitalar.

O empoderamento político dos enfermeiros sobre a práxis da enfermagem promove a transformação da prática hospitalar, por intermédio das relações humanas destes profissionais com usuários, demais trabalhadores e gestores de saúde e enfermagem, na pluralidade, sendo uma possibilidade para a emancipação profissional da enfermagem.

E por fim, tem-se a questão norteadora da pesquisa:

Como ocorre o processo de busca pelo empoderamento político do enfermeiro na prática hospitalar?

2. Objetivos do estudo

2.1 Objetivo Geral

Compreender o processo de busca pelo empoderamento político dos enfermeiros na prática hospitalar.

2.2 Objetivos Específicos

Descrever a prática hospitalar dos enfermeiros com foco no processo de trabalho, envolvendo as relações de trabalho, participação, autonomia e tomada de decisões no ambiente profissional.

Identificar as potencialidades e limites da prática do enfermeiro no cotidiano hospitalar que atendam as questões políticas (foco no processo de trabalho, envolvendo as relações de trabalho, participação, autonomia e tomada de decisões no ambiente profissional).

3. Referencial teórico: dialogando com a literatura e o objeto de estudo

Para abordar as questões relacionadas à investigação, foi utilizado como referencial teórico a obra - A condição humana, da filósofa política Hannah Arendt, aliado ao diálogo com as publicações encontradas na consulta as bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Base de dados de enfermagem (BDEnf), *Scientific Electronic Library Online* (Scielo) e *Web of Science* com o descritor autonomia profissional, o qual apresentou resultados mais próximos do assunto em estudo.

O referencial teórico e estas publicações, assim serão também discutidos associados ao mote processo de trabalho da enfermagem, com vistas a contemplar o empoderamento político do enfermeiro na prática hospitalar, evidenciando-se os principais aspectos que permeiam os temas supracitados.

Primeiramente, contextualiza-se a vida da autora Hannah Arendt, pois conhecer sua trajetória tem importância fundamental para se aceder a seu pensamento, centrado nos acontecimentos que ela presenciou na sua experiência de judia alemã refugiada do nazismo e nas observações que fez da sociedade norte-americana, na qual viveu a maior parte de sua vida (SCHMITZ, s.d.). Ela nasceu em Hanôver (Alemanha), na data de 14 de outubro de 1906. Faleceu em Nova Iorque (Estados Unidos da América), no dia 4 de dezembro de 1975.

Dentre suas obras, destacam-se: As Origens do Totalitarismo (1951); A Condição Humana (1958); Ensaios sobre a Revolução (1933); Entre o Passado e o Futuro (1961); Eichmann em Jerusalém (1963); Homens em Tempos Escuros (1968); Sobre a Violência (1970) e Da Mentira à Violência (1972). E A Vida da Mente (1978); A Vida do Espírito: o Pensar, o Querer, o Julgar (1978) e Lições sobre a Filosofia Política de Kant (1982) foram publicações póstumas (SCHMITZ, s.d.).

No livro, A condição humana, Arendt procura resgatar os significados originais do trabalho, labor, ação, público, privado, político e social, de forma a poder analisar

a verdadeira natureza da política. Esta sendo concebido por ela, como: “o sentido da política é a liberdade” (ARENDT, 2006, p. 201).

Neste aspecto cabe atentar para o significado de liberdade, enquanto estado no qual o sujeito tem espaço para agir, pensar e desejar sem impedimentos, todavia esse termo, muitas vezes, é confundido com autonomia, que remete à capacidade para definir as suas próprias regras e limites sem que estes precisem ser impostos por outros, apontando para uma liberdade relativa (JESUS; SAID, 2008).

Já ao que refere o conceito de política, esta teve suas primeiras bases nos Tempos Homéricos (séculos XII a VIII a.C.). Neste período, o poder se concentrava nas mãos da aristocracia guerreira, predominando a crença nos mitos. As ações humanas se explicavam pela interferência dos deuses, e as leis que regiam o comportamento humano também tinham origem divina (ARANHA; MARTINS, 2005).

No Período Arcaico (séculos VIII a VI a.C.), aconteceu o desenvolvimento do comércio, e consequentemente da polis, cidade-estado grega, palavra da qual se originou o termo política, que é descrita como atividade que diz respeito à vida pública, arte de governar, de gerir os destinos da cidade (ARANHA; MARTINS, 2005).

Este período se caracterizou por grandes avanços no campo da política, proporcionados pelo desenvolvimento das primeiras leis escritas, uso da moeda e surgimento da filosofia e dos conceitos de cidadania, sendo considerados cidadãos somente 10% da população, excluindo estrangeiros, mulheres e escravos. Surge também o conceito de democracia, que tinha como um dos principais ideais o de que "o cidadão pode e deve atuar na vida pública independente da origem familiar, classe ou função. Todos são iguais, com o mesmo direito à palavra e à participação no exercício do poder" (ARANHA; MARTINS, 2005, p. 157).

Ao longo da história, o conhecimento político foi e continua sendo desenvolvido e aperfeiçoado, por tratar-se de um conhecimento e uma prática que interfere na vida de todos os cidadãos, sobretudo nos setores de saúde, educação e legislação, devendo, portanto, ser apreendido e praticado por todos (PERSEGONA; et al., 2009).

Na enfermagem, uma forma que se evidencia de participação política é no âmbito da gestão compartilhada no trabalho em equipe multidisciplinar do Sistema Único de Saúde (SUS). Sendo que esta é uma atuação crítica em espaços de

disputa de poder, onde seu posicionamento político contribui ou não para efetivar os princípios do SUS (MELO; SANTOS, 2007).

No entanto, cabe ressaltar que a participação política também pode efetivar-se por meio de presença em reuniões, mesmo sem contribuições ou envolvimento pessoal; na delegação de atividades ou representatividade ou ainda pela participação propriamente dita, na qual há envolvimento direto ou indireto do participante no processo de decisão política (BOBBIO; MATTEUCCI; PASQUINO, 2000). Além disso, muitos enfermeiros vinculam sua participação política ao compromisso técnico, não percebendo que esta também é exercida em outros momentos, como por exemplo, em negociações e acordos com as chefias, entre os profissionais ou destes com os usuários (MELO; SANTOS, 2007).

Pires (2001) apresenta características dos enfermeiros próximas da qualidade política, tais como: visão crítica da realidade e da prática social, entendendo-as como processo histórico, portanto conquistável; questionamentos fundamentados acerca dos conflitos e incongruências da profissão; inclusão da dimensão política do conhecimento nas argumentações, relacionando-os, sempre que possível com o poder de influir significativamente no cotidiano; entendimentos contextualizados de autonomia e poder, percebendo-os dialeticamente como correlações de força e disputa de espaços; compreensão crítica do aprisionamento do cuidado pela enfermagem ou sua institucionalização; concepção de si próprio como sujeito histórico, co-responsável por conquistas e injustiças sociais; entre outros.

Deste modo, o respaldo para responder essas questões e encaminhar esta investigação encontra-se em Arendt (2010), citando que a política está baseada na pluralidade das pessoas; portanto, diz respeito à convivência entre diferentes, mesmo que semelhantes, pelo fato de sermos humanos, contudo sem sermos iguais, reiterando um ideal de democracia participativa e de valorização da diversidade. Assim, se a pluralidade implica na coexistência de diferenças, a igualdade a ser alcançada por intermédio deste exercício de interesses é a liberdade do pensar, ser, agir e se expressar no mundo.

Liberdade para Arendt (2010) é identificada à esfera da ação, equivalendo à soberania, ao ser exercitada a ação e decidirem, em conjunto, seu futuro comum. A pluralidade, por sua vez, é a condição básica da ação – *práxis* e do discurso - *lexis*, pois proporciona o duplo exercício da igualdade e da diferença, o que iguala o

agente da ação aos demais é a sua condição de diferente de todos e de cada um diante do mundo.

Essas proposições advêm do intuito de transformar a realidade na qual a enfermagem e o trabalho estão inseridos no mundo, pois Arendt (2010) aponta para a práxis e o mundo comum pela polis helênica com a finalidade da recuperação do político que, na atualidade, tem sido amplamente subordinado aos interesses econômicos capitalistas.

Nesse sentido, o trabalhador está sujeito as estratégias capitalistas de controle do trabalhador sobre o processo produtivo e, em consequência disso, a perda de controle sobre seu próprio trabalho (NAVARRO; PADILHA, 2007).

Para Braverman (1989), o controle do trabalho ao longo da história da gerência sempre foi o aspecto essencial, entretanto, a partir de Taylor esta questão adquiriu dimensões sem precedentes. Em geral, antes de Taylor, admitia-se que a gerência tinha o direito de controlar o trabalho, o que usualmente significava apenas a fixação de tarefas, com pouca interferência direta na maneira do trabalhador executá-las.

Porém, o taylorismo aprofundou a divisão do trabalho introduzida pelo sistema de fábrica, assegurando definitivamente o controle do tempo do trabalhador pela gerência, o que significou uma separação extrema entre concepção e execução do trabalho. O fordismo continuou requerendo este tipo de trabalhador estranhado que o taylorismo havia evidenciado. Ford aperfeiçoa o método introduzindo a linha de montagem e um novo modo de gerir a força de trabalho, com destaque aos incentivos dados aos trabalhadores, através de aumento dos níveis salariais (NAVARRO; PADILHA, 2007).

A história registra, no entanto, uma significativa resistência operária ao fordismo, uma vez que os profissionais sentiram o peso de um trabalho puramente mecanizado, rotinizado, gerando um alto índice de absenteísmo e aumento de paralisações e sabotagens. Já o toyotismo estaria transformando o trabalhador em “altamente qualificado”, ”polivalente”, “multiprofissional”, mas na prática, isto significa sobrecarregar o trabalhador com mais trabalho (NAVARRO; PADILHA, 2007).

Nas últimas décadas, a organização coletiva de trabalhadores, no mundo e no Brasil em particular, vem enfrentando o enfraquecimento dos sindicatos, os quais não têm conseguido impedir o processo de precarização do trabalho (NAVARRO; PADILHA, 2007).

Apesar de algumas transformações ao longo do desenvolvimento do processo de trabalho, nos séculos XIX e XX, para Navarro e Padilha (2007), não houve uma verdadeira ruptura com o caráter capitalista do modo de produção e com seu complexo plano ideológico de fragmentação da subjetividade para facilitar a manutenção de seu projeto hegemônico, como: a apologia do individualismo, o aumento do desemprego, da intensificação e da precarização do trabalho nos diferentes setores da economia.

Deste modo, o desemprego força as pessoas, desesperadas pela falta de dinheiro e de reconhecimento social, a tentar uma vaga no mercado do emprego formal, mesmo que este seja alienado, estranhado e que possa comprometer a saúde física e psíquica ainda é objeto de desejo (NAVARRO; PADILHA, 2007).

Quando Braverman (1989) refere-se à “degradação do trabalho”, ele defende que o capitalismo promove não apenas a precarização das condições de trabalho, com aceleração de ritmos e imposição de movimentos repetitivos, como também a reificação do trabalhador, ou seja, a separação entre a atividade laboral e sobre aquilo que ele produz, a ponto de não identificar o produto do seu trabalho como parte do seu próprio esforço.

Pires (2008) reforça que o modelo tradicional fragmentado de produção taylorista, no qual o trabalho é compartimentalizado, cada grupo profissional se organiza e presta parte da assistência de saúde separado dos demais. Isto é, o trabalho foi bastante alterado ao longo do tempo, iniciado pelo trabalho do artesão no qual o trabalhador era profundo conhecedor de todo o processo de produção, tanto em sua dimensão intelectual como manual, até a divisão técnica do trabalho na modernidade, na qual cada indivíduo executa sua parcela de habilidade e conhecimento em uma etapa do processo produtivo sem ter a visão do todo (CANOLETTI, 2008).

Arendt (2010) afirma que as pessoas de pensamento e as pessoas de ação são colocadas em caminhos diferentes desde a ascendência do pensamento político. Além disso, a autora aponta os efeitos da automatização sobre as relações de trabalho levando a libertação sem sentido do fardo de trabalho, para uma sociedade de operários (ARENDT, 2010). Ao colocar a temática na responsabilidade da reflexão sobre o que estamos fazendo com o mundo. Arendt (2010) mostra sua preocupação numa reflexão profunda com a destinação da existência humana

enquanto sujeito singular que se confronta inexoravelmente com seu próprio aniquilamento.

A politióloga principia sua obra alertando para as formas de vida que a pessoa impõe a si mesmo para sobreviver. São condições que tendem a suprir a existência do ser humano e variam de acordo com o lugar e o momento histórico dos quais a pessoa é parte. Nesse sentido, todos os seres humanos são condicionados, até mesmo aqueles que estabelecem o comportamento de outros se tornam dependentes pelo próprio movimento de condicionar. Sendo assim, somos subordinados por duas maneiras: pelos nossos próprios atos, aquilo que pensamos, nossos sentimentos, em suma os aspectos internos de submissão. Pelo contexto histórico que vivemos: a cultura, os amigos, a família; são os elementos externos de sujeição.

Os enfermeiros, nesta perspectiva, são condicionados pela sua atuação, pelo que pensa e sente expressando-se no ambiente profissional, por meio das relações profissionais, sua participação e posicionamento para a tomada de decisões no que é de sua competência.

No que se refere à tomada de decisões, Chiavenato (2004) define como o processo de análise e escolha entre várias alternativas disponíveis do curso de ação que a pessoa deverá seguir, sendo um processo complexo e sujeito às características individuais da pessoa que realiza a tomada de decisões, quanto da circunstância em que está envolvido e da maneira como compreende essa situação.

O processo de decisão desenvolve-se em sete etapas, a saber: percepção da situação que abrange algum problema; diagnóstico e definição do problema; definição dos objetivos; busca de alternativas de solução e de ação; escolha da alternativa mais apropriada ao alcance dos objetivos; avaliação e comparação dessas alternativas; implementação da alternativa escolhida; sendo que cada etapa influencia as demais e todo o conjunto do processo (CHIAVENATO, 2004).

Já a relação interpessoal no trabalho da enfermagem compreende a dimensão da subjetividade, como a existência da confiança, da responsabilidade, da ética, da colaboração, da cooperação, do engajamento, da criatividade e da iniciativa, o que significa transpor um “saber-fazer” para um “saber-ser” (THOFEHRN et al., 2011).

Nesse sentido, Lunardi Filho, Lunardi e Spricigo (2001, p. 95) apontam que o trabalhador precisa enfrentar o processo de desalienação pela:

> Apropriação do significado político e social do seu trabalho, pela sua participação na organização do trabalho, tanto na concepção como na execução das tarefas, mobilizando suas energias e capacidade de criação para a concretização de um trabalho com espaços de liberdade, responsabilidade e instâncias diferenciadas de decisão podem constituir-se em possibilidades de exercício de autonomia do trabalhador, portanto, em possibilidades desse trabalhador vir a se tornar sujeito do trabalho que executa.

Nesta lógica, deve-se compreender o que significa hoje o mundo do trabalho em saúde, conforme Ribeiro, Pires e Blank (2004) é um trabalho coletivo institucional, que se desenvolve com características profissionais e, ao mesmo tempo, da divisão do trabalho e da lógica taylorista - divisão social do trabalho - de organização e gestão do trabalho. Além disso, o trabalho procura responder à reprodução fisiobiológica, envolvendo as dimensões sociais, culturais, artísticas, de lazer.

Já Marx (1998) referia que o trabalho é o ato fundante da objetivação humana e é a partir do processo de trabalho que o ser social realiza a reprodução de sua existência, conferindo ao trabalho uma dimensão central da vida dos seres humanos.

Isto é, a pessoa ao realizar o trabalho produz algo que já estava, antecipadamente, idealizado em sua imaginação, o que o diferencia de outros animais, realizando um trabalho consciente e com uma ação intencional - condições subjetivas, para produzir a sua própria vida, seja uma produção material ou de bens e produtos simbólicos para satisfação de suas necessidades (ZERBETTO; PEREIRA, 2005).

No que se refere ao trabalho em saúde, o seu produto final não se resume a um bem material ou um procedimento técnico, que tem finalidade de acumular capital e servir de meio de produção da mais-valia (ZERBETTO; PEREIRA, 2005). O trabalho em saúde é centrado no trabalho vivo em ato e não pode ser capturado na lógica do trabalho morto, expresso somente nos equipamentos e máquinas - tecnologia dura, e nos saberes estruturados que normaliza e é normalizado - tecnologia leve-dura, pois no campo das intervenções assistenciais há abordagem assistencial de um trabalhador de saúde junto a um cidadão, em um processo de relações, que envolve tecnologia de encontros - tecnologia leve; de subjetividades, de produção de vínculo, acolhimento e autonomização, como a capacidade do

indivíduo de governar o modo de conduzir a sua própria vida (MEHRY; ONOCKO, 1997).

O trabalho em saúde atende às necessidades do ser humano, as quais não são naturais, mas histórica e socialmente determinadas. Nesse momento, ressalta-se a importância do processo de desinstitucionalização do enfermeiro, ou seja, ele deve rever suas posturas, seus saberes teóricos e práticos que mantêm a exclusão social não só do usuário, mas do auxiliar e técnico de enfermagem (ZERBETTO; PEREIRA, 2005).

Para Zerbetto e Pereira (2005) o importante é a ênfase na relação social (usuário e profissionais da saúde e comunidade) e a busca da ruptura de mecanismos perpetuadores da marginalização dos sujeitos, correndo o risco de não reconhecê-los como cidadãos, ou seja, estabelecer relação única entre teoria e prática, evitando-se a ação mecanizada, reiterativa e alienada e obtendo-se ação reflexiva e consciente, portanto uma práxis.

Paulo Freire (1980) diz que a tomada de ciência de si, de sua ação, do mundo e das outras pessoas, como realidades dialeticamente em determinação, deve prosseguir para a transformação da mesma realidade. Isto supõe uma opção ideológica por parte do sujeito, que alimentará o dinamismo de integração do indivíduo no mundo, o que contribuirá no apoderamento das pessoas para a transformação da realidade desumanizante.

Ainda o mesmo autor afirma que a intensidade do compromisso, do engajamento do indivíduo dependerá sempre da intensidade do exercício de sua capacidade de relação com a realidade, tornando a conscientização algo perturbador para as pessoas por retirá-las de seu ajustamento ao mundo. Se a conscientização não levá-las à ação, provocará um sentimento de culpa por não fazer o que deveria, pois se sabe o responsável pela manutenção da realidade que submete grande parte dos seres humanos à condição, por exemplo, de sofrimento (FREIRE, 1980).

O sentimento de culpa pode levar o ser humano à racionalização da situação na qual se encontra, conduzindo-o a uma falsa filantropia assistencialista, na procura de outros caminhos para a benevolência, que não existe sem o compromisso com os outros humanos na luta comum pela libertação (FREIRE, 1980).

Retomando a compreensão de trabalho, que Arendt (2010) contesta este como a centralidade na vida humana, referindo a uma expressão radical da época,

principalmente por girar em torno da produtividade e esta promover o labor a condição de trabalho, sendo estes termos vistos na atualidade, como sinônimos.

Diante desta incompreensão do labor, Arendt (2010) procurou na herança autêntica da *polis* pré-filosófica, o resgate dos três componentes da *vita activa*: o labor, o trabalho e a ação, buscando aí os valores que antecederam a tradição do pensamento ocidental.

O termo *vita activa*, utilizado por Arendt (2010), não é o mesmo da tradição do pensamento filosófico e religioso que estabelece uma distinção entre a *vita contemplativa* e a *vita activa*. Pois, ela vê a política, na modernidade, como o engajamento ativo nas coisas do mundo e advém da *vita contemplativa*, que serve as necessidades da contemplação do corpo vivo (ARENDT, 2010). A incursão de Arendt pela *polis* pré-filosófica foi no sentido de recuperar as condições humanas que ali se manifestaram e, por esta razão, representam um potencial a ser explorado (WAGNER, 2000).

Cada uma dessas atividades refere-se a uma das condições humanas a partir das quais a vida foi dada às pessoas. Com base nessa distinção fundamental, Arendt (2010) se refere a essas atividades conforme elas são realizadas, pelo espaço que ocupam na natureza ou no mundo, na esfera privada ou pública, pelo resultado final obtido através da sua realização e pela maneira como os indivíduos se expressam a partir de cada uma delas.

A atividade do labor corresponde a uma atividade vital, que está voltada para a sobrevivência da espécie, em um ciclo sem fim, que persiste de geração a geração de pessoas. O labor é, também, um movimento circular, que alterna a obtenção dos meios de subsistência e o próprio consumo desses meios, um movimento que só termina com o fim da própria vida. A esses processos circulares, vinculados às necessidades vitais, encontra-se submetido o *animal laborans* (ARENDT, 2010).

Neste sentido, Arendt (2010), acrescenta, ainda, que se observa, atualmente, a redução de todo trabalho ao nível de labor, esforço rotineiro e cansativo, tendo como único objetivo a sobrevivência, em detrimento de uma elevação do trabalho produtivo ao nível da práxis eminentemente política do operariado, tal como poderia ser observado na atuação do enfermeiro na prática hospitalar.

Nos hospitais gerais, o enfermeiro é quem gerencia a equipe de saúde, organiza o serviço de enfermagem, as escalas de folgas e férias, provê materiais, equipamentos e medicamentos necessários, elabora normas e rotinas para o

atendimento dos pacientes e planeja a assistência de enfermagem. No que diz respeito às atividades assistenciais, o enfermeiro realiza atividades como: visita e avaliação dos pacientes, contato com o médico, realização de procedimentos, passagem de plantão, relatório diário de enfermagem (RODRIGUES, 2003).

Por isso, nas instituições criam-se várias demandas que geram expectativas relacionadas à atuação do enfermeiro, a qual frequentemente, depara-se com a impossibilidade de atendê-las. Lunardi Filho (2000) afirma que o enfermeiro tem assumido a função de administrar o impossível no seu espaço de trabalho ao elaborar escalas de pessoal pretensamente adequadas, sem contar com suficiente número de colaboradores, ele se sujeita a listar e a fazer requisições de materiais sobrepostos, na tentativa de obter o mínimo suficiente e necessário para o trabalho assistencial.

Portanto, o labor não pode construir o mundo como morada do ser humano, porque tendem a degradar-se rapidamente, os seus produtos não têm durabilidade suficiente para constituir a objetividade do mundo, são, assim, os mais necessários e os menos duráveis entre as coisas tangíveis e, por isso mesmo, os mais naturais e os menos mundanos dos produtos (ARENDT, 2010).

Enquanto o labor corresponde ao próprio processo biológico do corpo humano, o trabalho tem um começo e um final determinados e termina com um resultado tangível, durável - o objeto de uso. Este objeto, fabricado, é resultado da intervenção do ser humano na natureza, o qual, agindo com violência sobre esta, produz artificialmente um artefato (ARENDT, 2010).

Isto é:

> O labor assegura não apenas a sobrevivência do indivíduo, mas a vida da espécie. O trabalho e seu produto, o artefato humano, emprestam certa permanência e durabilidade à futilidade da vida mortal e ao caráter efêmero do tempo humano. A ação, na medida em que se empenha em fundar e preservar corpos políticos cria a condição para a lembrança, ou seja, para a história (ARENDT, 2010, p. 16).

Nesta perspectiva, distintas concepções de trabalho também podiam ser vistas na Antiguidade Romana - *tripalium* e labor (GUARESCHI; RAMOS, 1989). O primeiro designava, originalmente, um instrumento de tortura dos escravos. Com o tempo, passou a designar o trabalho escravo ou alienado, com participação quase que exclusiva e restrita do trabalhador à sua execução, portanto, excluído do

planejamento e privado dos frutos de seu próprio esforço. O segundo era o trabalho dos livres, daqueles que planejavam, decidiam e trabalhavam no que lhes pertencia, usufruindo o que produziam.

Labor, trabalho e ação, são evidentemente termos distintos, todavia se relacionam com a política e é essa pluralidade que abastece especificamente a condição de toda vida pública. Aponta-se uma distinção entre o privado e o público que coincidente com a oposição entre a necessidade e a liberdade. Segundo Arendt (2010), o significado mais elementar das duas esferas indica que há coisas que devem ser ocultadas e outras que necessitam ser expostas em público para que possam adquirir alguma forma de existência:

> O que distinguia a esfera familiar era que nela os homens viviam juntos por serem a isso compelidos por suas necessidades e carências. O fato de que a manutenção individual fosse a tarefa do homem e a sobrevivência da espécie fosse a tarefa da mulher era tido como óbvio; e ambas estas funções naturais, o labor do homem no suprimento de alimentos e o labor da mulher no parto, eram sujeitas à mesma premência da vida. A esfera da polis, ao contrário, era a esfera da liberdade, e se havia uma relação entre essas duas esferas era que a vitória sobre as necessidades da vida em família constituía a condição natural para a liberdade na polis (ARENDT, 2010, p. 39-40).

Quando se procura perceber o profissional de enfermagem na esfera privada, especialmente o enfermeiro que é o coordenador da equipe e possui formação para exercer o conhecimento político. Muitas vezes, ele exerce esse saber por meio do engajamento nas atividades domésticas, na defesa de suas opiniões e ideias acerca das coisas do mundo, na gestão do lar e dos cuidados ao cônjuge, aos filhos e a família como um todo. Contudo, o enfermeiro deixa de ter esse posicionamento como pessoa e cidadão no ambiente em que realiza o seu trabalho, não se preocupando em preservar a prestação do cuidado integral e humanizado e nem o espaço para a atuação enfocada na sua produção de saúde.

Portanto, o enfermeiro também está sob forte influência das consequências do advento da sociedade em que a manifestação do indivíduo, se acontece, é expressa na esfera privada do lar, ficando ele à mercê do conformismo e da privação de ser ouvido por outras pessoas no mundo do trabalho.

Pois, aquilo que se consegue tornar público, seja por meio do discurso ou da ação, garante a realidade do mundo e de cada sujeito, o que remete a esfera pública, em que tudo o que vem a público pode ser visto e ouvido por todos e tem a

maior divulgação possível. Significa também o próprio mundo, na medida em que é comum a todos nós e diferente do lugar que nos cabe dentro dele (ARENDT, 2010). Percebe-se, então, a presença do político constituído pelas duas esferas, cada qual com sua importância. A esfera privada com o oculto, as posições de sujeito, o agrupamento via identificações entre as pessoas e o inexplicável, sendo possível submeter-se a processos de significações, dando sentido à própria existência humana, corroborando para a formação da esfera pública por meio do discurso e das posições do sujeito político.

Conforme Arendt (2010), o que parece estar ocorrendo atualmente é a decadência dessas duas esferas e a negação do mundo como fenômeno político. Essa negação só é possível quando for considerado que o mundo não durará, que as relações e as transformações do mundo ocorrem a partir de uma comunidade na qual as coisas que reúnem os seres humanos não estabelecem relação de permanência e transcendência.

O espaço público só pode ser construído pensando em transcender a duração da vida de homens mortais e, não pode ser planejado somente para os que estão vivos. O que está em curso é o descaso pela perpetuação da humanidade e das atividades como, por exemplo, o trabalho que nos faz imortais por meio do produto e das significações decorrentes tanto para o trabalhador quanto para a sociedade (ARENDT, 2010).

De acordo com Lunardi Filho, Lunardi e Spricigo (2001) o espaço do *locus* de trabalho é entendido entre os trabalhadores, primeiramente, como o espaço no qual se estabelecem as relações intersubjetivas, o espaço da interação e convívio construído entre si, estabelecendo-se relações de amizade e de intimidade. Percebe-se um deslocamento e não a substituição do espaço do convívio familiar para o espaço do ambiente de trabalho, afirmam-se este como um segundo lar, ou seja, a apropriação pelo trabalhador do espaço público como espaço privado.

Isto é, os trabalhadores (re) inventam o espaço de trabalho enquanto espaço privado familiar, sem o qual não subsistiriam à inclusão de quase a totalidade de seu tempo de existência no trabalho. Em sua (re) invenção os profissionais criam forças em seus próprios corpos à suportabilidade de condições de trabalho que os penalizam na dupla jornada de trabalho diária e a sua acumulação no tempo de sua permanência neste lócus (ROSA, 1994).

Do mesmo modo o labor, quando utilizado como sinônimo de trabalho, deixa a esfera privada, relacionada às necessidades vitais de cada indivíduo, ao oculto, ao irrelevante, para ocupar o espaço público. Essa tentativa de ampliar a esfera privada não ocorre e inicia-se o processo de decadência da mesma, pois o comum a todos não consegue abrigar o singular. Além disso, a esfera pública transforma-se numa esfera restrita de governo entendida como esfera social. A ação que deveria mediar às esferas anteriores não consegue executar sua função, pois as atividades realizadas por grande parte da sociedade são mediadas pelas condições estipuladas pelo sistema capitalista e, assim, perdem todo seu caráter político e de transcendência (ARENDT, 2010).

Se for considerado, também, o entendimento de violência, os quais procuram interpretá-la, fundamentalmente, como privação de algo lhe deveria ser próprio - pois, assim, evitamos a sua banalização no cotidiano, permitindo tentar buscar a sua desconstrução em níveis culturais, enraizados, naturalizados - constatamos que somos significativamente permeados por ela, na privação: do prazer de prestar um atendimento de enfermagem de qualidade à população; de espaços para a participação nas decisões nas instituições com modelos organizacionais, sobretudo, do tipo burocrático-profissionais; da auto-realização pessoal; de salários com valores condizentes à situação econômica do país; da sensação de segurança, pela estabilidade no emprego; da dimensão humana, propriamente dita, desconsiderada e, mesmo, anulada pelos modelos tradicionais de organização do trabalho e da forma de viver do ser humano, na atualidade; entre outros aspectos, que, embora, pareçam pouco importantes, consistem na base para as formas de violências mais apavorantes (MINAYO; SOUZA, 1999).

Conflitos, então, podem ocorrer, quando diferenças no modo de perceber uma determinada situação não podem ser adequadamente comunicadas e resolvidas, o que pode trazer sofrimento moral (LUNARDI et al., 2007). As enfermeiras e demais profissionais da equipe de enfermagem podem apresentar sofrimento moral quando têm condições de realizar um julgamento moral em relação ao que estão experienciando, sabem qual a ação que moralmente seria necessária, porém sofrem constrangimentos na sua tomada de decisão, seja da estrutura institucional, seja de outros trabalhadores (JAMETON, 1993), estando associado com sentimentos de frustração e impotência (RODNEY; STARZOMSKI, 1993).

Neste âmbito, a possibilidade da desumanização inquieta os profissionais profundamente, porque indica que, chegado a isso, não há mais limites para o mal, não porque ele se torne extremo, mas porque se torna banal e que para Arendt (2006) essa ausência de parâmetros gerais, é sinônima de um verdadeiro caos no campo da moralidade, quando se compreende que a capacidade de discernimento do ser humano não é suficiente para distinguir o certo e o errado e reagir de modo autônomo frente às exigências cotidianas.

Na enfermagem, Thofehrn et al. (2008) identificam como banalização do mal, formas de assédio moral: requisições absurdas por parte das chefias; humilhações em público e a portas fechadas, com intimidações; depreciação da imagem profissional; boatos e rumores maliciosos, entre outras, as quais podem repercutir no adoecimento dos indivíduos.

Leopardi (2006) já afirma ser necessário um novo contorno ao trabalho da saúde, com a construção de uma mentalidade de trabalho conjunto para o planejamento, execução e avaliação do processo de trabalho na saúde. Sendo assim, o trabalho da enfermagem complementar e interdependente, uma vez que a enfermagem é exercida por diversas categorias profissionais, e também é um processo 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 (CAPELLA; LEOPARDI, 2006).

Conforme as mesmas autoras Capella e Leopardi (2006), a produção de bens e serviços dá-se através do processo de trabalho que tem como elementos: a finalidade ou tarefa profissional - objetivo que orienta todo o processo; o objeto - aquilo sobre o que se realiza a atividade; instrumento - complexo de saberes que o trabalhador insere, entre ele e o objeto de trabalho, servindo para dirigir a sua atividade sobre o corpo do ser humano, um exemplo de ferramenta é o conhecimento político, como parte deste estudo; o produto final - prestação de assistência nessa área, que é produzida no mesmo momento que é consumida e a força de trabalho – é o conjunto de faculdades físicas e mentais existentes no corpo e na personalidade viva do ser humano, as quais ele põe em ação toda vez que produz bens ou serviços de qualquer espécie.

A força de trabalho, disposta numa organização de trabalho - instituição, expressa características de dimensão particular, aspectos da natureza humana. Em

muitas situações, diante da busca pela eficiência e produtividade, perde a família, o afeto, seus sentimentos, sua multidimensionalidade, passando a ser força de trabalho. Invertendo o significado de trabalho de objetivação do ser humano, produzindo a sua existência. A enfermagem, como integrante da área da saúde corresponde em torno de 60% do total de trabalhadores, o que permite perceber a importância que essa área profissional representa para a qualidade da assistência prestada em saúde (SILVA; PEDUZZI, 2005).

A tarefa profissional enquanto competência tem caráter polissêmico, sendo descrito como: capacidade para aplicar habilidades, conhecimentos e atitudes; habilidade de utilizar o conhecimento a fim de chegar a um propósito; capacidade de utilizar conhecimentos e habilidades adquiridos para o exercício profissional; capacidade de mobilizar saberes — saber-fazer, saber-ser, saber-agir; capacidade para resolução de um problema (PERRENOUD, 1999).

Esse perfil do profissional de enfermagem também é exigido no processo de globalização, de maneira que lhe possibilita constituir sua própria cultura, conhecimentos e habilidades, divulgar seus resultados e romper paradigmas teóricos, fomentando um caráter humanista e social (PALMEIRA; RODRIGUÉZ, 2008).

A enfermagem tem por competência específica no seu processo de trabalho da saúde, a sua tarefa profissional - o cuidado terapêutico (LEOPARDI, 2006). A força de trabalho é representada pelo enfermeiro, técnico e auxiliar de enfermagem e o produto final é o corpo do indivíduo transformado pelo cuidado terapêutico exercido pela equipe de enfermagem, sendo algo não materializável, por ser consumido no ato da prestação da assistência (CAPELLA; LEOPARDI, 2006).

Nesta ótica, ao fabricar-se objetos de uso dotados de certa durabilidade, construindo um mundo humano, a pessoa inaugura sua identidade humana. Ao mesmo tempo em que assume sua identidade como pessoa, estabelece nesta reificação a alteridade, reconhecendo o outro em si mesmo. O trabalho confere permanência e estabilidade ao mundo. É pelo trabalho que a pessoa adquire sua identidade como criador de civilização (ARENDT, 2010).

O processo de fabricação é orientado por um modelo que o antecede e que não desaparece, uma vez realizado o trabalho e fabricado o objeto. O modelo confere à atividade de fabricar e trabalhar a possibilidade de uma multiplicação potencial, que difere da pura repetição característica da atividade de labor. Além

disso, há na atividade de fabricação, a possibilidade de se reverter o processo, ou seja, um objeto fabricado pode ser destruído. A durabilidade de cada objeto tem seu limite (ARENDT, 2010).

O trabalho é uma atividade que o *homo faber* realiza no isolamento para a produção dos objetos que, excetuando-se as obras de arte, estão destinados à privacidade do uso. O *homo faber* tem, no entanto, uma esfera pública própria – o mercado de trocas – que não coincide com a esfera pública política, no sentido de que o *homo faber* só consegue relacionar-se devidamente com outras pessoas, trocando produtos com elas (ARENDT, 2010).

Marx (2004) já trazia o prejuízo dessas ideias de alienação e estranhamento do trabalhador no capitalismo, por meio da compreensão do fetichismo da mercadoria enquanto uma relação social entre pessoas mediatizada por coisas, ocultando à relação entre os trabalhos individuais dos produtores e o trabalho total.

Nesta mesma ótica, a alienação, a institucionalização, a carência de embasamento teórico-filosófico e a fragilidade política dos profissionais de enfermagem, sobre o espaço profissional e seu processo de trabalho, sucedem na desorientação da atuação que deveria estar voltada ao objeto de trabalho - indivíduos, famílias e comunidades e não ao atendimento fundamentalmente das exigências de uma empresa hospitalar com centralização político-administrativa, que responde ao sistema capitalista.

Oliveira e Carvalho (2007) asseguram, com base nos conhecimentos de Paulo Freire, que o sujeito é um ser em situação, de forma que pensar a sua situacionalidade é fundamental para a sua compreensão como um ser de sua prática. Em relação ao mundo, o ser humano pode encontrar-se em três momentos: imersão, emersão e inserção. O primeiro momento é caracterizado pelo fato de que a pessoa encontra-se totalmente envolvido pela realidade; não consegue pensá-la. O momento de emersão assinala a capacidade humana de distanciar-se da realidade, de admirá-la objetivando-a. A inserção implica o retorno do indivíduo à realidade para transformá-la através de sua prática.

Apesar das possíveis implicações éticas e problemas morais decorrentes da falta de ações de contra-poder nas relações de poder em que se encontram os profissionais continuamente imersos, a resistência, no entanto, como manifestação de exercício de poder dos enfermeiros, ainda não parece ser uma prática estimulada, seja no ensino, seja na assistência (LUNARDI et al., 2007).

Compreende-se que com conscientização o grupo de trabalho pode se abrir para além de um trabalho técnico hierarquizado, para um trabalho com interação social entre os trabalhadores, com maior horizontalidade e flexibilidade dos diferentes poderes, possibilitando maior autonomia e criatividade dos agentes e maiores integrações do grupo (ALMEIDA; MISHIMA, 2001).

Essas maiores integrações no grupo de trabalho são preconizadas, no Brasil, com a implantação do SUS e, principalmente, com a fundação do Programa de Saúde da Família (PSF), em 1994, que se apresenta o trabalho em equipe. O trabalho em equipe no PSF é pressuposto e diretriz operacional para a reorganização do processo de trabalho, que o conceito de trabalho em equipe, assim como sua importância, tornam-se pontos vitais para se atingir o sucesso na área da saúde (PEDUZZI, 2006).

O alcance da equipe pode ser reconhecido, no momento em que os indivíduos do grupo se reconhecem como membros da equipe e sentem-se responsáveis tanto pelos seus fracassos quanto pelos seus sucessos, participam da tomada de decisão e principalmente, possuem clareza quanto à comunicação das informações relevantes para o trabalho da equipe (CANOLETTI, 2008).

Diante disso, que a reestruturação do setor de saúde em todo o mundo, o decréscimo relativo de leitos hospitalares, a ênfase em atenção primária e a desospitalização, bem como, a preocupação com o barateamento dos custos da atenção à saúde vêm promovendo mudanças e estão trazendo o enfermeiro para participar nos cuidados domiciliares e ambulatoriais e novos espaços na comunidade, contudo também sua presença se faz nos hospitais altamente especializados (ROCHA; ALMEIDA, 2000).

Essas transformações também podem ser percebidas na enfermagem institucionalizada que saiu do âmbito familiar, privado, doméstico e insere-se na esfera pública, no século XIX, com a organização do setor saúde e das práticas médicas. A partir daí, fundamentou-se no conhecimento científico e adquire o mesmo caráter de racionalidade e tecnologia que domina toda a esfera produtiva da sociedade (ROCHA; ALMEIDA, 2000).

Conforme as mesmas autoras, em virtude da essência da enfermagem, o cuidado não pode prescindir de seus aspectos afetivos, da sensibilidade e da intersubjetividade que se realiza na prática cotidiana. Varia também de acordo com a

cultura, incorporando, junto com a racionalidade científica, as questões étnicas, de gênero, religiosas e éticas, entre outras.

A enfermagem constituinte do maior contingente de trabalho em cuidados à saúde é o grupo profissional mais amplamente distribuído e que tem os mais diversos papéis, funções e responsabilidades. As enfermeiras provêm cuidados a indivíduos, famílias e comunidades que incluem promoção à saúde, prevenção de doenças, tratamentos a pacientes crônicos, agudos, reabilitação e acompanhamento de doentes terminais. Assim, constata-se que as definições e modelos de enfermagem existentes não são capazes de apreender toda a complexidade do cuidado.

No entanto, é preciso frente a isso, transformar a realidade através da ação, enquanto "a única atividade que se exerce diretamente entre homens sem a mediação das coisas ou da matéria, corresponde à condição humana da pluralidade, ao fato de que os homens e não o Homem vivem na Terra e habitam o mundo" (ARENDT, 2010, p.15).

Diferentemente da atividade do labor, realizado pelo *animal laborans*, enquanto membro da espécie (um membro como outro qualquer), e da atividade do trabalho, que é executado pelo *homo faber* no isolamento, a ação está fundada na convivência entre as pessoas, que vêm ao mundo, cada qual, como um ser único e, nesse sentido, desconhecido dos demais, trazendo consigo a marca do imprevisível. É nesse sentido que a ação está associada à condição humana do nascimento. Agir, no sentido mais geral do termo, significa tomar iniciativa, iniciar, imprimir movimento a alguma coisa (ARENDT, 2010).

Enquanto ato em si, a ação revela a singularidade de seu ator, sendo esse o motivo pelo qual a ação não existe sem a palavra. Na ação, o indivíduo, através do discurso, conta quem ele é revelando assim a sua identidade (ARENDT, 2010).

Do ponto de vista do processo que põe em movimento, a ação passa a fazer parte de relações interpessoais preexistentes, com suas inúmeras vontades e intenções conflitantes, de tal forma que, se geralmente não atinge os objetivos esperados por seus atores, ela produz histórias com a mesma naturalidade com que a fabricação produz coisas tangíveis (ARENDT, 2010).

Nesta ótica, é preciso compreender as ações que ocorreram até na constituição da enfermagem enquanto profissão, sendo que as primeiras formas de prestação de assistência em saúde foram às instintivas, como ações de manutenção

da sobrevivência humana quando a enfermagem esteve relacionada à prática domiciliar de partos e a atuação pouco clara de mulheres de classe social elevada que dividiam as atividades dos templos com os sacerdotes (SILVA, 1989).

Esteve presente também a influência dos fatores sócio-econômicos e políticos do medievo e da sociedade feudal nas práticas de saúde e as relações destas com o cristianismo. Esta época corresponde ao aparecimento da enfermagem como prática leiga, desenvolvida por religiosos e abrange o período medieval compreendido entre os séculos V e XIII. Foi um período que deixou como legado uma série de valores que, com o passar dos tempos, foram aos poucos legitimados a aceitos pela sociedade como característica inerente à enfermagem. A abnegação, o espírito de serviço, a obediência e outros atributos que dão à enfermagem, não uma conotação de prática profissional, mas de sacerdócio (SILVA, 1989).

A retomada da ciência, o progresso social e intelectual da Renascença, séculos XIII a XVI, e a evolução das universidades não constituíram fator de crescimento para a enfermagem. Enclausurada nos hospitais religiosos, permaneceu empírica e desarticulada durante muito tempo. O hospital, já negligenciado, passa a ser um insalubre depósito de doentes, onde homens, mulheres e crianças utilizam as mesmas dependências, amontoados em leitos coletivos. Sob exploração deliberada, considerada um serviço doméstico, pela queda dos padrões morais que a sustentava, a prática de enfermagem tornou-se indigna e sem atrativos para as mulheres de casta social elevada (SILVA, 1989).

Ressalta-se que o surgimento da enfermagem como atividade profissional institucionalizada, foi com a Revolução Industrial, no século XVI, que culmina com o surgimento da enfermagem moderna na Inglaterra, no século XIX. Com isso, o avanço da medicina vem favorecer a reorganização dos hospitais. Naquela época, os hospitais estiveram sob piores condições, devido à predominância de doenças infecto-contagiosas e a falta de pessoas preparadas para cuidar dos doentes (ELLUSAÚDE, s.d.).

É neste cenário que a enfermagem passa a atuar, quando Florence Nightingale é convidada pelo Ministro da Guerra da Inglaterra para trabalhar junto aos soldados feridos em combate na Guerra da Criméia, construindo a partir daí o conhecimento técnico - científico da enfermagem. Como Florence, poder-se-ia dizer que a enfermagem atual tende a defender o aprimoramento técnico da profissão associado à rígida disciplina e ao modelo profissional autoritário, remetendo a

primazia do conhecimento formal sobre o político e reproduzindo uma atenção hospitalocêntrica e curativa (PIRES, 2007).

Assim, Arendt (2010) destaca a importância da ação, pois além de dar início a um processo imprevisível em seus resultados, tem consequências irreversíveis. Segundo Pires (2001) pode ser evidenciado na breve apresentação do contexto sócio-histórico da origem da profissão da enfermagem, que ainda na contemporaneidade esse contexto reflete uma classe trabalhadora predominantemente feminina ora estereotipada com imagens sacralizadas ora pecadoras e com dificuldade de reconhecimento social, que busca ascensão profissional por meio do cientificismo pouco crítico, calcado no tecnicismo e na exarcebação da face formal do conhecimento em detrimento da face política que lhe complementa.

Arendt ressalta que só há poder, enquanto não houver isolamento entre os seres humanos e "enquanto a palavra e o ato não se divorciam, quando as palavras não são empregadas para velar intenções, mas revelar realidades, e os atos não são usados para violar e destruir, mas para criar relações e novas realidades". É que a proximidade entre as pessoas é a convivência entre diferentes, e esta depende "do acordo frágil e temporário de muitas vontades e intenções" (ARENDT, 2010, p. 212).

Enquanto espaço de proximidade entre os indivíduos, o espaço público nem sempre coincide com o lugar formalmente considerado como público. A mediação de interesses, pela negociação árdua de projetos, pela intensidade da àgora público-privado inerentes às sociedades humanas, que as pretensas liberdades tomam concretude (PIRES, 2005). O estabelecimento de negociação dentro da assistência hospitalar, para Jesus e Said (2008), requer conhecimentos, habilidades de comunicação, escuta ativa, mapeamento de situação, análise de diretivas, espaço para compartilhar, confiança, autoconfiança, trabalho cooperativo, abertura para acordos e liberdade de expressão.

As mesmas autoras referem que o tipo de liderança assumida pelo enfermeiro pode ser ou não condição para a conquista de espaços à sua autonomia no interior das relações profissionais, sendo a liderança democrática que motiva, dirige, apóia e promove influências positivas no processo de trabalho e no curso de liberdade da enfermagem. A ação é a própria liberdade exercida na pluralidade e esse é o sentido da política, para Arendt. E esta pluralidade é a condição de toda a vida propriamente política (ARENDT, 2010).

Na análise que faz da sociedade moderna, Hannah Arendt (2010) destaca como essa dimensão da ação vem perdendo terreno para a tendência conformista e homogeneizadora da sociedade de massas que, em todos os níveis, busca excluir a sua possibilidade. Ao invés de ação, a sociedade espera de cada um de seus membros certo tipo de comportamento, impondo inúmeras e variadas regras, todas elas tendentes a normalizar os indivíduos, a fazê-los comportar-se, a abolir a ação espontânea ou a reação inusitada. Desta forma, o comportamento substituiu a ação – o Agir – como principal forma de relação humana. O espaço da política, da diversidade e da democracia tende a perder sua concretude na experiência moderna do convívio humano.

Sob este aspecto que a expressão "homem massa" quer significar a condição do homem que tem o seu agir determinado por forças sociais (ARENDT, 2010). Neste estado, o homem não consegue agir conscientemente, não intervém substancialmente na vida social, pois não estabelece uma ação reflexiva e crítica com o mundo e com os outros. É o homem que não cria a sua identidade, mas vive a que é atribuída pelas forças determinantes da sociedade (OLIVEIRA; CARVALHO, 2007).

Arendt (2010) argumenta, ainda, que a revolução industrial, ao trazer a ampliação sem precedentes do âmbito das necessidades naturais e do trabalho, trouxe consigo a transformação do *homo faber* – protótipo da pessoa moderna concebida como um fabricante artesanal de obras duráveis – no *animal laborans*, o ser humano contemporâneo concebido como um trabalhador constantemente empenhado na manutenção do seu ciclo vital e da sociedade em que vive.

Nesta perspectiva é necessário conceber pelos autores Leite e Ferreira (2002, p.34), o modelo teórico da multidimensionalidade do trabalhador no qual destacam aspectos principais:

> [...] a identidade complexa deste: pessoal, profissional e institucional e, ainda, as múltiplas dimensões desse sujeito: individual (a totalidade do ser; o processo saúde-doença; a saúde do trabalhador; sofrimento e realização no trabalho); relacional (necessidades interpessoais; relações internas na equipe e relações externas na atuação profissional); operativa (significação do trabalho; operatividade e criatividade); conhecimento (domínio do processo de trabalho/práxis coletiva).

A partir daí, vislumbra-se o empoderamento político desses sujeitos multidimensionais, concebendo que o empoderamento é bastante utilizado em vários âmbitos, dentre eles o da área da saúde, trazendo para discussão algumas possibilidades de seu desenvolvimento conceitual e operacional, além de apresentá-lo como elemento relevante à compreensão de potencialidades e limites na promoção da participação social e política (KLEBA; WENDAUSEN, 2009).

No que diz respeito, o poder em Arendt denota a habilidade humana não apenas para agir, mas para agir em concerto, pertencendo a um grupo e permanecendo em existência apenas na medida em que este grupo mantém-se unido (ARENDT, 1994). O entendimento arendtiano, alude que a convivência pacífica entre os indivíduos é o fato que propicia a ação conjunta e é esta ação que é geradora de poder (BITTAR; ALMEIDA, 2004).

Por isso, um dos sentidos de empoderamento se refere ao processo de mobilizações e práticas que objetivam promover e impulsionar grupos na melhoria de suas condições de vida, aumentando sua autonomia, sendo que profissionais ou agentes externos podem catalisar ações ou auxiliar na criação de espaços que favoreçam e sustentem processos de empoderamento, os quais refletem situações de ruptura e de mudança do curso de vida (KLEBA; WENDAUSEN, 2009).

No que alude ao exercício da autonomia, Jesus e Said (2008) citam algumas dificuldades encontradas nos discursos dos enfermeiros, tais como: falta de conhecimento e segurança no fazer, a falta de recursos materiais e humanos, a falta de competências nas relações interpessoais com a equipe, a falta de liberdade no trabalho, a desvalorização profissional, a hierarquia e burocracia institucional, os paradigmas das instituições formadoras e empregadoras e o poder. Portanto, é preciso atentar ao vazio político percebido nos discursos dos enfermeiros que compromete a qualidade de sua participação em espaços públicos, como o hospital (MELO; SANTOS, 2007).

Os autores Kleba e Wendausen (2009) tratam as relações de poder em três níveis: o pessoal, grupal e estrutural. Quanto ao pessoal é desencadeada convicções acerca da própria competência e capacidade de poder influenciar decisivamente situações, além da compreensão crítica sobre o contexto e as relações sociopolíticas, autoconfiança e disponibilidade para tomar o destino nas próprias mãos, e o desejo de ser ativo e de exercer influência sobre o meio, se

ligando ao empoderamento pessoal que possibilita a emancipação dos indivíduos, com aumento da autonomia e liberdade.

O nível grupal - desencadeia respeito recíproco e apoio mútuo entre os membros do grupo, perseguição de objetivos idealizados, orgulho partilhado por todos acerca de seu projeto e, ainda, promovem estruturas decisórias participativas, ação social coletiva, articulação em rede com outras pessoas e organizações, se referindo ao empoderamento grupal que promove o sentimento de pertencimento, práticas solidárias e de reciprocidade.

Já o estrutural - desencadeia sensibilização para recursos existentes, utilização de oportunidades de apoio externo, mediação de capacidades associativas, motivação com ideias e visões ou com iniciativas e projetos que promovem ações conjuntas, assim como, promove inserção nos projetos sociais e políticos, criação e conquista de espaços de participação na perspectiva da cidadania, se atrelando ao empoderamento estrutural o qual favorece e viabiliza o engajamento, a co-responsabilização e a participação social, sendo de natureza aparentemente mais complexa, possibilita aos indivíduos e grupos mais opções em sua tomada de decisão e mais recursos para seu enfrentamento nas adversidades, requerendo dos sujeitos maior discernimento para optar, bem como o domínio de habilidades requeridas no emprego dos recursos disponíveis.

Assim sendo, o enfermeiro pode tornar-se um agente de mudança, de inovação emancipatória em potencial, subsidiado pelo conhecimento político, pois dispõe de instrumentos como poder e força, para interferir politicamente sobre o curso de como as questões de saúde são determinadas e se apresentam, bem como mobilizar as pessoas com as quais interage, para também agir com vistas à coletividade (PERSEGONA et al., 2009). A inovação, aqui, é entendida como novas ideias, que provocam transformações.

No processo de empoderamento há duas faces interdependentes: a dimensão psicológica e a dimensão política, sendo a primeira relacionada ao desenvolvimento de um determinado modelo de auto-reconhecimento, através do qual as pessoas adquirem ou fortalecem seu sentimento de poder, de competência, de autovalorização e auto-estima e a segunda, foco deste estudo, implica na transformação das estruturas sociais visando à redistribuição de poder, produzindo mudanças das estruturas de oportunidades da sociedade (KLEBA; WENDAUSEN, 2009).

Nessas dimensões do empoderamento, o incremento de competências e da capacidade de enfrentar circunstâncias complicadas ocorre nos espaços da micropolítica cotidiana e é fortalecido no espaço da política macro, à medida que as pessoas se apropriam de habilidades de participação democrática e do poder político de decisão (HERRIGER, 2006).

Refletindo sobre eixos semelhantes, existe na enfermagem a abordagem de Pires (2005) com o triedo do cuidar: conhecer para cuidar melhor, cuidar para confrontar e cuidar para emancipar; no primeiro lado do triedo a autora menciona como uma das possibilidades, a valorização dos diversos saberes e valores das equipes de enfermagem, como ricas potencialidades de cuidar, buscando estratégias conjuntas para o enfrentamento de problemas; na segunda ideia propõem a politização dos espaços de atuação do enfermeiro, partilhando poderes na tentativa de acumular forças de reação aos processos de dominações excludentes e o fortalecimento de autonomias individuais e coletivas na equipe de saúde e em sua relação com o outro, coletivizando conhecimentos capazes de democratizar assimetrias de poder e no último lado do triedo, é possível valorizar e resgatar as diversas culturas e formas simbólicas como substratos da pluralidade e possibilidades emancipatórias da relação de cuidado estabelecida pela enfermagem.

Desse modo, que a forma como os sujeitos fazem suas escolhas tem estreita relação com a capacidade de participação, mas também com a distribuição do poder nesses espaços, sendo preciso recriar formas de lidar com o objeto institucional se quisermos transformar relações de poder autoritárias em relações mais horizontais que levem ao empoderamento dos sujeitos envolvidos (KLEBA; WENDAUSEN, 2009).

Os autores Dal Pai, Schrank e Pedro (2006, p.86) refletem indagações relativas à atuação sócio-política do enfermeiro, das quais se destaca: “Estariam alheios ao que está posto, distanciando-se de um compromisso e responsabilidade que criassem condições de assumir e demonstrar capacidade crítico-reflexiva-criativa em prol da saúde da população?”. De maneira que parece que estes profissionais estão tão imersos no conformismo, que não lhe restam mais energias internas para agir e arcar os consequentes encargos com a sociedade, que adviria da ascensão da profissão da enfermagem.

O empoderamento político do enfermeiro seria a garantia do exercício da cidadania ativa, que permite a melhor atuação profissional nas tomadas de decisões

e abre oportunidades para a gestão sustentável do cuidado nas instituições de saúde (PERSEGONA et al., 2009).

O processo de empoderamento em nível organizacional implica em processo de fortalecimento da organização como um todo para alcançar objetivos e metas, como sistema ou unidade. Nesse nível são proporcionadas experiências de liderança e tomada de decisão compartilhada e ações de comunicação e apoio eficazes, distribuição de papéis e responsabilidades segundo a capacidade de cada um, troca de informações e recursos, gestão adequada em função do crescimento e desenvolvimento organizacional (SILVA; MARTÍNEZ, 2004). Ou seja, trata-se de politizar a prática da enfermagem nos espaços onde se insere, partilhando decisões e ampliando o debate em torno das diferenças (PIRES, 2005).

Por fim, é visto que o processo de trabalho da saúde é um campo fértil para a produção de sujeitos protagonistas na construção de um sistema mais justo e de relações democráticas, que permitam o agir do enfermeiro na subjetividade da prática do cuidado, constituindo, assim a identidade profissional da enfermagem (PIRES, 2005; FARIA; ARAUJO, 2010).

Desta forma, o enfermeiro estando consciente e reflexivo sobre a organização do seu processo de trabalho, evita a alienação e poderá se empoderar para a conquista do seu espaço de autonomia, na prática hospitalar.

4. Método do estudo

4.1 Contextualizando o tipo de pesquisa

Trata-se de um estudo descritivo-exploratório de abordagem qualitativa, fundamentado no construtivismo de Mary Rodwell (1994).

A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ou não deveria ser quantificado, ou seja, ela trabalha com o universo dos significados, motivos, aspirações, atitudes, crenças e valores. Esse conjunto de fenômenos humanos é entendido aqui como parte da realidade social, pois o ser humano se distingue não apenas por agir, mas por pensar sobre o que faz e por interpretar suas ações dentro e a partir da realidade vivida e partilhada com seus semelhantes (MINAYO, 2010).

E ainda, cabe mencionar que todos os fenômenos são igualmente importantes e preciosos: a constância das manifestações e sua ocasionalidade, a frequência e a interrupção, a fala e o silêncio, pois é necessário encontrar o significado manifesto e o que permaneceu oculto. Assim, procura-se conhecer a experiência dos sujeitos, as representações e os conceitos por eles elaborados existindo uma relação dinâmica entre a realidade e o seu mundo subjetivo (CHIZZOTTI, 2006).

A base epistemológica que sustenta a pesquisa aqui proposta é o construtivismo, já que trata das realidades múltiplas, é também um método mais flexível e adaptável, expondo diretamente a natureza da interação entre o investigador e os participantes, pois através da investigação qualitativa se torna mais fácil o acesso às tendências, preferências e inclinações do pesquisador, bem como o caráter subjetivo da pesquisa fica claro e nítido. Além disso, os métodos qualitativos são mais sensíveis à influência exercida pela interação mútua entre pesquisador e pesquisado, aspecto básico do processo de investigação construtivista (RODWELL, 1994).

Ainda, segundo a autora já mencionada, o construtivismo torna-se um processo sócio-político, mediado e promovido pelo pesquisador, pois este deve

entender a necessidade de se fazer julgamentos no decorrer do processo, mas em vez de ele mesmo fazer a apreciação, o pesquisador deve ser o mediador da avaliação feita por todos os participantes, ou seja, é uma ação política, embutida no pluralismo de valores, ratificando as ideias preconizadas por Arendt (2010) e possibilitando a compreensão do processo de busca pelo empoderamento político dos enfermeiros na prática hospitalar.

No que diz respeito ao caráter descritivo, este é considerado a busca por conhecer as diversas situações e relações que ocorrem na vida social, e demais aspectos do comportamento humano, tanto do indivíduo tomado isoladamente como de grupos e comunidades mais complexas (BERVIAN; CERVO, 2002). Conforme Gil (2010) tem como objetivo primordial a descrição das características de determinadas populações ou fenômenos.

Quanto ao aspecto exploratório, o mesmo autor afirma que o objetivo é proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito. Além disso, compreende a etapa de escolha do tópico de investigação, da delimitação do problema, da definição do objeto e dos objetivos, de revisão de literatura, dos instrumentos de coleta de dados e da exploração do campo (MINAYO, 2010).

A investigação construtivista de Rodwell (1994) é um processo de compreensão, em que a descoberta dos dados e a sua verificação estão continuamente interligadas e os resultados são formulados e testados permanentemente através da negociação com os participantes.

A mesma autora afirma que vários fatores possibilitam esta compreensão: a seleção proposital dos participantes; o desenho e o plano de pesquisas emergentes; e o crescimento da fundamentação teórica a partir dos dados, por causa da natureza indutiva da análise. Deste modo, a investigação é uma reciclagem contínua dos dados, até chegar ao consenso, no qual as múltiplas construções são o produto da negociação.

Além disso, a fundamentação teórica dos dados não é estabelecida "a priori", surgindo no decorrer da investigação e da discussão dos mesmos. Entretanto, foram apresentadas propostas teóricas, que compreenderam o objeto de estudo e serviram para apresentação dos resultados e discussão dos mesmos.

Cada investigação tem, assim, três fases. Mesmo sendo um processo emergente, a pesquisa construtivista tem uma estrutura básica, cujo conteúdo

apenas difere de acordo com o contexto: orientação geral - tomada de visão geral; coleta e análise de dados, com foco e verificação do relatório de pesquisa pelos participantes.

Conforme Rodwell (1994) uma pesquisa construtivista tem determinadas fases, mas o conteúdo de cada fase se modifica e acompanha a experiência da investigação. O limite da pesquisa, incluindo as questões centrais, é determinado pelo foco que emerge do contexto e do processo da pesquisa.

4.2 Local da Pesquisa

A situação natural da pesquisa é o próprio ambiente em que se situa a questão ou o fenômeno que está sendo estudado, porque a realidade não pode ser entendida quando isolada do seu contexto ou separada em fragmentos ou partes, pois a pesquisa construtivista é interativa (RODWELL, 1994).

Desta forma, a investigação foi realizada num Hospital Escola nos setores: Clínica Médica, Cirúrgica, Pediátrica, Ginecológica/Obstétrica; Endoscopia, Unidade de Terapia Intensivo Adulto e Neonatal, Quimioterapia, Bloco Cirúrgico e Programa de Internação Domiciliar Interdisciplinar (PIDI). Esta organização hospitalar situa-se em um município no sul do estado do Rio Grande do Sul.

A diversidade de setores, com seus diferentes processos de trabalho, ampliam a visão acerca do tema, tal como a premissa do referencial teórico de que a condição básica da ação e do discurso é a pluralidade, ou seja, do viver como ser distinto e singular entre iguais. Assim, se a pluralidade implica na coexistência de diferenças, a igualdade a ser alcançada através deste exercício de interesses é a liberdade, que se refere à política (ARENDT, 2010).

4.3 Sujeitos da Pesquisa

A seleção dos participantes foi proposital conforme prevê a pesquisa construtivista. Um enfermeiro de cada setor supracitado foi convidado de maneira plural, dando-se preferência pelo turno da tarde, totalizando assim 10 indivíduos estudados. Essa pluralidade dos sujeitos selecionados, que remete a diferenças, é percebida na discussão dos dados, sem identificar cada participante da pesquisa.

Do mesmo modo, todos os pesquisados foram apresentados pelas iniciais das técnicas de coleta de dados e de enfermeiro e lhe foi atribuído um número crescentes em ordem crescente, tendo em vista evitar o constrangimento e garantir

o anonimato dos sujeitos estudados. Assim, foram apresentados os codinomes dos sujeitos: O ou E ou G e E1 ao E10, por exemplo, OE1.

4.4 Princípios Éticos

Os princípios éticos foram respeitados em todos os momentos do estudo, conforme prevê a Resolução n°196/96[1] do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996), do Ministério da Saúde, sobre Pesquisa com Seres Humanos e o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (BRASIL, 2007) no seu Capítulo III, no que diz respeito a Deveres nos artigos 89, 90 e 91 e as Proibições nos artigos 94 e 98[2].

A todos os participantes foi garantido o anonimato, o direito a desistir da pesquisa a qualquer momento e o livre acesso aos dados quando for de seu interesse. Antes de iniciar a coleta dos dados, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, sendo aprovado na reunião do dia 21/03/2011, sob o parecer número 179/2011, da Ata 001/2011 (ANEXO A).

4.5 Procedimentos para Coleta de Dados

Inicialmente, foi enviado um ofício (APÊNDICE A) ao responsável pelo Hospital Escola, solicitando autorização para o desenvolvimento do estudo.

De posse do documento com a autorização, o projeto foi encaminhado para o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da faculdade supracitada (APÊNDICE B).

Após aprovação do projeto pelo CEP, foram realizados contatos com os enfermeiros dos referidos setores, sendo formalizado o convite para participar do estudo informando os objetivos do mesmo, bem como os procedimentos éticos. Após a sua autorização formal por meio da assinatura do Termo de Consentimento

---

[1] Esta reincorpora sob a ótica do indivíduo e das coletividades os quatro referenciais básicos da bioética; autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, entre outros, e visa assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado.

[2] Capítulo III (dos Deveres): Art. 89 - Atender as normas vigentes para a pesquisa envolvendo seres humanos, segundo a especificidade da investigação; Art. 90 - Interromper a pesquisa na presença de qualquer perigo à vida e à integridade da pessoa; Art. 91 - Respeitar os princípios da honestidade e fidedignidade, bem como os direitos autorais no processo de pesquisa, especialmente na divulgação dos seus resultados. Capítulo III (das Proibições): Art. 94 - Realizar ou participar de atividade de ensino e pesquisa, em que o direito inalienável da pessoa, família ou coletividade seja desrespeitado ou ofereça qualquer tipo de risco ou dano aos envolvidos; Art. 98 - Publicar trabalho com elementos que identifiquem o sujeito participante do estudo sem sua autorização.

Livre e Esclarecido (APÊNDICE C) pelos profissionais em duas vias, foi agendado o primeiro encontro.

Os dados foram coletados através da técnica de observação simples, estruturada e não participante (APÊNDICE D), posteriormente, entrevista semiestruturada gravada (APÊNDICE E) e grupo focal foi também gravado e serviu para validação dos dados pelos sujeitos (APÊNDICE F), sendo utilizada a triangulação de dados. A triangulação de dados significa o emprego de uma variedade de técnicas de coleta de dados que acompanham o trabalho de investigação, permitindo se observar a realidade a partir de distintos ângulos numa inserção mais aprofundada dos pesquisadores, fazendo dialogar questões objetivas e subjetivas e obtendo-se maior validade dos dados (MINAYO, 2010).

As técnicas de coletas de dados concorrem a atingir a finalidade de estudar os fenômenos da autonomia, relações de trabalho, tomada de decisões, participação que permeiam o empoderamento político do enfermeiro em seu setor.

Primeiramente, foi realizada a técnica de observação, composta por seis horas do plantão dos 10 enfermeiros dos setores mencionados, totalizando aproximadamente 60 horas de registros em diário de campo. Constituí-se da modalidade simples, na qual o pesquisador permanece alheio à comunidade, grupo ou situação que pretende estudar, observando de maneira espontânea os fatos que aí ocorrem, mas em conformidade com os objetivos da pesquisa (GIL, 2010). O que possibilitou averiguar se o discurso do enfermeiro está condizente com a sua ação na prática.

Posteriormente, foi realizada a entrevista semiestruturada que privilegia a obtenção de informações através da fala individual, a qual revela condições estruturais, sistemas de valores, normas e símbolos (MINAYO, 2010).

Após a coleta que ocorreu de abril a maio de 2011, os registros da observação foram digitados e as entrevistas gravadas transcritas. Estes dados foram pré-analisados, partindo-se então para a realização da validação dos dados com cada sujeito da pesquisa.

E por último foi realizado um encontro de grupo focal, que na concepção de Minayo (2010), trata-se de uma técnica de inegável importância na saúde, para aprofundar informações sobre determinado grupo.

Existem alguns aspectos fundamentais para a organização dos grupos focais, ou seja, composição de cada grupo, tempo de duração das sessões, determinação

do grupo e do ambiente de realização das sessões. Desse modo, foi realizado um encontro, para internalização dos resultados emergidos no grupo e para identificar as potencialidades dos sujeitos, ocorrendo no próprio local do estudo para contemplar o objetivo do trabalho, validar os dados e realizar o desfecho, tendo tempo livre para execução, num horário predeterminado. A realização de apenas um encontro de grupo de foco foi corroborada na seguinte assertiva: a realização de apenas um grupo focal é suficiente para uma análise qualitativa, pois a sinergia do grupo forma um processo dinâmico e único que permite que cada grupo focal, seja compreendido como um contexto diferenciado (DE ANTONI; MARTINS; FERRONATO, 2001, p. 43).

Diante disso, salienta-se que no grupo focal os integrantes foram convidados a participar com uma finalidade específica, em que o tema não emergiu do grupo, mas do pesquisador. Conforme prevê Telles (2006), a conversação ocorreu na presença de uma moderadora ou coordenadora, que foi a autora deste trabalho, procurando direcionar as tarefas do grupo, através das discussões controlando o tempo e estimulando a fala de todos e, de uma observadora ou relatora, sendo uma enfermeira externa a pesquisa convidada, tendo a função de captar e registrar informações não verbais essenciais, expressas pelos participantes, que ajudarão ao moderador.

O encontro do grupo focal foi realizado em uma sala dos recursos humanos do hospital em estudo, contou com cinco enfermeiros participantes, e o encontro durou aproximadamente 90 minutos. Krueger (1996) corrobora que uma sessão de grupo focal deve ser composta por no mínimo quatro e no máximo doze pessoas.

De acordo com Rodwell (1994) os resultados foram negociados do ponto de vista construtivista, pois os participantes são os verdadeiros donos dos dados coletados. A autora citada ressalta que é a realidade por eles construída que emerge do processo, por isso, os significados dos dados são negociados, tanto quanto as interpretações e o produto final.

Siqueira e Erdmann (2007) afirmam que a abordagem construtivista favorece a humanização do processo de pesquisa. Pois, o principal instrumento na coleta de dados é a própria pessoa treinada na metodologia construtivista, porque não existem instrumentos não humanos, construídos "a priori", com adaptabilidade e flexibilidade suficientes para se ajustar à realidade encontrada durante a investigação (RODWELL, 1994).

Além disso, a autora supracitada refere que esse método também acentua a legitimidade do tácito ou da intuição na relação entre o pesquisador e pesquisados. Interessam em primeiro lugar os entendimentos "sentidos", antes dos entendimentos proposicionais, ou seja, antes daquilo que é dito expressamente sob forma de linguagem. O objetivo do processo de investigação construtivista é tornar o tácito proposicional, possibilitando a comunicação do significado do fenômeno estudado.

4.6 Análise dos Dados

A apresentação dos resultados, produto da investigação, foi feita por meio de um relatório de pesquisa construtivista, cuja característica básica é a descrição densa das múltiplas opiniões, construções e interpretações, reflexo das realidades múltiplas, que foram sendo descobertas no processo investigador. Este relatório respeitou o produto da pesquisa construtivista, cujos entendimentos são ideográficos, com aplicações hipotéticas, sendo o objetivo, uma reconstrução honesta e precisa, não uma generalização.

Os dados resultados da observação do campo de estudo foram tratados descritivamente. Os dados coletados com as técnicas entrevista semiestruturada e grupo focal foram tratados por análise de conteúdo temática (MINAYO, 2010). Nesta análise foram descobertos os núcleos de sentido de acordo com o que está por trás dos conteúdos manifestos, indo além das aparências do que está sendo comunicado (MINAYO, 2010).

Assim sendo, após a coleta, os dados foram transcritos na íntegra, sendo analisadas e agrupadas por temas de acordo com os objetivos propostos nesta investigação, e a seguir fundamentados com referencial teórico específico e o conhecimento da autora sobre o assunto proposto.

No processo de análise de dados foram observados às etapas ou passos: o primeiro passo foi a ordenação dos dados coletados nas observações, entrevistas semiestruturadas e grupo focal. O segundo passo foi a classificação e o embasamento teórico dos dados. O terceiro passo, definido como análise final consistiu na interpretação dos dados (MINAYO, 2010).

Desta técnica de análise emergiram dois grandes eixos temáticos: obstáculos à busca dos enfermeiros pelo empoderamento político do enfermeiro e potencialidades à busca dos enfermeiros pelo empoderamento político.

Assim como, foram realizas interpretações ideográficas, evitando o problema da transferibilidade, que diz respeito à capacidade dos resultados da pesquisa se tornarem hipóteses de trabalho para pesquisas em outros contextos e outras realidades, como um dos aspectos de seu rigor científico (RODWELL, 1994).

Outra perspectiva do rigor científico está na confiabilidade equivalente a: fidelidade, aplicabilidade, consistência, neutralidade e qualidade do estudo. No decorrer da pesquisa, respeitou-se a credibilidade dos resultados, a dependibilidade adequando-os ao contexto específico do estudo e a confirmabilidade, que se refere à coerência, foi verificada com a ajuda de uma auditoria externa, entre os dados coletados e as conclusões da pesquisa, como: a banca de qualificação e defesa do trabalho.

Igualmente foi respeitada a autenticidade com a reconstrução das realidades múltiplas, evidenciando um espaço de construção coletiva, no qual as decisões essenciais pertenceram aos participantes e não ao pesquisador (RODWELL, 1994).

Desta forma, a autenticidade no construtivismo está intrinsecamente relacionada com a mudança qualitativa de todos os envolvidos no processo de pesquisa. Nela podem-se distinguir cinco aspectos, respeitados no decorrer da pesquisa: a honestidade - houve um poder igual entre todos os participantes, atribuindo um peso igual às posições e aos pontos de vista de cada um; a autenticidade ontológica - ocorreu à tomada de consciência entre os participantes como fruto do processo investigador, sendo todos os dados validados antes do grupo focal e, alguns pontos-chave, utilizados como disparador da discussão; a autenticidade educativa - houve entre os participantes uma apreciação e valorização das opiniões de cada um, mesmo quando estas eram contraditórias entre si; a autenticidade catalítica - a pesquisa em si estimulou uma mudança de posição e atitude dos participantes, e finalmente, a autenticidade tática – ao longo do processo investigador verificou-se graus de mudança de posição e atitude dos participantes (RODEWELL, 1994).

5. Cronograma de execução do estudo

Atividades/Período	**2010**			**2011**			
	Mar a Ago	**Set a Nov**	**Dez**	**Jan a Mar**	**Abr a Jul**	**Jul**	**Ago**
Levantamento Teórico e Aprofundamento da Metodologia	X	X					
Exame de Qualificação			X				
Aprovação do Projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa				X			
Coleta de Dados					X		
Sistematização dos Dados e Construção dos Resultados					X	X	
Análise dos Dados e Discussão dos Resultados					X	X	
Redação Final da Pesquisa e Construção do Artigo						X	
Defesa da Dissertação de Mestrado							X

6. Recursos

6.1 Recursos materiais gastos no desenvolvimento do projeto*

Material	Quantidade	Custo Unitário R$	Custo Total
Caneta	03	2,00	6,00
Toner para impressora	02	100,00	200,00
Encadernação	15	5,00	75,00
Gravador digital	01	150,00	150,00
Pacote de 500 folhas de papel A4	04	15,00	60,00
Transporte coletivo	60	1,10	66,00
Encadernação capa dura	15	35,00	525,00
Total de despesas			**R$ 1.082,00**

* Os gastos foram custeados pela autora do projeto de pesquisa.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M. C. P.; MISHIMA, S. M. O desafio do trabalho em equipe na atenção a saúde da família: construindo novas autonomias no trabalho. **Revista Interface**: comunicação, saúde, educação, v.5, n.9, p.150-3, 2001. Disponível em:<http://www.interface.org.br/revista9/debates4.pdf> Acesso em: 21 nov. 2008.

ALMEIDA, M. C. P.; ROCHA, J. S. Y. **O saber da enfermagem e sua dimensão prática**. São Paulo: Cortez, 1986.

ANDRADE, R. de C. Brasil: a economia do capitalismo selvagem. **Lua Nova**, n. 57, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-64452002000200002&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 03 nov. 2010.

ARANHA, M. L. A.; MARTINS, M. H. P. **Temas de filosofia**. 3. ed. São Paulo: Moderna, 2005.

ARENDT, H. **A condição humana**. 11. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2010.

_____. **O que é Política**. Tradução Reinaldo Guarany. 6. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2006.

_____. **Sobre a violência**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1994.

BITTAR, E.; ALMEIDA, G. A. de. **Curso de filosofia do direito**. São Paulo: Atlas, 2004.

BRASIL. **Resolução nº196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos**. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Brasília, 1996.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização**. Brasília, 2004. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/saude/area.cfm?id_area=390>. Acesso em: 6 jul. 2010.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **SUS:** avanços e desafios. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2006. Disponível em: < http://www.conass.org.br/arquivos/file/susavancosedesafios.pdf> Acesso em: 03 nov. 2010.

_____. Resolução COFEN n° 311/2007. **Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.** Reformulado em 08 de fevereiro de 2007. Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: <www.portalcofen.gov.br/2007/materias.asp?ArticleID=7323§iontID=37> Acesso em: 16 jan. 2010.

BRAVERMAN, H. **Trabalho e capital monopolista**: degradação do trabalho no século XX. Rio de Janeiro: Guanabara; 1989.

BERVIAN, P. A; CERVO, A. L. **Metodologia científica**. 5. ed. São Paulo: Prentice Hall, 2002.

BOBBIO, N.; MATTEUCCI, N.; PASQUINO, G. **Dicionário de Política.** 13. Ed. Brasília (DF) /São Paulo (SP): Ed. UnB/Imprensa Oficial do Estado de São Paulo, 2007.

BUENO, F. M. G.; QUEIROZ, M. de S. O enfermeiro e a construção da autonomia profissional no processo de cuidar. **Revista Brasileira de Enfermagem.** v. 59, n.2, p. 222-7, 2006. Disponível em: < www.scielo.br/pdf/reben/v59n2/a19.pdf> Acesso em: 03. Nov. 2010.

CAMPOS, G. W. S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos:** a construção do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda. São Paulo: Hucitec, 2000.

CAMPOS, G. W. S.; AMARAL, M. A. do. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referencial teórico-operacionais para a reforma do hospital. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 4, p. 849-59, 2007. Disponível em: < www.scielo.br/pdf/csc/v12n4/04.pdf> Acesso em: 01 nov. 2010.

CANOLLETI, B. **Trabalho em equipe de saúde e de enfermagem:** análise sistemática de literatura. 2008. Tese. (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7131/tde-03092008-110647/> Acesso em: 11 out. 2010.

CAPELLA, B. B.; LEOPARDI, M. T. Teoria Sócio-Humanista. In: LEOPARDI, M. T. **Teoria e Método em Assistência de Enfermagem.** Florianópolis: Soldasoft, 2006. p. 201-40.

CARPER, B. A. *Fundamental patterns of knowing in nursing.* ***Advanced Nursing Science.*** v.1, n.1, p. 13-23, 1978.

CARVALHO, S. R. Os múltiplos sentidos da categoria "*empowerment*" no projeto de Promoção à Saúde. **Caderno de Saúde Pública**. v. 20, n.4, p. 1088-95, 2004. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/csp/v20n4/24.pdf> Acesso em: 01 nov. 2010.

CARVALHO, S. R.; CUNHA, G. T. A gestão da atenção na saúde: elementos para se pensar a mudança da organização na saúde. In: CAMPOS, G. W. de S.; MINAYO, M. C. de S.; AKERMAN, M. et al. (Orgs.). **Tratado de Saúde Coletiva**. 2.ed. São Paulo: Hucitec, 2009. p. 837-868.

CHIAVENATO, I. **Introdução à Teoria da Administração**. 7. ed. São Paulo: Makron Books, 2004.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa qualitativa em ciências humanas e sociais.** São Paulo: Vozes, 2006.

DAL PAI, D.; SCHRANK, G.; PEDRO, E. N. R. O Enfermeiro como Ser Sócio-Político: refletindo a visibilidade da profissão do cuidado. **Acta Paulista de Enfermagem.** v. 19, n. 1, p. 82-7, 2006. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/ape/v19n1/a13v19n1.pdf> Acesso em: 02 nov. 2010.

DE ANTONI, C., MARTINS, C., FERRONATO, M. A. , SIMÕES, A., MAURENTE, V., COSTA, F. & KOLLER, S. H. Grupo focal: Método qualitativo de pesquisa com adolescentes em situação de risco. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**. v.53, n.2, p. 38-53, 2001. Disponível em: <http://www.msmidia.com/ceprua/artigos/clarissa1.pdf> Acesso em: 07 jul. 2011.

ELLUSAÚDE. **A origem da profissão.** s.d. Disponível em: <http://www.ellusaude.com.br/enfermagem/historico_enf02.asp> Acesso em: 03 nov. 2010.

ERDMANN, A. L.; FERNANDES, J. V.; MELO, C. et al. A visibilidade da profissão de enfermeiro: reconhecendo conquistas e lacunas. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v.62, n.4, p. 637-643, 2009 . Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n4/25.pdf> Acesso em: 02 nov. 2010.

FARIA, H. X.; ARAUJO, M. D. Uma perspectiva de análise sobre o processo de trabalho em saúde: produção do cuidado e produção de sujeitos. **Saúde e Sociedade**. v.19, n. 2, p. 429-39, 2010. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/sausoc/v19n2/18.pdf> Acesso em: 02 nov. 2010.

FREIRE, P. **Conscientização**: teoria e prática da libertação. São Paulo: Moraes, 1980.

FRIEDMANN, J. **Empowerment:** uma política de desenvolvimento alternativo. Oeiras: Celta, 1996.

GUARESCHI, P.; RAMOS, R. **A máquina capitalista**. 3.ed. Petrópolis: Vozes, 1989.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 5.ed. São Paulo: Atlas, 2010.

HAMMERSCHMIDT, K. S. de A.; LENARDT, M. H. Tecnologia educacional inovadora para o empoderamento junto a idosos com diabetes mellitus. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 19, n. 2, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n2/18.pdf> Acesso em: 02 nov. 2010.

HERRIGER, N. ***Grundlagentext Empowerment.*** Düsseldorf/Alemanha: Sozialnet GMBH. Disponível em: <http://www.empowerment.de/grundlagentext.html#oben>. Acesso em: 31 out. 2010.

JAMENTON, A. *Dilemmas of moral distress: moral responsibility and nursing practice*. ***Clinical Issues.*** v.4, n.4, p. 542- 51, 1993.

JESUS, M. S. de; SAID, F. A. Autonomia e a prática assistencial do enfermeiro. **Cogitare Enferm**. v.13, n.3, p. 410-21, 2008. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/reeusp/v41nspe/v41nspea08.pdf> Acesso em: 02 nov. 2010.

KENNERLY, S. *Perceived worker autonomy: the foundation of shared governance.* ***Journal of nursing administration***. v.30, n. 12, p.611-617, 2000. Disponível em: <http://journals.lww.com/jonajournal/Abstract/2000/12000/Perceived_Worker_Autonomy__The_Foundation_for.13.aspx> Acesso em: 02 nov. 2010.

KLEBA, M. E. **A participação social na construção do Sistema Único de Saúde enquanto processo de empowerment.** Salvador: ABRASCO, 2000.

KLEBA, M. E.; WENDAUSEN, A. Empoderamento: processo de fortalecimento dos sujeitos nos espaços de participação social e democratização política. **Saúde e Sociedade**, v. 18, n. 4, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902009000400016&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 01 nov. 2010.

KRUEGER, R. A. ***Focus groups****: a practical guide for applied research*. London: Sage Publications, 1996.

LEITE, E.; FERREIRA, L. Referenciais teóricos e metodológicos do Programa "Vivendo e Trabalhando Melhor": uma proposta do Sistema de Aprendizagem Vivencial para aplicação institucional. In: CAPELLA, B.B.; GELBCKE, F. L.; MONTICELLI, M. (Orgs.). **Para viver e trabalhar melhor:** a multidimensionalidade do sujeito trabalhador. Florianópolis: UFSC/CCS, 2002.

LEOPARDI, M. T. **Teoria e método e assistência de enfermagem**. 2. ed. Florianópolis: Soldasoft, 2006.

LEOPARDI, M. T.; GELBCKE, F. L.; RAMOS, F. R. S. Cuidado: objeto de trabalho ou objeto epistemológico da enfermagem? **Texto & Contexto Enfermagem**. v. 10, n.1, p. 32-49, 2001.

LIMA, W. C. B.; SAMPAIO, S. F. Competência política do enfermeiro: achados bibliográficos. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. v.28, n.4, p. 564-9, 2007. Disponível em: <seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/viewFile/3153/1726> Acesso em: 02 nov. 2010.

LUNARDI, V. L.; LUNARDI FILHO, W. D.; SILVEIRA, R. S.; SILVA, M. R. S.; DEI SVALDI, J. S.; BULHOSA, M. S. A ética na enfermagem e sua relação com poder e organização do trabalho. **Revista Latino-Americana Enfermagem**. v. 15, n. 3, 2007. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/rlae/v15n3/pt_v15n3a20.pdf>. Acesso em: 05 jul. 2011.

LUNARDI FILHO, W. D. **O mito da subalternidade do trabalho da enfermagem à medicina.** Pelotas (RS): Editora e Gráfica Universitária UFPel/ Florianópolis: UFSC, 2000.

LUNARDI FILHO, W. D.; LUNARDI, V. L.; SPRICIGO, J. R. O trabalho da enfermagem e a produção de subjetividade de seus trabalhadores. **Revista Latino-**

Americana de Enfermagem. v. 9, n. 2, p.91-96, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v9n2/11520.pdf> Acesso em: 03 nov. 2010.

MARX, K. **O capital.** 16.ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1998.

MARX, K. **Manuscritos econômico-filosóficos**. São Paulo: Martin Claret, 2004.

MERHY, E. E.; ONOCKO, R. Organizadores. **Agir em saúde**: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997.

MELO, C. M. M. de; SANTOS, T. A. dos. A participação política de enfermeiras na gestão do sistema único de saúde em nível municipal. **Texto & Contexto Enfermagem**. v. 16, n. 3, p. 426-32, 2007. Disponível em: <redalyc.uaemex.mx/pdf/714/71416307.pdf> Acesso em: 03 nov. 2010.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 12.ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R. É possível prevenir a violência? Reflexões a partir do campo da saúde pública. **Ciência & Saúde Coletiva.** v. 4, n. 1, p. 7-23, 1999.

NAVARRO, V. L.; PADILHA, V. Dilemas do trabalho no capitalismo contemporâneo. **Psicologia & Sociedade**. v. 19, n. spe, p. 14-20, 2007. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/psoc/v19nspe/v19nspea04.pdf>. Acesso em: 05 jul. 2011.

NIETSCHE, E. A.; LEOPARDI, M.T. Tecnologia emancipatória: uma perspectiva de transformação da práxis de enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**. v.9, n.2, p.25-41, 2000.

OLIVEIRA, P. C.; CARVALHO, P. A intencionalidade da consciência no processo educativo segunda Paulo Freire. **Paidéia**. 2007; v.17, n.37, p. 219-230. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/paideia/v17n37/a06v17n37.pdf>. Acesso em: 07 jul. 2011.

PALMEIRA, I. P. RODRIGUÉZ, M. B. A investigação científica no curso de enfermagem: uma análise crítica. **Anna Nery Revista de Enfermagem**. v. 12, n.1, p. 68-75, 2008. Disponível em: < redalyc.uaemex.mx/pdf/714/71411240005.pdf> Acesso em: 03 nov. 2010.

PERRENOUD, P. A noção de competência In: ____. **Construir as competências desde a escola.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1999. p.19-33.

PEDUZZI, M. Trabalho em equipe. In: ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO (Org.). **Dicionário da educação profissional em saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2006.

PERSEGONA, K. R.; ROCHA, D. L. B.; LENARDT, M. H. et al. O conhecimento político na atuação do enfermeiro. **Anna Nery Revista de Enfermagem**. v. 13, n.3, p. 645-50, 2009. Disponível em: <www.eean.ufrj.br/revista_enf/20093/artigo%2025.pdf> Acesso em: 03 nov. 2010.

PIRES, D. **Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil.** 2.ed. São Paulo: Annablume, 2008.

PIRES, M. R. G. M. **Enfermeiro com qualidade formal e política:** em busca de um novo perfil. 2001. Dissertação. Programa de Pós-Graduação em Política Social, Universidade de Brasília, Brasília.

_____. Politicidade do cuidado como referência emancipatória para a enfermagem: conhecer para cuidar melhor, cuidar para confrontar, cuidar para emancipar. **Revista Latino- Americana Enfermagem**. v. 13, n. 5, p. 729-36, 2005. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/rlae/v13n5/v13n5a18.pdf> Acesso em: 03 nov. 2010.

_____. Pela reconstrução dos mitos da enfermagem a partir da qualidade emancipatória do cuidado. **Revista Escola de Enfermagem USP**, v. 41, n. 4, p. 717-23, 2007. Disponível em: < www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n4/24.pdf> Acesso em: 03 nov. 2010.

RIBEIRO, J. M. da S. **Autonomia profissional dos enfermeiros**. 2009. 129f. Dissertação. Instituto de Ciência Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto, Portugal. Disponível em: < repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/20083/2/AUTONOMIA%20PROFISSIONAL%20DOS%20ENFERMEIROS%20%20JORGE%20RIBEIRO.pdf> Acesso em: 03 nov. 2010.

RIBEIRO, E. M.; PIRES, D.; BLANK, V. L. G. A teorização sobre o processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho do Programa de Saúde da Família. **Caderno de Saúde Pública,** v. 20, n. 2, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n2/11.pdf> Acesso em: 11 nov. 2008.

ROCHA, S. M. M.; ALMEIDA, M. C. P. de. O processo de trabalho da enfermagem em saúde coletiva e a interdisciplinaridade. **Revista Latino-Americana Enfermagem**, v. 8, n.6, p. 96-101, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v8n6/12354.pdf> Acesso em: 11 nov. 2008.

RODNEY, P.; STARZOMSKI, R. *Constraints on the moral agency of nurses*. **Can Nurse.** v. 89, n. 9, p. 23-6, 1993.

RODRIGUES, F. C. P. **O trabalho do enfermeiro em unidades de internação de um hospital geral da 14ª CRS do Rio Grande do Sul.** 2003. Dissertação, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. Disponível em: < http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/3972/000395505.pdf?sequence=1> Acesso em: 03 nov. 2010.

RODWELL, M. K. Um modelo alternativo de pesquisa: o construtivismo. **Revista FAEEBA**. n. 3, jan/dez. p.121-38, 1994. Disponível em: <www.ppgeduc.com/revistadafaeeba/anteriores/numero3.pdf> Acesso em: 03 nov. 2010.

ROSA, M. I. **Trabalho, subjetividade e poder**. São Paulo: EDUSP, 1994.

SCHMITZ, M. **1906: Nasce Hannah Arendt**. DW-WORLD. DE DEUTSCHE WELLE. S.d. Disponível em: <http://www.dw-world.de/dw/article/0,2144,313754,00.html>. Acesso em: 03 mar. 2010.

SILVA, G. B. **A enfermagem profissional**: análise crítica. 2.ed. São Paulo: Cortez, 1989.

SILVA, A. M. da; PEDUZZI, M. O trabalho de enfermagem em laboratórios de análises clínicas. **Revista Latino-Americana de Enfermagem,** v. 13, n. 1, p. 65-71, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n1/v13n1a11.pdf> Acesso em: 11 nov. 2008.

SILVA, C.; MARTÍNEZ, M. L. Empoderamiento: proceso, nivel y contexto. **Psykhe,** Santiago/Chile, v. 13, n. 1, p. 29-39, mai. 2004. Disponível em: <redalyc.uaemex.mx/pdf/967/96713203.pdf> Acesso em: 03 nov. 2010.

SIQUEIRA, H. C. H. de; ERDMANN, A. L. Construtivismo como método de pesquisa: possibilidade de geração de conhecimentos. **Revista de Enfermagem da UERJ**, v.15, n. 2, p. 291-7, 2007. Disponível em: <http://www.revenf.bvs.br/pdf/reuerj/v15n2/v15n2a21.pdf> Acesso em: 03 nov. 2010.

TELLES, K. S. **Representações de adolescentes sobre sexualidade, gênero e suas implicações na promoção da saúde.** 2006. Projeto de Qualificação do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Fundação Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande.

THOFEHRN, M. B.; AMESTOY, S. C.; CARVALHO, K. K. de et al. Assédio moral no trabalho da enfermagem. **Cogitare Enfermagem,** v.13, n. 4, pp. 597-601, 2008. Disponível em: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/13122/8882>. Acesso em: 04 nov. 2010

THOFEHRN, M. B.; AMESTOY, S. C.; PORTO, A. R.; ARRIEIRA, I. C. O.; DAL PAI, D. A dimensão da subjetividade no processo de trabalho da enfermagem. **Revista Enfermagem e Saúde**. v. 1, n. 1, p. 190-8, 2011. Disponível em: <www.ufpel.edu.br/revistas/index.php/enfermagemesaude/article/viewPDFInterstitial/58/43>. Acesso em: 05 jul. 2011.

TREZZA, M. C. A. F.; SANTOS, R. M.; LEITE, J. L. Enfermagem como prática social: um exercício de reflexão. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 61, n. 6, p. 904-8, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n6/a19v61n6.pdf> Acesso em: 02 nov. 2010.

VASCONCELOS, E. **O poder que brota da dor e da opressão:** empowerment, sua história, teorias e estratégias. Rio de Janeiro: Paulus, 2004.

WAGNER, E. S. **Hannah Arendt e Karl Marx** – O mundo do trabalho. São Paulo: Mandamentos, 2000.

WHITE, J. *Patterns of knowing in nursing.* ***Advanced Nursing Science.*** v. 1, n. 1, p. 13-23, 1978.

ZERBETTO, S. R.; PEREIRA, M. A. O. O trabalho do profissional de nível médio de enfermagem nos novos dispositivos de atenção em saúde mental. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. v. 13, n. 1, p.112-117, 2005. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n1/v13n1a18.pdf >. Acesso em: 05 jul. 2011.

ANEXO

Anexo A

Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE ENFERMAGEM
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

PARECER N º 179/2011
Profª Dra. Maira Buss Thofehrn

PARECER PROJETO DE PESQUISA

Senhora Pesquisadora:

De acordo com a reunião deste Comitê em 21/03/2011, Ata nº 001/2011 informamos que o projeto sob sua responsabilidade, intitulado: **"O empoderamento político dos enfermeiros na prática hospitalar".**

Protocolo interno N º 004/2011

Recebeu o seguinte parecer: **APROVADO**

Pelotas, 21 de março de 2011.

Profª Drª Marilu Correa Soares
Coordenadora CEP-FEN-UFPel
COREN-RS 21885

APÊNDICES

Apêndice – A
Carta ao responsável pelo Hospital Escola

Universidade Federal de Pelotas
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
Orientadora: Dra. Maira Buss Thofehrn
Orientanda: Adrize Rutz Porto
Fone: (53) 91614069

Pelotas,___de_____de 2011

Ilmo. Senhor Diretor do Hospital Escola,

Na condição de mestranda da Faculdade de Enfermagem da UFPel, solicito a V. Sr.ª a autorização para desenvolver uma pesquisa, a qual tem por objetivo, compreender o processo de busca pelo empoderamento político dos enfermeiros na prática hospitalar, visando a elaboração de uma dissertação, a qual é requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Para a presente pesquisa, será sujeito do estudo um enfermeiro de cada setor: Clínica Médica, Cirúrgica, Pediátrica, Ginecológica/Obstétrica; Endoscopia, Unidade de Terapia Intensivo Adulto e Neonatal, Quimioterapia, Bloco Cirúrgico e Programa de Internação Domiciliar Interdisciplinar (PIDI); dispostos a participar desta pesquisa, após a apresentação do Consentimento Livre e Esclarecido.

Assim, teremos presente o compromisso ético de resguardar todos os sujeitos envolvidos na pesquisa, assim como a instituição, em concordância com o código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, enfatizando os artigos 89, 90 e 91 e a resolução 196/1996 do CNS, o qual trata da pesquisa envolvendo seres humanos. Dessa forma, contamos com seu apoio, agradecendo desde já pela oportunidade e colocamo-nos a disposição para outros esclarecimentos.

Atenciosamente,

_____ _____

Adrize Rutz Porto
Orientanda

Dr.ª Maira Buss Thofehrn
Orientadora

Apêndice – B
Carta de encaminhamento do Projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa

Universidade Federal de Pelotas
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
Orientadora: Dra. Maira Buss Thofehrn
Orientanda: Adrize Rutz Porto
Fone: (53) 91614069

Pelotas,___de_____de 2011

Ilma. Senhor (a)

Coordenadora da Comissão de Ética em Pesquisa da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas

Através desta, solicitamos a apreciação deste Comitê de Ética em Pesquisa em relação ao Projeto de Pesquisa intitulado **O empoderamento dos enfermeiros na prática hospitalar.**

Esta pesquisa tem como objetivo geral: compreender o processo de busca pelo empoderamento político dos enfermeiros na prática hospitalar, de autoria da mestranda em enfermagem Adrize Rutz Porto, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, sob orientação da Dr.ª Maira Buss Thofehrn.

Aguardamos o parecer e nos colocamos a disposição.

Atenciosamente,

Adrize Rutz Porto Orientanda	Dr.ª Maira Buss Thoferhn Orientadora

Apêndice – C
Termo Consentimento Livre e Esclarecido

Pesquisa: O empoderamento político do enfermeiro na prática hospitalar

Orientadora: Dra. Maira Buss Thofehrn
Mestranda: Adrize Rutz Porto
Tel: (53) 91614069

Consentimento Livre e Esclarecido

Estamos desenvolvendo a presente pesquisa com o objetivo de compreender o processo de busca pelo empoderamento político dos enfermeiros na prática hospitalar. Sendo assim, solicitamos sua colaboração no sentido de participar das observações, entrevista semiestruturada e grupo focal. As informações, opiniões e os resultados obtidos serão colocados à disposição dos participantes em horários pré-agendados. Sendo que a coleta de dados não acarretará em riscos, pois não prevê procedimentos invasivos, ou de ordem moral.

A coleta de dados será realizada pela mestranda Adrize Rutz Porto, sob a orientação da Professora Dr.ª Maira Buss Thofehrn, em períodos previamente acordados entre os sujeitos e a pesquisadora.

Pelo presente consentimento informado, declaro que fui esclarecida, de forma clara e detalhada, livre de qualquer forma de constrangimento e coerção, dos objetivos, da justificativa e benefícios do presente projeto de pesquisa.

Fui igualmente informado: da garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento referente à pesquisa; de que o trabalho será publicado em âmbito científico e que serão respeitados os preceitos éticos; da liberdade de retirar meu consentimento, a qualquer momento, deixar de participar do estudo, sem que isto me traga prejuízo algum; da segurança de que não serei identificado e que se manterá o caráter confidencial das informações.

Eu, aceito participar da pesquisa a qual se intitula **O empoderamento político do enfermeiro na prática hospitalar**, emitindo meu parecer quando solicitado.

Pelotas,___de_____de 2011

_____ _____
Participante da Pesquisa Pesquisador

Apêndice - D
Instrumento de pesquisa
Roteiro para a observação e registro de campo

Dia:
Local:
Horário:

Tópicos a serem observados:

1) Atividades do enfermeiro: visita ao cliente, realização do exame físico, passagem de plantão, uso de uniforme e Equipamento de Proteção Individual, lavagem das mãos, realização da evolução, etc.;
2) Relacionamentos colaborativos no trabalho do enfermeiro com demais profissionais, com a equipe de enfermagem, com outros enfermeiros e com a chefia, liderança, articulação, socialização de conhecimentos;
3) Foco do processo de trabalho: no cliente e sua família, no cuidado integral;
4) Relação com o seu trabalho: autonomia, alienação, consciente de suas ações, busca pelo crescimento e inovação, satisfação, subsistência, frustração, mecanicista, tecnicista, fragmentação do fazer, participação, planejamento, compromisso social, etc.;
5) Tomada de decisão: individual ou coletiva;
6) Posicionamento e postura frente a dificuldades.

Registros de campo	Observações e interpretações

Apêndice - E
Instrumento de pesquisa
Roteiro para a entrevista semiestruturada

Identificação dos sujeitos
Setor:
Idade:
Sexo:
Estado civil:
Filhos:
Tempo de atuação na unidade:
Tempo de serviço na instituição:
Horas de trabalho/semana:
Turno em que atua na instituição:
Tempo de formação:
Pós-Graduação:
Tempo de serviço:
Você trabalha em outro serviço:
Se, sim qual setor:
Qual turno:
Tipo de vínculo empregatício:

Questões
1. Como você vê o seu trabalho aqui no hospital? Descreva uma situação.
2. Como você vivencia a autonomia e o poder para realizar o seu trabalho?
3. O que você mudaria das normas e rotinas da enfermagem no seu setor? Por quê?
4. As tomadas de decisões para adequações de regras e rotinas no seu setor são coletivas? Fale sobre isso.
5. Comente sobre as relações/vínculos profissionais com os colegas, equipe, chefias e outros trabalhadores?
6. Qual o foco do seu processo de trabalho?
7. Como você se posiciona ou age diante de dificuldades que comprometam a sua prática? Por quê?
8. Você utiliza algum alicerce científico específico para subsidiar a sua prática? Qual? Por quê?
9. Você procura oportunidades na instituição para exercer o conhecimento próprio da sua profissão? Se, sim, o que você conquista? Exemplifique. Se, não, por quê?
10. Como você se sente diante da instituição com a qual se relaciona?
11. Você acredita que a prática de enfermagem hospitalar está socialmente e historicamente inserida nas políticas públicas de saúde? Comente sobre isso.
12. O que é ser político para você? Comente como o enfermeiro pode se empoderar politicamente no espaço de atuação hospitalar.

Apêndice - F
Instrumento de pesquisa
Roteiro para o grupo focal

Esta técnica será dirigida para validar e complementar as demais técnicas realizadas, concluindo os aspectos observados e questionados aos enfermeiros. Assim como, buscará se destacar e desenvolver os significados do enfermeiro enquanto ser político e as características do enfermeiro na busca pelo empoderamento político em sua prática hospitalar, com vistas a potencializar o grupo. Por fim, o grupo será conduzido ao fechamento da pesquisa para responder: como ocorre o processo de busca pelo empoderamento político do enfermeiro na prática hospitalar?

7 Relatório do trabalho de campo

Este relatório foi elaborado a partir das atividades desenvolvidas durante o trabalho de campo, para a coleta de dados do projeto de pesquisa intitulado “O empoderamento político do enfermeiro na prática hospitalar”, como parte do Mestrado Acadêmico em Enfermagem iniciado em março de 2010.

O projeto foi qualificado em banca examinadora no mês de dezembro de 2010 e aprovado em março de 2011, no Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, sob o número 04/2011.

A coleta de dados ocorreu no período de abril a julho de 2011, em um Hospital Escola no município de Pelotas. O município apresenta uma população de 328.275 habitantes, conforme o Censo do IBGE de 2010. Ainda é um Pólo da macro-região sul do Brasil e presta assistência pelo Sistema Único de Saúde (SUS) a 20 municípios, somando cerca de um milhão de usuários.

O hospital em estudo foi criado em 1981, sendo vinculado a uma universidade federal e certificado pelos Ministérios da Educação e da Saúde como Hospital de Ensino. Para uma instituição ser reconhecida como Hospital de Ensino ela deve realizar pesquisa, aderir a Política Nacional de Humanização do SUS, estar sob regulação da gestão local, compor o sistema estadual de atenção às urgências, entre outras especificações. Ao todo são 17 critérios a serem observados para se obter o título, que são reavaliados a cada dois anos.

A coleta de dados consta de três técnicas: observação simples, entrevista semiestruturada e grupo focal. Em um primeiro momento, os sujeitos foram abordados individualmente, sendo marcado horário pré-determinado para a realização da observação simples, estruturada e não participante de um turno de trabalho de seis horas, totalizando na observação do trabalho de dez enfermeiros, 60 horas de registro em diário de campo. A seleção dos enfermeiros foi priorizada pelo trabalho no turno da tarde e aqueles que a pesquisadora já possuía mais contato, pois a pesquisa construtivista permite a escolha dos sujeitos intencionalmente.

Os setores da instituição que foram estudados são: Programa de Internação Domiciliar Interdisciplinar (PIDI), Quimioterapia, Endoscopia, Unidade de Tratamento Intensivo Adulto, Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal, Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Clínica Pediátrica e Semi-intensiva Neonatal, Clínica Ginecológica e Obstétrica, Centro Cirúrgico: Sala de Recuperação, Central de Material e Esterilização.

O setor do Programa de Internação Domiciliar Interdisciplinar (PIDI) Oncológico, implantado em abril de 2005, é uma unidade diferenciada de prestação de cuidados paliativos a usuários vinculados aos serviços de oncologia do hospital e da universidade, que apresentem necessidade de internação para tratar as intercorrências relativas ao tratamento de câncer, náuseas, vômitos, inapetência, diarréia, desidratação, e da própria doença como, dor, cansaço, dispnéia, tristeza, sonolência, insônia, desnutrição, fechando o ciclo de cuidado integral.

Isto é, parte-se do diagnóstico, tratamento e cura, até o cuidado paliativo, para usuários sem possibilidade de cura, em ambiente domiciliar. Um dos objetivos do PIDI é prestar assistência a esses usuários de forma interdisciplinar, com vistas ao cuidado integral e humanizado, colocando o usuário e sua família como protagonistas neste processo.

Neste serviço, a equipe de referência é composta pela enfermeira e uma técnica de enfermagem, que realizam as suas atividades pelo turno da manhã das 7h às 13h. E à tarde das 13h às 19h, a médica e uma técnica de enfermagem, que realizam as visitas nos domicílios dos usuários internados. O PIDI possui uma ambulância e tem como estrutura física: sala de reunião, de recepção com um técnico-administrativo, da médica coordenadora, banheiro e cozinha.

Já o serviço de endoscopia é estruturado com uma sala de recepção e espera para os familiares, com um técnico-administrativo, uma sala de recuperação com duas poltronas e lanche para os usuários, uma sala para armazenamento de materiais, banheiro para usuários e outro para funcionários, espaço para a limpeza e esterilização de materiais utilizados nos exames e a sala de procedimentos.

Da equipe faz parte uma enfermeira, duas técnicas de enfermagem no turno da manhã e também duas à tarde. O horário de trabalho da enfermeira é de oito horas, das 8h até às 16h. Neste serviço são realizados exames de endoscopia, colonoscopia e broncoscopia por diferentes equipes médicas. O atendimento é

prestado aos usuários que provem de seu domicílio e para os pacientes internados na instituição e no hospital vizinho.

Nas unidades a seguir, foram descritos a quantidade de profissionais, conforme o turno de trabalho observado.

A Unidade de Tratamento Intensivo para adultos conta com: uma enfermeira – chefe da unidade, quatro técnicos de enfermagem, médico e um médico residente. O setor é composto por quatro leitos e dois isolamentos, com banheiro. Ainda há o posto de enfermagem centralizado na unidade, com espaço para preparação de medicamentos, uma sala para limpeza e esterilização de materiais, dois banheiros para funcionários e uma para os pacientes, expurgo, uma para armazenar equipamentos de maior porte e espaço para armazenamento de materiais esterilizados, fluxômetros, entre outros.

No outro piso da unidade encontra-se a copa para funcionários, um quarto para enfermagem e um para os médicos. Também possui uma sala externa a unidade de espera para os familiares.

Na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal existe uma área com quatro leitos para unidade pediátrica e outra com seis para neonatos (com menos de 30 dias de idade). No turno estudado participaram da equipe um médico, uma enfermeira, cinco técnicos de enfermagem e uma técnica de enfermagem para a manutenção e limpeza dos materiais e equipamentos, que trabalha oito horas por dia.

O posto de enfermagem é central, encontra-se ainda um quarto para médicos, local para armazenamento de material e vestimenta e um local para as refeições.

As unidades de Clínica Médica, Cirúrgica e Ginecológica e Obstétrica possuem duas enfermeiras, tanto no turno da manhã como da tarde.

A unidade de Clínica Médica possui cerca de 30 leitos, com um isolamento. A equipe é composta por duas enfermeiras, seis técnicos, um escriturário e alguns médicos residentes. A estrutura contém posto de enfermagem, banheiro para usuários, um conforto dos enfermeiros e um dos técnicos, serviço de nutrição, expurgo e várias salas para residentes.

Na Clínica Cirúrgica estão 37 leitos, contando a unidade de isolamento. Da equipe fazem parte duas enfermeiras, três técnicos de enfermagem, escriturário e médicos residentes, que na maioria das vezes, ficam no bloco cirúrgico. Possui também posto e conforto de enfermagem, sala de material e limpeza e expurgo.

Na Clínica Ginecológico-Obstétrica existem 27 leitos, podendo haver mais 15 contando com berço para os recém-nascidos. Possuem duas enfermeiras, seis técnicas de enfermagem, alguns médicos residentes. Conta com sala de pré-parto, sala de parto, berçário, sala de exames, posto de enfermagem, expurgo, sala de conforto para os técnicos.

Na Clínica Pediátrica são 21 leitos aos cuidados de uma enfermeira e quatro técnicos de enfermagem. Têm sala de recreação, copa, conforto de enfermagem e sala dos médicos. Ainda a enfermeira cuida da unidade Semi-intensiva Neonatal, com cinco leitos e dois técnicos, que está contida nesta mesma clínica.

No Centro Cirúrgico duas salas de cirurgias em funcionamento e uma desativada, com uma média de seis a oito cirurgias ao dia, sala de recuperação e central de material e esterilização. Há uma recepção com um escriturário, vestuário masculino e feminino, entrada de pacientes, espaço para refeições, farmácia. Conta com uma enfermeira, oito técnicos de enfermagem e diferentes equipes médicas.

Na unidade de Quimioterapia são atendidos ao dia cerca de 30 pacientes. Possui três leitos dia, para a infusão de quimioterápicos em 12 horas, seis cabines, três banheiros e duas poltronas. A equipe tem enfermeiro, um bioquímico, três técnicos de enfermagem e alguns médicos. A estrutura é composta por recepção, algumas salas de atendimento médico, sala de preparo de medicamentos para a bioquímica, posto de enfermagem, sala para armazenamento de materiais e uma para refeições.

Durante a observação do fazer dos enfermeiros em um turno de trabalho de diferentes setores, foi possível identificar o enfoque na realização do seu processo de trabalho, as suas relações interpessoais com trabalhadores e clientes, a liderança perante a equipe. Igualmente pode-se visualizar a rotina de atuação, as especificidades de cada unidade, os fluxos de poderes, condições de trabalho, cenário que possibilitou a compreensão do processo de busca pelo empoderamento político do enfermeiro na prática hospitalar. Os participantes do estudo receberam bem a pesquisa.

Após, a observação, em seguida, procurou-se realizar a entrevista semiestruturada em local reservado. Obtiveram-se conteúdos ricos, mas em alguns momentos houve dificuldade no desenvolvimento das informações, por se tratar de um tema complexo.

A coleta de dados, por meio da observação simples e entrevista semiestruturada, ocorreu de 04 de abril a 06 de maio de 2011. Depois disso se realizou a digitação dos registros em diários de campo e transcrição do material gravado na entrevista. Em junho os dados foram validados com cada enfermeiro, analisados e preparados para o grupo focal, com a realização de convite formal para a participação no grupo.

Realizou-se uma pré-análise dos dados, para então no dia primeiro de julho realizar o grupo focal. Nesta técnica, a participação de enfermeiros foi reduzida, mas apesar disso, houve bastante discussão acerca dos obstáculos e potencialidades à busca pelo empoderamento político, significados e alguns apontamentos de prováveis soluções, sendo um processo de construção importante no grupo. Ocorreu um único encontro que foi o suficiente para validar os dados e aprofundar algumas questões pertinentes. O encontro contou com cinco participantes, mais a participação da orientadora e da mestranda como mediadoras e uma enfermeira não participante da pesquisa, para observação.

A técnica durou 90 minutos, com apresentação dos resultados. Quando aberto o espaço para discussão, num primeiro momento houve silêncio no ambiente, mas após isso o grupo começou a se descontrair. Demonstraram-se atentas as falas dos colegas, expressaram sua vontade de participação e em compartilhar conhecimentos com os colegas.

Para ilustrar melhor os sujeitos participantes da pesquisa, foi demonstrado no quadro 1 um breve perfil dos enfermeiros entrevistados:

Idade	Estado Civil	Filhos	Tempo na Unidade (anos)	Tempo no HE (anos)	Tempo de serviço	Vínculo HE	Carga Horária Semanal (horas)	Tempo de Graduado (anos)	Pós-Graduação	Outro Serviço	Turno	Vínculo No Outro Serviço
31	Casada	1	1	6	6	Estatutário	50	7	Saúde da Família, Mestre em Ciências	UBS	M	Estatutário
40	Casada	2	10	17	17	Estatutário	40	17	Administração Hospitalar			
45	Casada	3	6	17	17	Estatutário	58	21	Saúde da Família; Administração Hospitalar; Humanização da Atenção e Gestão no SUS; Projetos Assistenciais; Mestre em Ciências	Universidade Privada	T	CLT
42	Casada	0	2	3	19	Estatutário	30	15	Docência na área da saúde	Curso Técnico	M/N	CLT
38	Solteira	2	0,4	8	15	Estatutário	46	15	Unidade de Terapia Intensiva			
42	Solteira	1	7	10	10	Estatutário	40	11	Projetos Assistenciais; Mestre em Enfermagem e Saúde			
39	Solteira	1	10	16	16	Estatutário	50	16	Administração Hospitalar; Auditoria em Saúde; Mestre em Ciências	Secretaria de Saúde	T	Estatutário
39	Casada	2	3	3	3	Estatutário	64	16	Administração Hospitalar; Nefrologia			
24	Solteira	0	0,3	6	6	Contratado	36	0,3				
48	Casada	2	17	17	17	Estatutário	30	25				

Quadro 1 – Apresentação dos sujeitos

8 Artigo Final – O empoderamento político dos enfermeiros na prática hospitalar

O manuscrito a seguir está nas normas da Revista da Escola de Enfermagem – USP. Optou-se pela abordagem do assunto em núcleos temáticos opostos, tendo em vista representar de uma maneira mais aproximada o quanto a profissão enfermagem convive com ambiguidades no seu fazer hospitalar, bem como a questão política do enfermeiro acerca da sua prática ainda é imprecisa.

O empoderamento político dos enfermeiros na prática hospitalar*

The political empowerment of nurses in hospital practice

El empoderamiento político de los enfermeros en la práctica hospitalaria

Adrize Rutz Porto[1], Maira Buss Thofehrn[2]

RESUMO

Objetivou-se compreender o processo de busca pelo empoderamento político dos enfermeiros na prática hospitalar. Trata-se de um estudo qualitativo construtivista, no qual participaram 10 enfermeiros de diferentes unidades de um hospital escola no Rio Grande do Sul. Os dados foram coletados, de abril a julho de 2011, por meio de observação simples, entrevista semiestruturada e grupo focal. O conteúdo obtido foi tratado sob análise temática, emergindo os núcleos: obstáculos à busca dos enfermeiros pelo empoderamento político e potencialidades à busca dos enfermeiros pelo empoderamento político. Foi possível visualizar a correlação de forças existentes na instituição hospitalar, com relação ao enfermeiro enquanto um ser político. Por um lado há alienação, há disseminação do conformismo, por outro, possíveis meios de poder no trabalho conjunto, com posicionamento pautado no conhecimento e consciência crítica acerca do processo de trabalho e das relações interpessoais.

DESCRITORES: Enfermagem. Política. Poder. Assistência hospitalar. Ambiente de trabalho.

ABSTRACT

It was aimed to understand the search process for the political empowerment of nurses in hospital practice. It is a constructivist qualitative study, which was attended by 10 nurses from different units of a teaching hospital in southern Rio Grande do Sul. Data were collected from April to July 2011, through simple observation, semi-structured interview and focus group. The resulting content of the collection was handled under thematic analysis of the core themes have emerged: Obstacles to search for the political empowerment of nurses and nurses' capability to search for political empowerment. It was possible to visualize the correlation of forces existing in the hospital with respect to the nurse as a political being. On the one hand there is alienation, the spread of conformism on the other possible means of power in working together with guided positioning knowledge and critical awareness about the work process and interpersonal relations.

DESCRIPTORS: Nursing. Politics. Power. Hospital care. Work environment.

RESUMEN

El objetivo fue entender el proceso de búsqueda del empoderamiento político de las enfermeras en la práctica hospitalaria. Se trata de un estudio cualitativo constructivista, a la que participaron 10 enfermeras de diferentes unidades de un hospital universitario en el Rio Grande do Sul. Los datos fueron recolectados entre abril y julio de 2011, a través de la simple observación, entrevistas semi-estructuradas y grupos focales. El contenido de la colección se manejan bajo el análisis temático que han surgido: Los obstáculos a la búsqueda de la

---

* Extraído da dissertação "O Empoderamento Político do Enfermeiro na Prática Hospitalar" pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas (UFPel), 2011.

[1] Enfermeira, Mestranda em Ciências pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, Bolsista de Demanda Social/CAPES. Pelotas/RS/BRA. Rua Gomes Carneiro, 01. Bairro: Porto, Pelotas/RS/BRA. CEP: 96010-610. E-mail: adrizeporto@gmail.com

[2] Enfermeira, Doutora em Enfermagem (UFSC), Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas. Pelotas/RS/BRA. E-mail: mairabusst@hotmail.com

participación política de las enfermeras y la capacidad de las enfermeras a la búsqueda de poder político. Se puede visualizar la correlación de fuerzas existentes en el hospital con respecto a la enfermera como un ser político. Por un lado existe la alienación, la propagación del conformismo de los otros medios posibles de la energía en trabajar junto con el conocimiento de posicionamiento guiado y la conciencia crítica sobre el proceso de trabajo y las relaciones interpersonales.
DESCRIPTORES: Enfermería. Política. Poder. Atención hospitalaria. Ambiente de trabajo.

INTRODUÇÃO

A enfermagem como profissão tem caminhado para a constituição de um corpo teórico próprio que a visibilize e a projete como ciência, assim como as investigações e os campos de atuação têm ascendido significativamente nos últimos anos, abrindo perspectivas de conhecimento em múltiplas direções e espaços[1]. Além disso, a prática da enfermagem sofre influência, diante da perda do espaço destinado à manifestação humana do conhecimento político, pelo advento da sociedade, em que o aspecto político transformou-se em administração do social, isto é, na administração de interesses privados[2].

Sob esse ponto de vista, se buscam alternativas nas ações e discursos do enfermeiro no ambiente hospitalar, que possam levar à constituição de profissionais conscientes de sua prática e que venham romper com fatores causadores de submissão e demasiada objetivação do seu processo de trabalho, para a formação de profissionais com posicionamento político e crítico. Para isso é vislumbrado o empoderamento político do enfermeiro, que implica na garantia do exercício da cidadania ativa, permite a atuação baseada nas tomadas de decisões e abre oportunidades para a gestão sustentável do cuidado nas instituições de saúde[3].

A elaboração dessa estratégia faz-se necessária para superar o modo como o trabalho da saúde vem ocorrendo nos estabelecimentos hospitalares, a partir da constituição do modelo assistencial hegemônico flexneriano, que orientou a formação dos profissionais da saúde para a patologia e para a superespecialização sobre o corpo. Essa forma de gerenciamento é empregada também na enfermagem, sendo necessária uma reflexão mais profunda do agir do enfermeiro neste modelo, de forma a não ocorrer a alienação do profissional diante do trabalho, que pode expropriá-lo do domínio integral do seu processo de trabalho[4].

Tendo isso em vista, acredita-se que seja indispensável à construção de sujeitos politizados, capazes de utilizar a ação e o discurso – mediados nas relações humanas, em prol dos indivíduos e coletivos com carências de saúde, pois a ação é a única atividade política por excelência, exercida diretamente entre as pessoas, dispensando a mediação da matéria[2].

Além disso, a política pode ser um instrumento do processo de trabalho da enfermagem, enquanto a ação e o discurso, como componente de conhecimento transversal,

que perpassam os elementos do fazer do enfermeiro: o cuidado terapêutico - tarefa profissional, ao ser humano - objeto de trabalho, a equipe de enfermagem - força de trabalho e o ser humano transformado pelo cuidado – produto final[5].

Portanto, o enfermeiro com posicionamento político e tomado de ciência em si do foco central de sua atuação, consegue articular atitudes, direitos e relações com ênfase em valores éticos e humanistas. Dessa maneira ele busca a reflexão para optar e opinar sobre questões que interferem diretamente na produção de saúde, mobilizando os usuários e colegas a tornarem-se co-responsáveis pelo cuidado terapêutico, alcançando uma possível obtenção da autonomia e emancipação profissional[3].

A relevância desta proposição está em investir no exercício crítico-reflexivo para reconstruir práticas, por meio da politização inovadora dos enfermeiros e da participação, fortalecendo e dando visibilidade a prática profissional nos espaços em que se insere[6]. Pois, politizar espaços significa partilhar poderes pela intervenção crítica e criativa de sujeitos em contextos sócio-históricos específicos, ampliando cidadania e práticas sociais[6].

OBJETIVO

Compreender o processo de busca pelo empoderamento político dos enfermeiros na prática hospitalar.

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo e exploratório, de abordagem qualitativa. Utilizou-se como referencial metodológico o construtivismo, já que trata das realidades múltiplas, e é também um método mais flexível e adaptável, expondo o caráter subjetivo da pesquisa de modo claro e nítido. Portanto, torna-se um processo sócio-político, mediado e promovido pelo pesquisador, pois este deve entender a necessidade de se fazer julgamentos no decorrer do processo, ou seja, é uma ação política, embutida no pluralismo de valores[2,7].

A seleção dos participantes foi plural[2,7], contanto com um indivíduo, de diferentes setores, de um hospital escola, tomando cuidado para não os identificar, esta pluralidade foi apresentada ao longo da discussão dos dados. Então, participou da pesquisa um enfermeiro, de cada uma das 10 unidades de internação do hospital: Clínica Médica, Cirúrgica, Pediátrica, Ginecológica/Obstétrica; Endoscopia, Unidade de Terapia Intensivo Adulto e Neonatal/Semi-intensivo Neonatal, Centro Cirúrgico, Quimioterapia e Programa de Internação Domiciliar Interdisciplinar (PIDI). Esta organização hospitalar situa-se em um município no sul do estado do Rio Grande do Sul.

Os dados foram coletados e validados, de abril a julho de 2011, por meio da triangulação de dados que significa o emprego de uma variedade de técnicas de coleta de dados durante a investigação, permitindo-se observar a realidade a partir de distintos ângulos numa inserção mais aprofundada dos pesquisadores e obtendo-se maior validade dos dados[8].

As técnicas de coleta foram: observação simples, estruturada e não participante, de um turno de trabalho de cada sujeito, obtendo aproximadamente 60 horas de registros em diário de campo; também foi utilizada a técnica de entrevista semiestruturada gravada e um encontro de grupo focal gravado, com duração de 90 minutos e com a participação de cinco enfermeiros, dois moderadores e um observador.

A realização de apenas um encontro de grupo de foco foi corroborada na seguinte assertiva: "a realização de apenas um grupo focal é suficiente para uma análise qualitativa, pois a sinergia do grupo forma um processo dinâmico e único que permite que cada grupo focal, seja compreendido como um contexto diferenciado[9:43]".

Os conteúdos oriundos das técnicas de coleta de dados foram tratados pela análise temática[8], emergindo os seguintes núcleos temáticos: obstáculos à busca dos enfermeiros pelo empoderamento político e potencialidades à busca dos enfermeiros pelo empoderamento político.

Foram respeitados os princípios éticos cabíveis a pesquisas com seres humanos. Os sujeitos da pesquisa assinaram o Consentimento Livre e Esclarecido e o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, sob parecer n.º 179/2011. Os sujeitos foram identificados pelas iniciais das técnicas de coleta de dados, de enfermeiro e de números crescentes: O ou E ou G e E1 ao E10.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As características limitantes à busca pelo empoderamento político, podem ser superadas, por isso que, em certos momentos, co-existem com os aspectos que podem ser a grande força motriz para que de fato o enfermeiro conquiste o seu espaço de autonomia na organização hospitalar. Essa compreensão fica evidenciada na Figura 1:

Figura 1 – Forças que envolvem o empoderamento político do enfermeiro

Obstáculos à busca dos enfermeiros pelo empoderamento político

Os obstáculos têm potencial de impedir o processo de busca dos enfermeiros pelo empoderamento político na prática hospitalar, todavia significa que podem efetivar o mesmo fato. Um obstáculo à busca do enfermeiro pelo empoderamento político pode ser a **hegemonia do modelo assistencial biomédico** na instituição:

> *Isso é discurso de faculdade. Estamos cansados de ouvir, mas na prática tu reproduzes, sem nem se dar conta. Vemo-nos muito atrelados a prescrição médica. [...] Tu acabas te limitando ao fazer, tu fica muito mecanicista, se tu não te atentar para isso tu é só mais um na equipe (EE2).*

O depoimento demonstra a relação de passividade e de submissão presentes na fragilidade política do enfermeiro, aprisionando a prática do cuidado à prescrição médica, o que contribui para usurpar possibilidades criativas do profissional[6]. Neste trabalho, as disputas de poderes podem fragilizar o enfermeiro.

Em um estudo de recortes textuais, oriundos das teses e dissertações selecionadas, a disputa entre médicos e enfermeiro pelo protagonismo das ações de cuidado para os usuários, remete ao sentido histórico de sujeição da enfermagem à medicina, a qual está ainda presente em alguns hospitais[10].

Na formação dos enfermeiros, parece estar presente o discurso de formação de profissionais críticos, politizados, criativos, com capacidade de liderança e autonomia, com competência para a concepção e execução da assistência a ser prestada aos usuários, mesmo que em sua prática se observa, de modo preponderante, o oposto em que os profissionais se sujeitam às determinações superiores da hierarquia[11].

Na busca pelo poder político o enfermeiro também precisa ter claro a realimentação do **fazer caritativo histórico da enfermagem** entre ele e ser sob seus cuidados, sabendo que o cliente, do mesmo modo, condiciona o enfermeiro:

> *Temos que nos colocar para as pessoas que estamos cuidando [...] e não que elas fiquem te agradecendo porque tu estás fazendo um favor para elas [...] tu atendes bem "ah muito obrigada, tu é muito boazinha". Ás vezes nos escondemos atrás disso, as pessoas precisam saber que tudo que elas recebem já pagaram por isso [...] é muito cômodo que o paciente tenha o comportamento de paciente e não de usuário, que ele seja mais passivo, que ele receba sem questionar, que ele não peça mais (EE5).*

Nesse discurso, revela-se a dimensão caridosa na qual a enfermagem se construiu historicamente, como profissão. Para tanto, é necessário um rompimento desse discurso, com a o valorização do usuário do serviço de saúde como sujeito de direitos, capaz de exercer sua autonomia, compartilhando saber, poder e experiência vivida[12].

Ainda pode existir empecilho no empoderamento político do enfermeiro conforme o seu **(des) conhecimento acerca do termo política**:

> *Política, as pessoas [...] confundem. O [profissional com formação em] nível médio mesmo precisa saber melhor onde está inserido e os próprios enfermeiros, que deveriam trabalhar mais a política [...] Confundem a política com políticos e não temos muita credibilidade com eles: "Eu não gosto de política", não é uma questão de gostar, tu estás inserida na política (EE5).*
>
> *Eu não gosto de ser político [...] (EE6).*

A política é vista como a liberdade, na qual o sujeito tem espaço para agir, pensar e desejar sem impedimentos[2]. A falta de compreensão desse vocábulo e sua confusão com a palavra político criam obstáculos no exercício do poder político do enfermeiro em sua prática, causando alienação deste profissional, acerca do seu trabalho.

A alienação consiste da relação dos trabalhadores com os produtos de sua labuta e do próprio ato da produção, no qual o trabalho é a pessoa que se perdeu a si mesmo[13]. Desta forma, o **isolamento relacional do enfermeiro** pode também ser um fator de alienação:

> *[Ter o conhecimento do todo] porque senão tu até acaba ficando confinado naquele teu ambiente de trabalho (EE4).*
>
> *[...] Temos uma instituição que tem várias ilhas que eventualmente se cruzam, quando o vento é forte. Com isso tu acabas ficando muito ligado só na tua rotina e tu perdes de aprender com os outros (GE5).*

O isolamento dos enfermeiros prejudica a compreensão da cultura na qual trabalham e com quem convivem, podendo resultar na ausência de reflexão-ação-reflexão sobre ele e o seu produto de trabalho. Na visão arendtiana, esse isolamento é característico do trabalho

executado pelo *homo faber*, não se constituindo uma atividade propriamente política, nem podendo existir o poder, o espaço da diversidade e da democracia, pois ele só consegue relacionar-se devidamente com outras pessoas, mediante a troca de produtos com elas[2].

Deste modo, pode se tratar de uma tendência conformista e homogeneizadora, da sociedade de massas, em que ao invés de ação, a sociedade espera de cada um que seus membros tenham certo tipo de comportamento, que tendem a normalizar os indivíduos, abolindo a ação espontânea ou a reação inusitada ou a relação humana[2].

É uma consequência direta da alienação do trabalhador com relação ao produto de seu trabalho, à sua atividade vital e a sua vida como membro da espécie, que é o indivíduo ficar alienado dos outros humanos[13].

Ou seja, é como se o trabalho não pertencesse à natureza do trabalhador, sendo uma condição apenas para que ele sobreviva, sem se constituir em uma fonte de auto-realização, torna-se um meio de satisfazer outras necessidades materiais[13].

Neste sentido, um participante estabelece a **subsistência com relação ao trabalho**:

> *Não é só esperar porque [...] tenho um emprego estável eu não preciso fazer muita coisa [...] (EE9).*
>
> *Somos absorvidos pelo nosso fazer [...] Ficamos um enfermeiro tarefeiro. Então muitas vezes acabamos não nos empoderando, não exercendo essa função do enfermeiro (EE2).*
>
> *[...] Enfermeira não consegue sangue para a coleta. Técnica chama e diz que recém-nascido B apresenta êmese. A enfermeira vai comunicar o médico, lava as mãos, o técnico consegue o sangue e a enfermeira pega e coloca no tubo de ensaio. Liga para o laboratório. Entrega para a técnica do laboratório, enquanto agitava o tubo [...] (OE2).*

As relações de subsistência são, muitas vezes, reforçadas pela estabilidade que o emprego público produz, ao mesmo tempo, em que alimenta a alienação e permite a expressão do descompromisso com o trabalho, numa priorização de interesses individuais em detrimento da eficácia, do profissionalismo e do bom desempenho coletivos, o que acaba comprometendo a seriedade com que se deve exercer a função pública[14].

Nos dias de hoje, o que se constata é a ocorrência da redução de todo o trabalho ao nível do labor - realização de uma obra que sirva à expressão, que garante o reconhecimento social e permaneça além da vida de quem a criou, para o esforço rotineiro e cansativo, com o único objetivo da sobrevivência[2].

Nessa relação de sobrevivência do sujeito com o trabalho, ocorre a durabilidade da vida, contudo não do produto do labor da enfermagem, que pode ser entendida aqui, como a

transformação do ser humano pelo cuidado de enfermagem, para além do ato em si. Pois, enquanto ato em si, a ação revela a singularidade de seu ator, sendo esse o motivo pelo qual a ação não existe sem a palavra. Na ação, o indivíduo, por meio do discurso, conta que ele é revelando assim a sua identidade[2].

Talvez a alienação promova esse **descompromisso com o cuidado** pelo enfermeiro e sua **pouca participação nos acontecimentos do trabalho,** no sistema de saúde e nas organizações representativas de classe e de conselho:

> *Nas questões da própria instituição, a nossa participação ainda é um pouco à margem, por exemplo, para onde os próprios recursos vão ser direcionados (EE4).*
>
> *[...] Os profissionais também não compram muito essa briga, não vão muito além, e não acreditam muito no sistema [SUS], o sistema depende das pessoas (EE5).*
>
> *Se nós enfermeiros fossemos esse ser político quem sabe não teríamos um sindicato pensante no município, conhecimento da prática, da realidade nacional, local, ou seja, faria história [...] Muitas vezes pagamos COREN, mas também não participamos. Seria uma forma de tu começares a conhecer a tua política, o teu conselho. Falta essa consciência nossa, precisamos mudar, mas tem que mudar a partir de mim (EE7).*

A pouca participação dos enfermeiros, especificamente, em organizações representativas da classe e do conselho e em ganhos de espaços significativos das políticas públicas de saúde convivem com os discursos pouco capazes de analisar contextualmente a inserção da prática da enfermagem na política social[15]. Essa alienação política do enfermeiro dificulta a transformação da realidade, por meio do posicionamento, que enfoca a saúde em uma dimensão ampliada, relacionada às condições de vida inseridas em um contexto sociopolítico e econômico, como o sistema de saúde[12].

Para tanto, o processo de desalienação do enfermeiro pode ocorrer pela apropriação do significado político e social do seu trabalho, se reconhecendo como alienado de algo e alienante de alguém. Dessa forma, é possível mobilizar suas energias e capacidade de criação para a concretização de um trabalho com espaços de liberdade, responsabilidade e instâncias diferenciadas de decisão. Assim, os enfermeiros podem constituir-se em possibilidades de exercício de autonomia, portanto, em possibilidades desse trabalhador vir a se tornar sujeito do trabalho que executa[11].

Ainda é vista a disseminação do **conformismo** como a situação dada ao trabalho dos enfermeiros:

> *Eu não sou um ser político [...] eu não estimulo os outros colegas a modificar a realidade (EE7).*

> *Tem que ter o interesse, às vezes, tem um que não quer se incomodar [...] Percebo o grupo de enfermagem desmotivado para o trabalho. [...] Acho que por falta de valorização, treinamento, de recursos humanos, materiais, até o material barato é muita burocracia [...] (EE3).*

O enfermeiro quando se sujeita a atuar em condições inadequadas de trabalho, com número insuficiente de pessoal e atividades educativas que permitam o desenvolvimento de sua equipe, está privando também o cliente da prestação do cuidado terapêutico qualificado. O enfermeiro precisa estar consciente que ele também é sujeito sujeitado do processo de saúde, devendo priorizar a importância do trabalhador como elemento fundamental para a concretização do atendimento.

Antes que a qualidade política se expresse, como atitude de intervenção no cotidiano, conferindo significado histórico aos saberes e atos da humanidade, a qualidade formal, do conhecimento, constitui condição essencial para àquela[(6)].

Os limites identificados, diante da busca do enfermeiro pelo empoderamento político em sua prática no hospital, refletem em características que não são novidades na enfermagem. Já que o fazer do enfermeiro ainda é fortemente influenciado pela formação histórica da profissão, pelas origens das organizações hospitalares, pelo modelo tecno-assistencial em saúde e pelas teorias administrativas utilizadas na gerência dos serviços de saúde, entre outros.

Potencialidade à busca do enfermeiro pelo empoderamento político

Os seguintes relatos denotam a **importância do trabalho em equipe** de enfermagem e multiprofissional na saúde, com vistas ao empoderamento político do enfermeiro no fazer da área hospitalar:

> *O trabalho em equipe é muito importante também [...] Então eu tento trocar ideias e procuro sempre estar trazendo a nutrição para junto do paciente, para avaliação, a fisioterapeuta também (EE8).*

> *A relação com a tua clientela, com a família também [...] E a própria equipe de trabalho [...] não é só a enfermeira e o técnico e o médico [...] A nutrição, a fisioterapia, as questões do serviço social, da psicologia, [...] porque nós somos interdependentes também de todos os outros serviços (EE4).*

O trabalho em equipe ocorre no contexto de relações hierárquicas entre os diferentes profissionais e distintos graus de subordinação, ao lado da flexibilidade da divisão de trabalho

e da autonomia técnica com interdependência entre profissionais e serviços[16]. Para isso é relevante reconhecer os próprios limites, a necessidade de inventar caminhos e soluções que estão além do saber e competência de cada um, bem como envolver todos os indivíduos na produção de saúde, incluindo o usuário e sua família.

Os profissionais de enfermagem precisam compartilhar informações, discutir e trabalhar no intuito de construir, coletivamente, uma profissão mais influente, comprometida e ativa nas decisões de políticas públicas, sociais e institucionais.

Neste sentido, os depoimentos demonstram a necessidade de **posicionamento do enfermeiro com conhecimento** das competências profissionais técnico-científicas e relacionais:

> *O teu conhecimento se está bem articulado, com fundamentação, tu consegues te colocar no sentido de poder ter uma visão mais ampliada, não só do micro, mas também das questões mais macro [da organização] [...] Enxergar as inter-relações, quais são as redes, o que está em jogo no sentido de poder dar conta desse sistema micro em relação ao macro (EE4).*
>
> *Ter sempre um embasamento científico. [...] com relação a esses curativos, eu já até consegui uma boa credibilidade (GE8).*

A articulação de competências com evidência a nível técnico, científico e relacional, o que concorre para a visibilidade da profissão[1]. Esse incremento de competências e da capacidade de enfrentar circunstâncias complicadas ocorre nos espaços da micropolítica cotidiana e é fortalecido no espaço da política macro, à medida que as pessoas se apropriam de habilidades de participação democrática e do poder político de decisão com consistência de conhecimentos científicos[17].

Outra perspectiva relevante na busca do enfermeiro pelo poder político está na conquista de **autonomia em seu espaço de atuação**:

> *[...] A enfermeira após atender uma troca de plantão de uma técnica de enfermagem, fala ao médico da unidade que ele poderia apresentar o protocolo da insulina e realizar os exercícios com a equipe. Médico responde positivamente verbalmente e favoravelmente com o movimento da cabeça. [...] (OE5).*
>
> *Autonomia és tu teres um direcionamento das tuas atividades e a tomada de decisão compartilhada. Este protocolo que vai ser instituído, esse novo conhecimento ele é discutido em equipe [...] que possa colaborar e entender o porquê que vai ser efetivado tal conduta. Então eu acho que autonomia tem muito a ver com conhecimento e as habilidades também do enfermeiro em lidar com todas as situações porque às vezes tem situações mais críticas*

> *tanto frente à condição do paciente, quanto à maneira de conduzir, coordenar a equipe [...] (EE5).*

O discurso evidencia o conhecimento como fonte de autonomia e satisfação, o que sugere a consciência da necessidade de atenção, quanto aos posicionamentos políticos de maneira ampla e à explicitação do saber e fazer por parte do enfermeiro em seu cotidiano, tratando-se de um instrumento de trabalho[15,18]. Além disso, múltiplos espaços públicos entre as pessoas podem ser criados constantemente, sem precisar de suporte institucional, sempre que os indivíduos se relacionam, por meio do discurso e da ação[2]. De fato, "o poder só é efetivado enquanto a palavra e o ato não se divorciam[2:212]".

A condição básica da ação – práxis e do discurso – lexis é a pluralidade, ou seja, do viver como ser distinto e singular entre iguais. Assim, se a pluralidade implica na coexistência de diferenças, a igualdade a ser alcançada através deste exercício de interesses é a liberdade política[2]. A liberdade é identificada à esfera do ato e da consequencias deste agir, equivalendo à soberania, ao ser exercitada a ação e decidirem, em conjunto, seu futuro comum.

O conhecimento também pode ser visto como **um estímulo ao crescimento**:

> *O conhecimento estimula a questão política do enfermeiro, porque isso te mobiliza, traz inquietações, questionamentos, faz com que tu tenhas um senso crítico da realidade que tu vivencia, frente a várias situações, como do próprio processo de trabalho, como acontece e das inter-relações (EE4).*

A valorização do conhecimento, inclusive o pautado no modelo biomédico, é importante, embora este modelo não dê conta de toda a complexidade do cuidado ao ser humano. Os saberes, como instrumento de trabalho, podem também se referir ao "saber-fazer" no processo de trabalho como à dimensão do material, do racional, no qual as coisas são percebidas a partir do visível, do concreto, daquilo que ocupa um determinado espaço, cujo foco encontra-se nas particularidades, nas especialidades altamente desenvolvidas, ocasionando e direcionando a compreensão e consciência crítica do todo[5].

Um profissional demonstra no seu relato a busca pelo **domínio do seu processo de trabalho** numa visão ampla do ser humano:

> *O processo de trabalho ele é direcionado para as questões da clientela, é atender realmente as necessidades [...] na questão multidimensional, de conseguirmos atender aquelas necessidades [...] poder melhorar aquela condição dele e com uma qualidade de vida adequada [...] trabalhar com essas questões de uma forma mais humana e mais adequada àquela necessidade (EE5).*

Isso pode representar a superação do trabalho alienado. Aí sendo importante que os trabalhadores de enfermagem compreendam a finalidade da sua prática do cuidar, para que possam, concretamente, atuar de forma que se aproximem das necessidades de saúde sentidas e verbalizadas pelo sujeito sob seus cuidados e conquistar o poder para transformar a realidade de sua unidade[19].

Neste ponto, que a atividade de liderança do enfermeiro parece ser determinante para um trabalho fragmentado ou integral, logo por significar, sobretudo, a capacidade de influenciar e de direcionar os liderados para o alcance de objetivos e metas organizacionais, tal como o processo de trabalho voltado para o cuidado terapêutico ao ser humano, sendo este a finalidade do trabalho da enfermagem.

Um enfermeiro evidencia como a **liderança** influencia nas relações interpessoais no trabalho:

> *Não adianta tu tentar mostrar um poder [...] que tu és chefe, coordenador daquela unidade. Depende muito da maneira como tu ages, tu chegas às pessoas, às vezes, até podes ter a pessoa exaltada ali, [...]às vezes, até tu desarmas aquela pessoa daquele jeito (EE8).*

Identifica-se que os líderes são agentes de mudança, pelas suas capacidades de fazerem as coisas acontecerem, sendo que o tipo de liderança assumida pelo enfermeiro pode ser condição determinante, para a conquista de espaços à sua autonomia no interior das relações profissionais, sendo a liderança transformacional que motiva, dirige, apóia e promove influências positivas no processo de trabalho e no curso de liberdade da enfermagem[18].

Nesse ponto de vista, um sujeito menciona a necessidade de conscientização acerca da **articulação com entidades maiores de saúde**:

> *Por trás de todos os serviços que o hospital mantém, sempre existe um poder, existe uma política, que pode ser ligada, às questões do Ministério e que dê conta realmente da necessidade da população. Na própria articulação com o Sistema Único de Saúde, temos que ter realmente um pouco mais de conhecimento, de subsídio, para poder também se articular [...] e inter-relacionar com o serviço, a própria Universidade e com o Ministério da Saúde (EE4).*

Conforme evidenciado no depoimento, o enfermeiro pode ter empoderamento por meio da formação de alianças políticas com macro-organizações como a Universidade, a qual está vinculada, o Sistema Único de Saúde, no qual está inserido e o Ministério da Saúde que determina diversas políticas de saúde. Essas articulações políticas são capazes de ampliar o

debate da opressão do fazer da enfermagem no ambiente hospitalar, no sentido de contextualizar e favorecer a sua compreensão como fenômeno político[20].

Do mesmo modo, **a busca do enfermeiro pela inovação** é um acontecimento político, o agir, no sentido, da iniciativa para a excelência na produção de saúde na área hospitalar:

> *Na criação do núcleo de pesquisa, de certa forma vai ter que se articular com as questões políticas, jurídicas, institucional, ter toda essa cientificidade, para que possa realmente se implantar este, que é uma necessidade da instituição (EE4).*
>
> *Com a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) tu vais passar o plantão, as coisas estão organizadas, e o trabalho da enfermagem vai aparecer [...] Núcleo de Educação Permanente [...]educação de trabalhar com questões de nossas próprias relações para fortificá-los enquanto profissional [...] (GE5).*

A competência nas relações interpessoais, que permeiam o fazer da enfermagem, parece ser determinante para dificultar ou legitimar as práticas assistenciais dos enfermeiros no interior das instituições hospitalares[18] e o que também permitirá politizar os espaços de atuação do enfermeiro (assistência, gestão e gerência, ensino e pesquisa, consultorias), partilhando poderes na tentativa de acumular forças de reação aos processos de dominações[6].

Outros estudos se referem a investimentos para a melhoria das condições adversas vivenciadas na organização hospitalar e para dar subsídios para que o trabalhador se desenvolva, a partir da educação permanente, como instrumento essencial no trabalho do enfermeiro[12].

Enfim, o enfermeiro subsidiado pela política pode tornar-se um agente de mudança, de inovação em potencial, pois este dispõe de instrumentos que lhe permite ter poder e força, os quais são possíveis utilizar com vistas à coletividade; ou seja, deve possuir conhecimento sobre o curso de como as questões de saúde são determinadas, repensar os condicionantes e determinantes da realidade como se apresentam, interferir politicamente nestas questões, bem como mobilizar as pessoas com as quais interage, para também agir[3].

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A busca do enfermeiro pelo empoderamento político, para o processo de conscientização sobre sua prática hospitalar, pode estar vulnerável mediante diversos obstáculos, como: a hegemonia do modelo biomédico, a construção histórica da profissão com base na dimensão caritativa, a dificuldade de participação, a relação de subsistência com o trabalho, o conformismo, entre outros.

No entanto, estas barreiras podem ser superadas com o poder que advém do trabalho conjunto, direcionado por uma liderança do enfermeiro que produza um trabalho integral e voltado para a finalidade do seu processo de trabalho - o cuidado terapêutico. Além disso, a articulação dos profissionais, as relações interpessoais colaborativas, o posicionamento político e a procura pela inovação, por meio do agir são algumas formas de não-alienação do trabalho e, o possível alcance do espaço de autonomia na atuação do enfermeiro no hospital.

Neste artigo não se teve a pretensão de esgotar o mote apresentado, contudo procurou imergir nesse processo de busca por poder político do enfermeiro na prática hospitalar, diante da existência de muitas forças de correlações sociais, políticas e históricas envolvendo o trabalho, o trabalhador e sua profissão.

O limite na compreensão sobre o processo de busca dos enfermeiros pelo empoderamento político, pode estar nesta instituição pesquisada e no fato de que cada um deles possui certas características políticas, no entanto um único sujeito não abrange a multiplicidade de aspectos políticos, como um todo.

Dessa forma, os resultados obtidos são úteis para o desenvolvimento das organizações, pessoas e cuidados de saúde, subsidiando o enfermeiro em aspectos que ou podem torná-lo alienado, passivo e submisso ao trabalho ou agente político, visionário, para a conquista de espaços autônomos de atuação na instituição hospitalar e ousado a novas perspectivas para a qualidade na prestação dos cuidados em enfermagem.

Ainda os achados tornam-se relevantes aos pesquisadores interessados no assunto, para investirem em novos estudos, que fortaleçam a produção do conhecimento na área da enfermagem política.

REFERÊNCIAS

1 Erdmann AL, Fernandes JV, Melo C. et al. A visibilidade da profissão de enfermeiro: reconhecendo conquistas e lacunas. Rev Bras Enferm. 2009; 62 (4): 637-43.

2 Arendt H. A condição humana. 11. Ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2010.

3 Persegona KR, Rocha DLB, Lenardt MH et al. O conhecimento político na atuação do enfermeiro. Anna Nery Rev Enferm. 2009; 13(3): 645-50.

4 Trezza MCAF, Santos RM, Leite JL. Enfermagem como prática social: um exercício de reflexão. Rev Bras Enferm. 2008; 61(6): 904-8.

5 Thofehrn MB, Amestoy SC, Porto AR, Arrieira ICO, Dal Pai D. A dimensão da subjetividade no processo de trabalho da enfermagem. Rev Enferm Saúde. 2011; 1(1):190-8.

6 Pires MRGM. Pela reconstrução dos mitos da enfermagem a partir da qualidade emancipatória do cuidado. Rev Esc Enferm. USP. 2007; 41(4): 717-23.

7 Rodwell MK. Um modelo alternativo de pesquisa: o construtivismo. Rev FAEEBA. 1994; 3: 121-38.

8 Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12 ed. São Paulo: Hucitec; 2010.

9 De Antoni C, Martins C, Ferronato MA, Simões A, Maurente V, Costa F et al. Grupo focal: método qualitativo de pesquisa com adolescentes em situação de risco. Arq. Bras. Psicol. 2001; 53(2), 38-53.

10 Vaghetti HH, Padilha MICS, Lunardi Filho WD, Lunardi VL, Costa CFS. Significados das hierarquias no trabalho em hospitais públicos brasileiros a partir de estudos empíricos. Acta Paul Enferm. 2011; 24(1):87-93.

11 Lunardi Filho WD, Lunardi VL, Spricigo J. O trabalho da enfermagem e a produção da subjetividade de seus trabalhadores. Rev. Latino-Am. Enferm. 2001; 9(2): 91-96.

12 Casate JC, Correa AK. Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem. Rev. Latino-Am. Enferm. 2005; 13(1): 105-11.

13 Marx K. Manuscritos econômico-filosóficos. São Paulo: Martin Claret; 2004.

14 Vaghetti HH, Padilha MI, Silva RC, Simões JMTA. Trabalho como subsistência nos hospitais públicos brasileiros. Rev. bras. enferm. 2009; 62(6): 906-911.

15 Gomes AMT, Oliveira DC. Estudo da representação social da autonomia profissional em enfermagem. Rev Esc Enferm USP. 2005; 39(2): 145-53.

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

17 Herriger N. Grundlagentext Empowerment. Düsseldorf/Alemanha: Sozialnet GMBH. Disponível em: <http://www.empowerment.de/grundlagentext.html#oben>. Acesso em: 31 out. 2010.

18 Jesus MS, Said FA. Autonomia e a prática assistencial do enfermeiro. Cogitare Enferm. 2008; 13(3): 410-21.

19 Pires VMMM, Rodrigues VP, Nascimento MAA. Sentidos da integralidade do cuidado na saúde da família. Rev. enferm. UERJ. 2010; 18(4):622-7.

20 Hammerschimidt KSA, Lenardt MH. Tecnologia educacional inovadora para o empoderamento junto a idosos com diabetes mellitus. Texto & Contexto – Enferm. 2010; 19(2):358-65.

9 Artigo Publicado - A construção do ser humano no grupo para o trabalho em equipe de enfermagem

Enfermería Global

ISSN 1695-6141 Revista electrónica trimestral de Enfermería

Nº23 Julio 2011

www.um.es/eglobal/

REFLEXIONES - ENSAYOS

A CONSTRUÇÃO DO SER HUMANO NO GRUPO PARA O TRABALHO EM EQUIPE DE ENFERMAGEM

LA CONSTRUCCIÓN DEL SER HUMANO EN EL GRUPO PARA EL TRABAJO EN EQUIPO DE ENFERMERÍA

*Portella Ribeiro, J., **Rutz Porto, A., ***Buss Thofehrn, M.

*Enfermeira. Psicóloga. Mestranda do PPGEnf da Fundação Universidade Federal do Rio Grande (FURG/RS). **Mestranda em Enfermagem do PPGEnf da Universidade Federal de Pelotas (UFPel/RS. ***Doutora em Enfermagem. Docente do PPGEnf da UFPel. Brasil.

Palavras-chave: Enfermagem; Equipe de enfermagem; Ambiente de trabalho.

Palabras clave: Enfermería; Equipo de enfermería; Ambiente de trabajo..

Keywords: Nursing; Nursing Team; Work Environment

RESUMO

Trata-se de um breve estudo crítico-reflexivo, que objetivou a construção do ser humano no trabalho em equipe, reconhecendo o seu propósito no processo de trabalho da enfermagem. Nesse contexto, o trabalho em equipe na enfermagem é uma idéia tão cristalizada que se torna imperativo não pensá-lo diferente. No entanto, a forma de trabalho predominante, por ser a equipe das mais diversas maneiras, como agrupamentos de profissionais, existe a necessidade da formação de um grupo coeso de trabalho em equipe. Assim, a proposta da Teoria dos Vínculos Profissionais, como instrumento gerencial e relacional, demonstra-se ferramenta útil e continente as necessidades do trabalho coletivo da enfermagem dentro do panorama atual.

RESUMEN

Este es un breve estudio crítico y reflexivo, que tuvo como objetivo la construcción de lo humano en el trabajo en equipo, reconociendo su propósito en el proceso de trabajo de enfermería. En este contexto, el trabajo en equipo de enfermería es una idea tan cristalizada que se convierte en imperativo no pensar en ello de manera diferente. Sin embargo, la forma predominante de trabajo, al ser el equipo de muy diversas maneras, como grupo de profesionales, existe la necesidad de formación de un grupo cohesionado de trabajo en equipo. Así la propuesta de la Teoría de los Vínculos Profesionales, como instrumento de

relación y de gestión, es una herramienta útil que contiene las necesidades del trabajo colectivo de enfermería en el panorama actual.

ABSTRACT

This is a brief critical-reflective study aimed at building human beings in teamwork, recognizing their purpose in the process of nursing work. In this context, the team work in nursing is such a crystallized idea that it becomes imperative not to think of it otherwise. However, the predominant form given the variety of team possibilities, lies in the need to form cohesesive team work. The proposal of the Theory of Professional Links, as a relational and managerial tool,is useful and includes the needs of nursing teamwork within the current scenario.

INTRODUÇÃO

O ser humano é ilimitado, transcendente, contudo só em sua liberdade que ele o é e se decide a isso, sem nenhum modo de produção e nem sistema de convivialidade[1]. O nosso moderno mundo globalizado, reforçado pelo fundamentalismo da economia vigente, o qual garante que o modo de produção com uma ideologia política do neoliberalismo vem limitando as pessoas. De maneira que acaba por transformar o ser humano em um mero consumidor, perdido da sua identidade e com pouca capacidade para projetar e modificar o futuro. Quem defende e prática essa concepção não está interessado em formar um cidadão criativo, apto a pensar por si e plasmar o seu próprio destino. Em nome da nossa transcendência, protestamos contra o modo de realizar o processo de globalização que, em si, representa um patamar recente da história humana, sendo passível a reflexões para mudanças de rumo.

Essa modificação deve partir do ser humano, já que a pessoa constrói e, também, é construída no curso de relações sociais estabelecidas historicamente, como na sua relação com o trabalho, na qual o indivíduo se constitui e se humaniza[2]. Humanizar neste artigo consiste em tomar consciência de si mesmo, da própria condição que nos permite colocar-nos, de alguma maneira, fora da natureza e questionar-se sobre ela e sobre si mesma em meio a ela[3].

O mundo do trabalho, em específico o da enfermagem, vem sofrendo inúmeras alterações em ritmo avassalador, que refletem no pensar, sentir e agir de seus profissionais. Vive-se numa fase da modernidade líquida, isto é, marcada pela evolução da tecnologia, pela globalização, por relações efêmeras, falta de comprometimento, distanciamento afetivo e pela supervalorização do capital[4].

Esses aspectos levaram a sociedade a um individualismo profundo na busca de prazer por meio do consumo material, como uma manipulação da população pela mídia, através de propagandas e marketing, tendo uma grande responsabilidade na construção de novos valores na coletividade.

O culto ao individualismo é uma das manifestações de um processo histórico que originou, mantém e fundamenta a sociedade vigente e tem sua base no fato do capitalismo precisar que os indivíduos sejam "livres" para produzir, consumir e concorrer entre si(1). Isso tornou o mercado de trabalho competitivo, piorando suas condições e interrelações profissionais.
Aparentemente o atual paradigma baseado na lógica do trabalhar para poder consumir, emolda o ser humano ao sistema econômico sem perceber mais o valor da pessoa como um todo, o que acarretou o distanciamento do ser humano em relação à sua natureza, sem

refletir qual a finalidade de suas ações, tal o que ocorre na relação entre trabalhador de enfermagem e sua tarefa profissional – ação de cuidar.

Diante de tal complexidade, a presente reflexão identificou a necessidade de se adotar a gestão dos serviços em enfermagem, como um instrumento do processo de trabalho da enfermagem, que tem além da tarefa profissional, outros elementos, tais como: objeto de trabalho - o ser humano; o produto – o ser humano modificado pelo cuidado da equipe; força de trabalho - a equipe de enfermagem, que precisa ser valorizada e respeitada em uma construção coletiva, para a formação do grupo.

Igualmente, compreende-se a dificuldade do estabelecimento de relações profissionais saudáveis na enfermagem, logo que grupo de trabalho consiste num conjunto de pessoas capazes de se reconhecerem em sua singularidade e que exercem uma ação interativa com objetivos compartilhados[5], enquanto as equipes se formam por competências, tendo como ponto de união determinada função, em vista de razões intrínsecas às tarefas ou motivos de organização do trabalho da instituição, que por isso as pessoas atuam em conjunto.

Já equipes de saúde e enfermagem requerem habilidades superiores na arte de reunir as pessoas, com possibilidades de articulação entre os colegas e construções sistemáticas do cooperativo e integração. Além do reconhecimento individual, é necessário motivar esses profissionais para o progresso coletivo e a ação em equipe. Pois grupos de trabalho de enfermagem coesos produzem melhores resultados, entusiasmam-se na ação e se orgulham da concretização; geram mais informações sobre o labor e sente-se seguros na sua auto-avaliação.

Portanto, a equipe de enfermagem tem características próprias e diferenciadas de equipes de trabalho propostas em outras áreas do conhecimento, pois esta, na maioria das vezes, é formada por interesses institucionais dos serviços de saúde, constituindo verdadeiros aglomerados de profissionais em torno de um objetivo, porém sem uma identidade grupal[5]. Será que essa linguagem de equipe está formando um grupo de trabalho coeso ou estamos repetindo conceitos pré-existentes de equipe, banalizando essa expressão e seus significados?

Observa-se que, ainda, a forma de trabalho predominante nos serviços de saúde é por agrupamentos de profissionais, a qual dificilmente atende as necessidades do objeto de trabalho da enfermagem – o ser humano com carências de saúde, realidade que emerge o desenvolvimento de equipes por grupos coesos de trabalho na área da saúde e enfermagem.

Diante dessa demanda, o presente trabalho teve por objetivo oportunizar a reflexão crítica acerca da constituição do ser humano no trabalho em equipe para formação de um grupo saudável, reconhecendo o seu propósito pelo processo de trabalho da enfermagem.

O CONTEXTO SOCIAL NA CONSTRUÇÃO DO SER HUMANO

Nos tempos primórdios, o ser humano vivia em agrupamentos não só como forma de defesa dos perigos naturais, mas também para instrumentalizar o domínio e o poder sobre grupos rivais. À medida que estes agrupamentos foram institucionalizando-se, perderam suas características iniciais de solidariedade, lealdade e proteção mútua, passando a serem utensílios de tirania[6].

A mudança na forma de interação entre as pessoas para agrupamento em sociedade, marcada pela modernidade industrial, pela tecnologia e suas especialidades, tem exigido no ambiente de trabalho mais profissionais com nível superior de instrução, a fim de manter o sistema em operação. Essa conjuntura fragmentou o ser humano e dividiu o seu trabalho em pequenas partes, levando o sujeito a atuar de forma individual e a procurar desenvolver habilidades, para que seja valorizado pelo conhecimento detido, o que por consequência tem estimulado a competição e o distanciamento do trabalho em equipe[7].

Todas essas modificações ocorridas nas relações de produção visaram libertar o ser humano, para vender sua força de trabalho, e hoje, a ação do indivíduo passa a pertencer à sociedade capitalista, regulada pelas leis da oferta e procura, levando a pessoa a atender as suas exigências para que se mantenha no mercado de trabalho e assim garanta a sua sobrevivência[8].

O mesmo ocorre na enfermagem, cujos profissionais supostamente adquirem conhecimento sobre o processo de trabalho em sua formação acadêmica, e em sua vida prática deveriam utilizá-lo para auxiliá-los em uma assistência consciente, planejada e de qualidade, focando sua finalidade para transformação do objeto, contudo não se consegue superar o cotidiano imposto pelo sistema econômico, tornando-nos meros tarefeiros[9].

Neste sentido, podemos apreender que as estruturas tradicionais, verticalizadas e centralizadas adotadas pelas gestões dos serviços de enfermagem nas instituições de saúde, de modo geral, têm favorecido a impessoalidade das relações hierárquicas, que vem impedindo ao longo dos anos o fortalecimento do trabalho em equipe, refletindo uma assistência descontínua, fragmentada e sem vínculos com os clientes[10].

Dessa forma, as características do sistema econômico vigente: individualismo, concorrência e competição entre as pessoas, apresentam-se como fato inquestionável, que influencia diretamente o mundo do trabalho. Sendo, assim, os cuidados realizados por uma equipe é *conditio sine qua non* do trabalho da enfermagem, no qual por meio do enfermeiro seja desencadeada a formação de grupo, devido à emergente necessidade do ser humano participar da construção de um trabalhador coletivo, pela apropriação consciente do conhecimento de seu processo de trabalho na enfermagem.

No entanto, não é fácil estabelecer parâmetros precisos na diferenciação entre grupo e equipe, pois a equipe é um grupo com funcionamento qualificado[11]. Neste artigo, a equipe é formada através de um grupo, no qual existe a compreensão dos objetivos comuns e todos estão engajados em alcançá-los, de forma compartilhada e solidária. Bem como, a comunicação entre os membros é verdadeira, de maneira que opiniões divergentes são estimuladas para ocorrer à reflexão no grupo e alcançar-se o consenso. Pois, a diversidade e as habilidades complementares dos membros possibilitam a obtenção de resultados e os objetivos determinam seu propósito e direção.

O ser humano para trabalhar em grupo precisa ter algumas características especiais, tal como o enfermeiro enquanto líder da equipe é o responsável por estimular e formar o grupo de trabalho. Para isso, é imperativo o respeito, flexibilidade e cooperação entre os trabalhadores no coletivo, investindo constantemente em seu próprio crescimento. Como conseqüência dessa articulação os níveis ocupacionais e sócio-emocionais tendem à harmonização de procedimentos e relacionamentos.
Por isso, a presente reflexão aponta para que as equipes sejam pensadas e trabalhadas no sentido de formar um grupo de trabalho, no qual é essencial o enfermeiro enquanto líder ser participativo e democrático, com papel igualitário no grupo e que ocupe o seu espaço na

instituição, para que possa ser visto como coordenador das ações de cuidado que busca talentos, aptidões frente às individualidades na equipe e, ao mesmo tempo, mantendo sua função ético-legal diferenciada.

A CONSTRUÇÃO DO SER HUMANO EM TRABALHADOR COLETIVO NA EQUIPE

O pensamento fragmentado ensinado na maioria das universidades precisa ser superado para de fato atender as exigências do exercício profissional da enfermagem no trabalho em equipe. Essa caminhada é única e precisamos como enfermeiros coordenadores e líderes, nos respeitar e respeitar o outro. Portanto, ao nos abrirmos à dimensão da subjetividade, permitindo nos conhecer e ao outro, estaremos deste modo visualizando a equipe de enfermagem. E, assim, é possível acolher às necessidades de formação de um grupo de trabalho, para o alcance de um objetivo comum, ou seja, a tarefa profissional do cuidado do ser humano[12].

Tal vez aí se concentre a lacuna, da difícil distinção entre trabalho em grupo e equipe, principalmente diante da nossa construção em indivíduos, que aponta que mesmo participando do processo de trabalho o sujeito não vê mais, onde ele se encaixa no cenário geral, o que caracteriza a alienação[13]. Condição em que o indivíduo é impedido de se empenhar no trabalho em equipe, mesmo trabalhando juntos durante anos, reunindo-se regularmente e, ainda assim, não fazer parte dela, pois esta não se considera apenas pela convivência de trabalhadores num mesmo estabelecimento de saúde[14]. A equipe de trabalho na saúde é como uma rede de relações entre pessoas, de poderes, saberes, afetos, interesses e desejos, no qual é possível identificar processos grupais[15], sendo distinto do significado de equipe para outras áreas do conhecimento, as quais visam, na maioria das vezes apenas otimizar produtividade.

A partir disso torna-se inerente a adequação do mercado de trabalho, que preza pela qualificação da assistência de acordo com a Lei do Exercício Profissional nº 7.498 de 25/06/86, regulamentada pelo Decreto Lei nº 94.406 e, a busca da atuação coletiva da enfermagem em prol do seu objeto de trabalho – o ser humano em sua integralidade.
Assim, cabe a transformação da ambivalência entre educação tradicional e exigência da vida moderna de modo que não acarrete prejuízos na carreira dos trabalhadores. Pois, a maioria das empresas procura o perfil profissional, no qual o ser humano seja capaz de mobilizar os esforços das pessoas para um trabalho em equipe, num clima de abertura, honestidade e confiança, sendo uma das habilidades mais requisitadas ao profissional, independente de sua formação acadêmica[16].

O trabalho em equipe é uma necessidade do contexto de trabalho da enfermagem, que se torna imperativa não pensá-la de forma diferente. No entanto, é preciso motivar e estimular a reflexão crítica dos profissionais de enfermagem expondo o processo de trabalho, tal como se apresenta atualmente.

Nos últimos anos, na enfermagem e nas demais profissões da área da saúde, as ações por uma prática humanizada têm ganhado lugar de destaque no processo de trabalho. No entanto, pouco se aborda que "[...] para o desenvolvimento de ações humanizadoras na assistência em saúde, faz-se necessário que a humanização, seja a filosofia da instituição"[9:106].
Quando acontece essa postura institucional, torna-se fundamental o incentivo à equipe, valorizando os profissionais, como seres multidimensionais, bio-psico-social-espirituais, pois, quando se sentem respeitados, motivados como pessoas e profissionais, podem estabelecer

relações interpessoais mais saudáveis com os usuários, familiares e equipe multiprofissional[9].

A própria Política Nacional de Humanização propõe o desenvolvimento de processos de trabalho em que diferentes profissionais, com seus distintos saberes e contribuições, possam se aproximar, desenvolverem trocas, rompendo com a tradicional atuação por categoria ou especialização ou setor[17]. Dessa forma, cada trabalhador de uma equipe de saúde, sem deixar de ser médico, psicólogo, enfermeiro, haverá de ser também um pouco educador, sociólogo, economista, ambientalista, os quais também passarão a ser um tanto médico, enfermeiro, fisioterapeuta a partir das práticas compartilhadas num dado ambiente, isto é, o deslocamento fundamental para a construção de ações coletivas e comuns[17].

Nesse aspecto está a relevância da gestão em enfermagem de modo a incluir conscientemente a humanização nos modelos gerenciais. Já que no trabalho em equipe da enfermagem existe uma carência de modelos para a formação de um grupo de trabalho, com vínculos agregadores que favoreçam o desenvolvimento da assistência centrada no cuidado ao ser humano[18,19].

Diante da perspectiva mencionada, é conhecimento comum que as ações isoladas tornam mais difíceis o alcance dos objetivos, somado ao veemente incentivo pela sociedade à competitividade e ao talento individual, tornando improvável a ocorrência de uma mudança na forma como as pessoas se relacionam. Seguindo a normalização, a forma de trabalho dominante nas instituições, a equipe por agrupamentos de profissionais é formação mais presente na enfermagem, sendo grupos de trabalho coesos, ainda raros.

Sob essa ótica, existe na enfermagem a Teoria dos Vínculos Profissionais (TVP), com a finalidade de atender e auxiliar o enfermeiro junto à formação e afirmação do trabalho em equipe[19]. A seguir, busca-se, então, apresentar a teoria, enquanto um instrumento gerencial e relacional inserido no processo de trabalho da enfermagem.

A TEORIA DOS VÍNCULOS PROFISSIONAIS NO TRABALHO EM EQUIPE

Os conhecimentos essenciais da enfermagem são difíceis de serem definidos para a formação de um profissional, pois a enfermagem possui seu objeto de trabalho amplo, isto é, o usuário, sua família e comunidade e isso interfere na forma como organiza seu processo de trabalho e, consequentemente, a formação do grupo de trabalho[17]. Embora, o objeto de trabalho da enfermagem não seja bem delimitado, um estudo realizado sobre a motivação no trabalho da equipe de enfermagem, mostra que a categoria o trabalho em si é uma das mais citadas pelos profissionais, seguida do relacionamento interpessoal, levando-nos a considerar que o relacionamento saudável no ambiente de trabalho precisa ser garantido, para que seja reduzida ao máximo a insatisfação no contexto de trabalho[18].

Se considerarmos o produto do trabalho da enfermagem, como o restabelecimento da saúde do ser humano através do cuidado, a gestão na enfermagem pode ser entendida como instrumento do processo de trabalho, auxiliando na organização e na valorização dos recursos humanos, de forma a favorecer a ação de cuidar e possibilitar o relacionamento interpessoal. Dentre os importantes aspectos do processo de trabalho o instrumento gerencial e relacional destaca-se, pois as dificuldades nesta área comprometem o desempenho profissional do enfermeiro, na sua relação com a equipe e no atendimento das necessidades da comunidade[20].

Neste contexto, a proposta da TVP, como modelo para humanizar a gestão em enfermagem, demonstra-se uma ferramenta continente as necessidades administrativas da enfermagem dentro do panorama atual[19]. A teoria em questão favorece o bem-estar das pessoas – ser cuidador e ser cuidado, uma vez que a equipe tem a oportunidade de se realizar mais em seu trabalho, na consolidação da gestão participativa dos conflitos e na possibilidade da sua expressão subjetiva na atuação profissional.

Nesta perspectiva, a TVP oferece subsídios ao enfermeiro, cujo papel é de liderar a equipe enfermagem que necessita ser trabalhada, para conseguir estabelecer e conscientizar sua equipe a formação de um grupo coeso. Essa teoria para o trabalho em equipe de enfermagem tem como agente - o enfermeiro e objeto - a equipe de enfermagem, ligada a regras da instituição e do próprio fazer, a divisão social do trabalho em enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem e, a atuação eficaz diante das necessidades da comunidade. Ou seja, é uma ferramenta mediadora capaz de organizar as práticas de trabalho na enfermagem, possibilitando que a equipe compreenda seu papel e objetivo, de modo a vir a ser, realmente, um grupo.

Para isso a teoria sugere utilizar estratégias para formação de vínculos profissionais em equipes, através de um delineamento esquemático das etapas, que podem facilitar a implantação da teoria na prática profissional.

As estratégias para implantação da teoria se constituem de quatro etapas: reconhecimento e aceitação da idéia; formação do grupo; desenvolvimento do grupo e fechamento do grupo. Cada fase corresponde a um determinado momento do grupo, para o qual o profissional da enfermagem deve estar atento e preparado, pois esta será a forma mais apropriada para a discussão e interiorização dos novos conceitos e sugestões de adaptação da teoria para a realidade prática de cada grupo de trabalho, como neste caso a construção do ser humano no trabalho em equipe, reconhecendo o seu propósito no processo de trabalho da enfermagem.

Através do modelo, a formação e afirmação dos vínculos profissionais de uma equipe voltada para o cuidado humanizado são estabelecidas, além disso, há maior inclusão e significação para esse grupo na instituição e, consequentemente, na sociedade na qual está inserida[18].

Contudo, como funciona o caminhar desse modelo para um grupo trabalhar as relações humanas?

A TVP possui como referencial a dinâmica de grupo que fornece subsídios para trabalhar as relações humanas e os processos do grupo com vistas à formação de vínculos profissionais saudáveis. Esse caminho conduz a uma equipe coesa, em oposição à competitividade presente nos ambientes de trabalho, no modo e relação de produção e na sociedade como um todo.

Se uma equipe não está dando respostas adequadas as carências de saúde de uma comunidade, então a indicação deste texto está na premissa dos profissionais se sensibilizarem e se conscientizarem acerca do seu processo de trabalho, e diante das dificuldades trabalharem, continuamente, em sua equipe, para melhor atender as necessidades da população e dos próprios profissionais.
A teoria, neste aspecto, é uma ferramenta mediadora entre o espaço institucional e o espaço de atuação da equipe, propondo reuniões de equipe, educação em serviço para o aprimoramento profissional, definições dos papéis e competência profissional diante das

relações de poder, bem como a gestão da equipe através da coordenação das ações, integração, interação entre os membros da equipe e autoconhecimento para poder se aceitar e, posteriormente, aceitar e conhecer o outro, além da comunicação positiva, envolvimento, comprometimento, cooperação, solidariedade. Ou seja, o enfermeiro deve estar consciente que primeiro ela estará se trabalhando para depois o grupo, sendo um dos principais limites da teoria, pois depende da abertura do enfermeiro para o autoconhecimento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As transformações sociais pelas quais passamos nas últimas décadas desencadearam mudanças nas relações de trabalho da enfermagem. Hoje, muito têm se falado sobre a eficiência, a eficácia e a excelência dos trabalhos em equipe, levando as organizações a investir tempo e dinheiro, na formação, na sensibilização e no desenvolvimento das suas equipes de trabalho.

Mais que nunca compreender a trabalhar em e com equipes é preciso, pois estamos saindo da era dos pensamentos, que corroboravam para a individualidade, para ingressarmos na era da grupalidade, na qual para atingirmos suas metas, já não nos bastará apenas o esforço individual sem sua inserção no coletivo. Mas, formar uma equipe não é algo fácil de conseguir, tampouco rápido de se consolidar e, especificamente, manter, pois em meio ao trabalho cotidiano de cobranças por resultados e produtividade, as soluções, por vezes, podem ser difíceis de implementar.

Sem ter a intenção de dar uma receita de como trabalhar, a presente reflexão busca de maneira crítica salientar, que os modelos da administração tradicional, verticalizadas e centralizadas, têm favorecido a impessoalidade das relações hierárquicas e impedido o fortalecimento do trabalho em equipe. Assim vislumbramos como ferramenta gerencial e relacional para o trabalho em equipe, já existe descrito na enfermagem, a Teoria dos Vínculos Profissionais.

REFERÊNCIAS

1. Boff L. Tempo de transcendência. Editora Sextante; 2000.
2. Miranda MG. Psicologia do desenvolvimento: o estudo da construção do homem como ser individual. Educativa 1999; 2: 45-62.
3. Bermejo JC. Humanizar a saúde: cuidado, relações e valores. Petrópolis: Vozes; 2008.
4. Bauman Z. Modernidade Líquida. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 2001.
5. Osorio LC. Psciologia grupal: uma nova disciplina para o advento de uma era. Porto Alegre: Artmed; 2003.
6. Osorio LC. Grupos: teorias e práticas – acessando a era da grupalidade. Porto Alegre: Artes Médicas Sul; 2000.
7. Davis K, Newstron JW. Comportamento humano no trabalho: uma abordagem psicológica. São Paulo: Pioneira Thomson Learning; 2001.
8. Lane STM, Codo W, Andery AA, Neto AN, Ciampa AC, Carone I, et al. Psicologia social: o homem em movimento. 13. ed. São Paulo: Brasiliense; 2006.
9. Oliveira BR, Lopes TA, Vieira CS, Collet N. O processo de trabalho da equipe de enfermagem na UTI neonatal e o cuidar humanizado. Texto Contexto Enferm. 2006; 15: 105-13.
10. Spagnol CA, Ferraz CA. Tendências e perspectivas da administração em enfermagem: um estudo na Santa Casa de Belo Horizonte-MG. Rev. Latino-Am. Enferm. 2002; 10(1): 15-20.

11. Moscovici F. Equipes dão certo: a multiplicação do talento humano. 7. ed. Rio de Janeiro: José Olympio; 2003.
12. Thofehrn MB. Como formar uma equipe com vínculos profissionais saudáveis? In: Thofehrn MB et al. Práticas de gestão e gerenciamento no processo de trabalho em saúde. Pelotas: Ed. Universitária UFPel; 2009. p.109-118.
13. Davis K, Newstron JW. Comportamento humano no trabalho: Uma abordagem organizacional. São Paulo: Pioneira Thomson Learning; 2001.
14. Fortuna CM. O trabalho de equipe numa unidade básica de saúde: produzindo e reproduzindo-se em subjetividades. Em busca do desejo, do devir e singularidades. [dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP; 1999
15. Fortuna CM, Mishima SM, Matumoto S, Pereira MJB. O trabalho de equipe no programa de saúde da família: reflexões a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos. Rev. Latino-Am. Enferm. 2005; 13(2): 262-268.
16. Costa EP. Técnicas de dinâmica: facilitando o trabalho com grupos. Rio de Janeiro: WAK; 2002.
17. Brasil. HumanizaSUS. Redes de Produção em Saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2009.
18. Pereira MC, Fávero N. A motivação no trabalho da equipe de enfermagem. Rev Latino-am Enfermagem 2001; 9(4): 7-12.
19. Thoferhn MB, Leopardi MT. Teoria dos vínculos profissionais: um novo modo de gestão em enfermagem. Texto Contexto Enferm 2006; 15 (3): 409-17.
20. Meira MDD, Kurcgant P. O ensino de administração na graduação: percepção de enfermeiros egressos. Texto Contexto Enferm. 2009; 18(4): 670-679.

ISSN 1695-6141

© COPYRIGHT Servicio de Publicaciones - Universidad de Murcia

10 Considerações Finais

A compreensão do processo de busca pelo empoderamento político do enfermeiro na prática hospitalar, foi possível em parte. Pois, durante a interação pesquisadora e sujeito do estudo na coleta de informações, evidenciou-se mais fragilidades subjetivas nos indivíduos e na organização hospitalar, com a qual ele se relaciona, do que potencialidades do trabalhador e da instituição estudada.

No que se refere a obstáculos na busca do enfermeiro pelo empoderamento político, identificaram-se, predominantemente: insatisfação, frustração, sofrimento patológico, absenteísmo; alienação; acomodação, conformismo, desmotivação, falta de compromisso social, comprometimento, interesse, responsabilidade no trabalho; autonomia reduzida, pela reprodução do modelo biomédico e subordinação, submissão e dependência ao profissional médico e o seu fazer muito restrito a prescrição médica, dificultando a resolução de problemas pelo enfermeiro e pelo fato da instituição centralizar a produção de saúde neste profissional; enfermeiro tarefeiro com o fazer muito mecanicista e tecnicista, com descontinuidade e fragmentação do cuidado entre os turnos de trabalho; ambiente de trabalho com relações conflituosas entre os diferentes profissionais.

Além disso, as normas e rotinas não são registradas e padronizadas; a visão do poder e da autonomia do enfermeiro é limitado ao conhecimento prático; grande dificuldade de relação e valorização pelo enfermeiro dos profissionais de enfermagem, com formação de nível médio, devido à rigidez da divisão social do trabalho da enfermagem; centralização do fazer do enfermeiro mais nas atividades técnicas do que gerenciais; muitas vezes o estilo de liderança assumido do enfermeiro é a autocrática; rotulamento ao cargo de chefia de enfermagem, com concentração de expectativas de mudanças a partir deste poder, ocorrendo um distanciamento de relacionamento dos enfermeiros com estes trabalhadores; ao mesmo tempo os chefes de enfermagem não oferecem apoio e respaldo da competência profissional da enfermagem frente ao poder médico; rígida burocratização na aquisição de materiais.

Ainda há falta de materiais e condições físicas adequadas nas unidades, prejudicando a assistência em saúde; dificuldade de compreensão do significado de política, algumas vezes confundindo com os cargos de políticos; dificuldade de auto-reconhecimento de si e do seu fazer na instituição e na busca por visibilidade; sentimento de necessidade de gratidão do paciente, reproduzindo a formação histórica da profissão baseada na dimensão caritativa e tornando o usuário do sistema de saúde passivo; isolamento dos profissionais em seus setores; sobrecarga de trabalho; profissionais sem uniformização, sem o uso adequado de equipamentos de proteção individual, sem respeito ao cumprimento de horários de trabalho; visitas dos enfermeiros aos leitos dos pacientes muito rápidas e com pouca realização do exame físico na presença de queixas; ausência de reuniões na equipe; troca de plantões sem a participação conjunta dos técnicos e auxiliares de enfermagem.

Também há pouca participação dos enfermeiros na dinâmica da instituição; ausência de educação continuada; dificuldade de colocar em prática o que percebe como necessidades a serem modificadas; falta de visibilidade do serviço da enfermagem, de valorização da equipe e de incentivo ao crescimento pela organização hospitalar; pouco conhecimento acerca do Sistema Único de Saúde e sobre as Políticas Públicas de Saúde; atuação do Grupo de Trabalho da Humanização (GTH) restrito à dias comemorativos, feriados, não ocorrendo a real preocupação com a humanização do atendimento, melhores condições de trabalho aos profissionais e melhores instalações ao clientes; pouca qualidade na prestação da assistência, em muitas situações; necessidade do Programa Amigo da Criança.

Igualmente há necessidade de implantação da Sistematização da Assistência de Enfermagem; tomada de decisão individual a cada turno de trabalho; falta de planejamento da assistência e da própria organização hospitalar; pouca discussão de condutas, especialmente com o profissional médico; dificuldade de socialização de informações; falta de consciência de fundamentação teórica e científica no seu fazer, atuando muito baseado no senso comum; falta de avaliação de seu trabalho e autoavaliação; necessidade de grupo de pesquisa; pouca articulação com a universidade a qual o hospital escola está ligado; pouco reconhecimento da enfermagem sobre o seu poder de decisão e valor dentro da política; enfermeiros pouco visionários; falta de enfermeiros ocupando cargos políticos; falta de inserção

na luta pelos direitos trabalhistas; pouca participação no sindicato e no conselho de enfermagem; desunião da classe profissional.

Do mesmo modo existe pouca persistência do enfermeiro na busca por mudanças; falta de consciência coletiva; relações pouco colaborativas com médicos, profissionais do serviço social, psicologia, direção do hospital, setor de compras e chefia da higienização; enfermeiros com falta de iniciativas; pouca visão da macro-organização; necessidade de políticas para organização das filas de espera e acesso à internação hospitalar; pouca busca do cuidar integralmente o ser humano; em uma unidade houve desvio de função do enfermeiro, realizando atividades médicas; pouca realização de educação em serviço pelos enfermeiros; pouca articulação com o Ministério da Saúde; relação de subsistência com o trabalho; falta de investimento da instituição no crescimento da mesma.

Ao mesmo tempo é vista a necessidade de valorização da parte subjetiva do trabalhador, como suas emoções; a boa remuneração, a estabilidade proporcionada pelo cargo público e a ocorrência de adicional no salário pelo plantão hospitalar não parece influenciar tanto o profissional na sua satisfação, pois mesmo assim continua desestimulado para o trabalho; a questão política é vista muito como um discurso da academia, mesmo que se tenha visto a importância da autonomia no trabalho e o enfermeiro tenha um discurso político, existe um distanciamento entre o seu discurso e a sua ação; foi apontado também a desorganização e controle de materiais na Central de Material e Esterilização, há necessidade de integração entre todos os enfermeiros do hospital e existe uma verticalização nas relações da administração do hospital com os enfermeiros, como por exemplo, foi implantado o prontuário eletrônico, sem todos os enfermeiros ainda saberem o porquê dele, de onde veio o pedido, e, em certos momentos, isso torna a realização dobrada de um trabalho, por falhas na organização desse sistema eletrônico.

Apesar de todas as necessidades de melhorias expostas, foram encontrados alguns fatores que potencializam a busca do enfermeiro pelo empoderamento político na prática hospitalar, tais como: existe grande preocupação com o bem-estar do paciente, a busca pela empatia na relação com o cliente e sua família, a valorização do seu conhecimento popular, a procura pela autonomia do usuário, a busca no estabelecimento de relação horizontal, consciência sobre a importância da atualização continua do conhecimento; o foco do seu processo de trabalho no ser humano cliente; frente às adversidades de condições inadequadas de trabalho,

como o material, há o esforço criativo do enfermeiro em prol do paciente; houve apontamento de relações colaborativas com nutricionistas e fisioterapeutas.

Há participação no hospital de um enfermeiro como voluntário na Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) no que se referem aos curativos; dois enfermeiros no GTH, um na Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA), outro na Comissão de Óbitos, e dois no Banco de Olhos; há procura pelo embasamento teórico e científico, como a prática baseada em evidências, na implementação de protocolo de insulina; reconhecimento da importância do mestrado para fundamentar suas condutas diante do cliente, tal como uma enfermeira percebeu o uso da teoria de enfermagem de Leninger, na qual esse profissional valoriza a cultura do cliente no momento em que presta cuidados; valorização da residência multiprofissional em saúde como um elo com a universidade e existe uma consciência crítica acerca dos problemas que vivenciam no trabalho.

No que concernem os significados de enfermeiro ser político, houve associação à: ser transformador social, educador, cidadão, ter visão da macro-organização, ser articulador com a universidade e Ministério da Saúde, possuir conhecimento sobre o SUS, ser participante, se posicionar com conhecimento; integrar as outras pessoas, ser planejador, líder, buscar fortalecer o seu núcleo de atribuições profissionais, socializar conhecimentos, possuir autonomia e procurar atuar em conjunto.

Dois enfermeiros se destacaram neste estudo, apresentando qualidades políticas, como por exemplo: proporcionam o cuidado integral ao cliente, possuem autonomia, reconhecem suas atribuições profissionais, se autovalorizam e também a sua profissão; trabalham de maneira interdisciplinar com os multiprofissionais, vêem a Sistematização da Assistência de Enfermagem como fonte de visibilidade, utilizam embasamento teóricos como a Educação Permanente, baseada na problematização de Paulo Freire, a Teoria da King que busca enxergar o outro no processo de interação, a Política Nacional de Humanização, a Teoria de Wanda Horta com as necessidades humanas básicas, valorizam a autonomia do cliente, discutem condutas inclusive com médicos, possuem relações colaborativas com todos profissionais, tem o discurso próximo as suas ações, senso crítico da realidade, estão em contínua busca pela transformação e crescimento.

Ainda são flexíveis na condução de normas e rotinas, possuem o estilo de liderança situacional, estimulam a equipe, co-responsabilizam todos os envolvidos na produção de saúde, valorizam as políticas públicas de saúde, aplicam os seus conhecimentos acerca do seu processo de trabalho, concebendo o cliente de maneira holística, compreendem a gestão também com o foco de melhoria da assistência para o cliente, quando realizam visita ao usuário, identificam problemas, realizam o exame físico, possuem compromisso social, são responsáveis, compartilham conhecimento com sua equipe e com a equipe multiprofissional, as dificuldades são vistas como oportunidades, buscam a harmonia no ambiente de trabalho estabelecendo uma relação com realimentação, solucionam problemas coletivamente, realizam educação em serviço e buscam participar dos acontecimentos da instituição.

Mesmo diante das fragilidades anteriormente apresentadas, tanto do enfermeiro, quanto em relação à organização, percebeu-se que os clientes ainda preferem ser internados neste hospital, demonstrando sua satisfação pelo atendimento que recebem.

Também os enfermeiros construíram em grupo possíveis soluções aos problemas que surgiram como a reformulação da hierarquia institucional em colegiados gestores, com enfermeiros chefes de unidades, tais como já se apresenta na Unidade de Terapia Intensiva. Apontaram a relevância da Educação Permanente, para o crescimento teórico e prático dos enfermeiros e da qualidade da assistência neste hospital escola.

Diante do exposto, foi possível observar a existência de correlação de forças dialéticas na busca do enfermeiro pelo empoderamento político na prática hospitalar. Os resultados que indicaram qualidades políticas potenciais ao empoderamento do enfermeiro, permitiram confirmar os pressupostos teóricos da pesquisa, em que profissionais conscientes da dinâmica do seu processo de trabalho desconstroem a alienação, não reproduzindo a centralização político-administrativa e o aprisionamento da prática da enfermagem no ambiente hospitalar. Assim como, esses enfermeiros por meio da teia de relações interpessoais no trabalho, compreendendo a pluralidade dos seres humanos, conseguem se aproximar mais de seres emancipados da institucionalização do profissional e da prática da enfermagem no hospital.

A pesquisa não teve a pretensão de esgotar o mote apresentado, contudo procurou imergir nesse processo de busca por poder político do enfermeiro na prática hospitalar, diante da existência de muitas forças de correlações sociais, políticas e históricas envolvendo o trabalho, o trabalhador e sua profissão.

O limite na compreensão sobre o processo de busca dos enfermeiros pelo empoderamento político nesta instituição pesquisada está no fato de que cada um deles possui certas características políticas, no entanto um único sujeito não abrange a multiplicidade de aspectos políticos, como um todo.

No entanto, os resultados obtidos são úteis para o desenvolvimento das organizações, pessoas e cuidados de saúde, subsidiando o enfermeiro em aspectos que ou podem torná-lo alienado, passivo e submisso com relação ao seu trabalho ou agente político, ou ainda, torná-lo um visionário para a conquista de espaços de atuação na instituição hospitalar e ousado a novas perspectivas para a qualidade na prestação dos cuidados em enfermagem.

Talvez a dificuldade de busca dos enfermeiros pelo empoderamento político na prática hospitalar, reside na enfermagem se tratar de uma profissão em construção, a qual ainda não possui um objeto epistemológico claramente definido. Pois, o cuidado de enfermagem, voltado para a manutenção ou restabelecimento de saúde aos indivíduos, consiste de ações subjetivas que fogem a objetividade da ciência.

Portanto, a enfermagem utiliza outros campos de saberes para teorizar sua prática, sendo assim esta poderia ser considerada e fortalecida enquanto uma disciplina prática, para enfim constituir a sua identidade profissional.

Diante do exposto, numa concepção mais ampla, é preciso reconhecer que estamos em um momento de transição da sociedade, sendo que na instituição estudada existe uma estagnação, a qual não acompanhou as rápidas e agressivas transformações capitalistas. Do mesmo modo, a particularidade do empoderamento político do enfermeiro na prática hospitalar não foi incorporado. Isso se torna algo comum diante das exigências do sistema econômico vigente, que subtraiu a subjetividade dos indivíduos na produção de bens, tornando-se algo perverso em condições de altos índices de desemprego, pois até mesmo o trabalho que pode trazer sofrimento psíquico acaba sendo, nestas condições sociais, políticas e econômicas, um elemento visado.