

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

O processo de trabalho gerencial de enfermagem de um hospital da rede pública do Distrito Federal.

Fernando Alves Pimenta

Dissertação apresentada à Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, como parte das exigências para a obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

Brasília – DF

2009

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA

FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

O processo de trabalho gerencial de enfermagem de um hospital da rede pública do Distrito Federal.

Fernando Alves Pimenta

Helena Eri Shimizu

Dissertação apresentada à Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, como parte das exigências para a obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

Brasília – DF

2009

Ficha Catalográfica

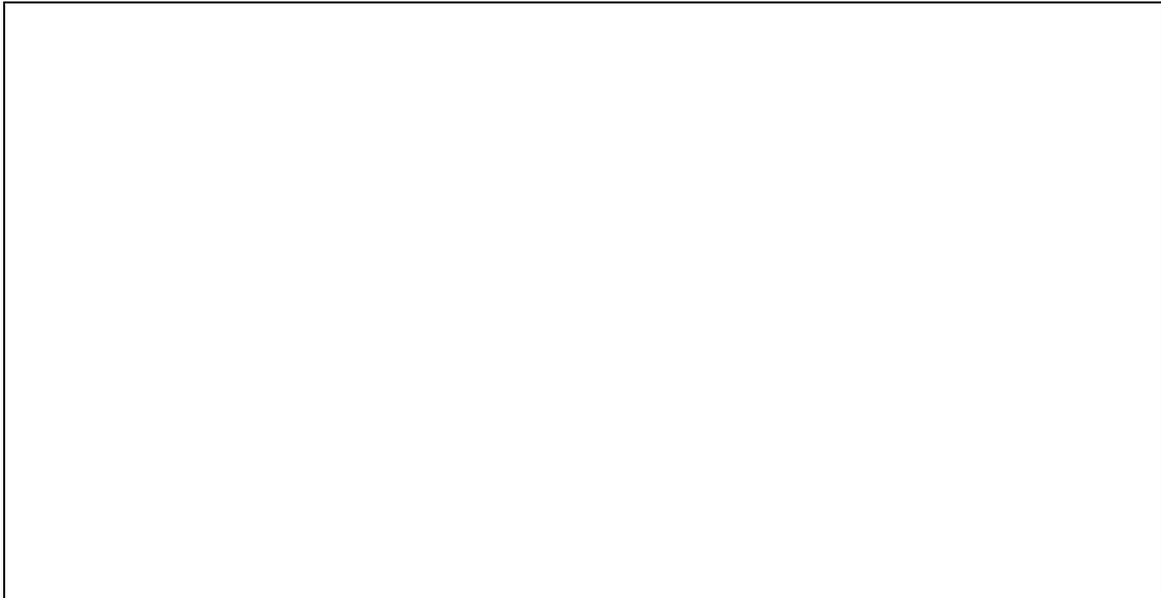
Pimenta, Fernando Alves

O processo de trabalho gerencial de enfermagem de um hospital da rede pública do Distrito Federal. Brasília, 2009, 145p.

Dissertação apresentada à Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília.

Orientadora: Shimizu, Helena Eri.

1. Administração dos Serviços de Saúde 2. Processo de Trabalho Gerencial de Enfermagem 3. Hospitais



Folha de Aprovação

Fernando Alves Pimenta

O processo de trabalho gerencial de enfermagem de um hospital da rede pública do Distrito Federal.

Dissertação apresentada à Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, como parte das exigências para a obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

Aprovado em ___/___/___

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ **Assinatura:** _____

Dedicatória

Dedico esse trabalho primeiramente a Deus, a memória de meu pai – Vital Manoel da Costa, a minha mãe pelo seu espírito de luta e inteligência, a meus irmãos e amigos, a meus dedicados professores e a todos os enfermeiros, especialmente aqueles que ocupem cargo de gerência e ajudam a formar o corpo e alma dos serviços de saúde.

Agradecimentos

A minha orientadora, Helena Eri Shimizu, pela oportunidade, apoio, paciência, carinho e inteligência iluminadora nos debates sobre Gerência e Enfermagem.

Ao Prof. Edgar Merchan Hamann pela amizade, companheirismo, oportunidade e cuidado sempre presentes.

Ao Prof. Edson Farias pela disponibilidade e pelas brilhantes aulas de Teoria Social Clássica – inclusive dadas em sua casa - acompanhadas com muito café, bolo e cuzcuz - que ajudaram sobremaneira a descortinar um olhar sobre o meu objeto de pesquisa e principalmente sobre a trajetória do pensamento sociológico.

Ao Prof. Oviromar Flores pelo exemplo ético, pelas orientações durante o curso de Especialização e pelas inúmeras oportunidades e direcionamentos oferecidos durante esse tempo.

À Helena, gerente do serviço de enfermagem, pelo incentivo, disponibilidade e abertura na realização desse trabalho.

À Sonia Kazuko Sakai Teixeira, bibliotecária da Aben-DF, pela ajuda nos diversos momentos de procura de material bibliográfico.

À Rosana Allatta pelo companheirismo, apoio incondicional e compartilhamento das dificuldades.

À Fernando Silveira pelo apoio, companheirismo irrestrito e pela crucial ajuda na transcrição das entrevistas.

À Andréia Dias pela revisão dos textos e, sobretudo, pela amizade incondicional.

À André Hora pela confecção do Abstract, pela Arte, sensibilidade e amizade.

Aos meus alunos de graduação e pós-graduação que me fazem questionar implacavelmente, o tempo todo, o instituído.

Agradecimentos Especiais

Novamente aos professores – e orientadores em tantos sentidos - Helena E. Shimizu, Edgar Hamann, Oviromar Flores, Edson Farias e todos os demais que passaram e deixaram sua mensagem. A todos, colhi o seguinte poema de Manoel de Barros:

“Descobri aos 13 anos que o que me dava prazer nas leituras não era a beleza das frases, mas a doença delas.

Comuniquei ao Padre Ezequiel, meu Preceptor esse gosto esquisito.

Eu pensava que fosse um sujeito escaleno.

- Gostar de fazer defeitos na frase é muito saudável, o Padre me disse.

Ele fez um limpamento em meus receios.

O Padre falou ainda: Manoel, isso não é doença, pode muito que você carregue para o resto da vida um certo gosto por nadas.

E se riu.

Você não é bugre? – ele contitnuou.

Que sim, eu respondi.

Veja que bugre só pega por desvios, não anda em estradas -

Pois é nos desvios que encontra as melhores surpresas e os ariticuns maduros.

Há que apenas saber errar bem o seu idioma.

Esse Padre Ezequiel foi o meu primeiro professor de agramática.”

(O Livro das Ignorâças, Manoel de Barros)

“Não é o conhecimento, mas sim o conhecimento do conhecimento, que cria o comprometimento. Não é saber que a bomba mata, e sim saber o que queremos fazer com ela que determina se a faremos explodir ou não. Em geral, ignoramos ou fingimos desconhecer isso, para evitar a responsabilidade que nos cabe em todos os nossos atos cotidianos, já que todos estes – sem exceção – contribuem para formar o mundo em que existimos e que validamos precisamente por meio deles, num processo que configura o nosso porvir. Cegos diante dessa transcendência de nossos atos, pretendemos que o mundo tenha um dever independente de nós, que justifique nossa irresponsabilidade por eles. Confundimos a imagem que buscamos projetar, o papel que representamos, com o ser que verdadeiramente construímos no viver cotidiano.”

(Maturana e Varela)

Resumo

Pimenta, Fernando Alves. O processo de trabalho gerencial de enfermagem de um hospital da rede pública do Distrito Federal. 131p. Dissertação (Mestrado) Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília. Brasília, 2009.

Essa investigação teve como objetivo geral analisar o processo de trabalho gerencial de enfermagem em um hospital da rede pública do Distrito Federal, a partir da ótica de enfermeiras-gerentes, tendo, também como objetivos específicos: identificar e analisar: as concepções e representações dos enfermeiros gerentes sobre o processo de trabalho gerencial; instrumentos e meios utilizados pelos enfermeiros no processo gerencial, a fim de caracterizar os modos de gerenciamento/gestão praticados; as dimensões: técnica, comunicativa, política e de desenvolvimento da cidadania do trabalho gerencial e o modo como se articulam dentro da realidade estudada. Analisar a qualidade política e formal do processo de gerenciamento de enfermagem no contexto hospitalar. Trata-se de um estudo qualitativo cujo desenho metodológico foi estruturado nas premissas da hermenêutica-dialética objetivando compreender o processo de trabalho gerencial de enfermagem a partir de um caminho simultaneamente compreensivo e crítico. O referencial teórico foi constituído pela teoria do processo de trabalho de Marx, Gonçalves, Merhy e Campos e outros estudos do processo de trabalho e gerência de saúde e enfermagem. Foram incluídos treze depoimentos de enfermeiras-gerentes coletados mediante entrevistas semi-estruturadas. Utilizando-se de categorias como processo de trabalho gerencial, condições materiais e técnicas do trabalho, a liderança como instrumento do trabalho gerencial e as interfaces político-emancipatórias do processo de trabalho gerencial de enfermagem e discussão dos resultados revelaram uma prática de gerência pautada pelo modelo racional, e pela presença de um modelo de gerenciamento bipolar, caracterizado pelo exercício simultâneo de atividades assistenciais e gerenciais, predomínio das funções administrativas de controle e organização, revelando baixo desenvolvimento das dimensões político-emancipatórias. O estudo revela também as precárias condições de trabalho e o conseqüente sofrimento psíquico decorrente dessa situação a que estão sujeitos trabalhadores. As dificuldades de relacionamento interpessoal são uma tônica constante agravados pela adoção de um modelo autocrático de liderança, relações assimétricas dentro da equipe multidisciplinar e pela ausência de uma educação permanente nos serviços.

Palavras-chave: Administração dos Serviços de Saúde; Processo de Trabalho Gerencial de Enfermagem; Hospitais

Abstract

Pimenta, Fernando Alves.

The Process of Managing Nursing Work in a Federal Public Hospital. 130p.

Masters Dissertation, Faculty of Healthy Sciences of Brasília, Brasília, 2009.

The aim of the research is to analyse the processes behind the management of nursing work in a federal public hospital. The research is being done from the perspective of the nursing management team and in addition has the following aims: to identify and analyse concepts and images of nursing management on the wider management process; discussion of the methodology used amongst nursing management; the character and perception of practical management; the relationship between technical, communicative, politic and development dimensions of the citizenship of the managing work and the ways which they apply at the studied reality. This research analyses the political and contextual quality of the management process of nursing in the hospital context. It is a qualitative study whose methodology is based on the dialectic-hermeneutic premises which aim to understand the process of managing nursing work in both a comprehensive and critical way. The analytical framework is developed from the writings of Marx, Gonçalves, Merthy, Campos and other studies of the leadership process, nursing and health management. Thirteen testimonials from manager-nurses were collected in structured interviews and have been included for further testimony and evidence. The research is divided into the following areas: the process of managing work, the material and technical conditions of work, how leadership is used as a management tool, the political dimension of nursing management work, analysis of the results demonstrating the practice of management based on theoretical models, the use and evaluation of a bipolar management model, an examination of administrative functions of control and organization and their predominance within management and finally an investigation of the consequent politicisation of management and those in their care. The study also examines the poor conditions of work and investigates the resulting psychological difficulties that nursing management and those in their care may experience. The research asserts that autocratic styles of leadership can lead to tensions within interpersonal relationships, the need for constant education and professional development and finally the development of sound professional relationships through skilled leadership and management which values a multidisciplinary approach.

Key-words: Administration at the health system; Process managing nursing work;
Hospitals

Sumário

1- Introdução	15
1.1 - Objetivo Geral	18
1.2 - Objetivos Específicos	18
2. Referencial Teórico	19
2.1 - Processo de trabalho	19
2.1.2 - As principais críticas de inspiração marxiana ao processo de trabalho no modo de produção capitalista	25
2.2 - Processo de trabalho em Saúde	28
2.2.1 - A micropolítica e macropolítica do trabalho vivo de Merhy e Campos	30
2.3 - A influência das Teorias Administrativas Hegemônicas sobre o processo de trabalho em saúde	34
2.4 - Processo de Trabalho em enfermagem	38
2.5 - Processo de trabalho gerencial de Enfermagem	39
2.6 - A qualidade política e formal	47
3. Trajetória Metodológica	50
3.1 - Caracterização do Estudo	50
3.2 - Campo de Estudo	57
3.3 - Sujeitos da Pesquisa	60
3.4 - Aspectos Éticos e Legais	61
3.5 - Coleta de Dados	61
3.5 - Análise do Material	62
4. Resultados e Discussão	65
4.1 - Perfil e Processo de Seleção das Enfermeiras-Gerentes	65
4.2 - O Processo de Trabalho Gerencial de Enfermagem	67
4.3 - As Condições Materiais e Técnicas do Trabalho e o Processo Gerencial de Enfermagem	83
4.4 - O Trabalho de Equipe como Instrumento do Processo Gerencial de Enfermagem	89
4.5 A Busca dos Espaços Político-Emancipatórios no Processo de Trabalho Gerencial de Enfermagem	99
5. Considerações Finais	105
6- Referências	109
Anexos	122

1- Introdução

O objeto de estudo desta investigação é a **organização tecnológica do processo de trabalho gerencial de enfermagem sob a ótica das enfermeiras-gerentes** que atuam em unidades hospitalares, privilegiando o estudo das suas representações a fim de evidenciar as relações estabelecidas dialeticamente entre os processos instituídos e instituintes, para repensar e capturar, simultaneamente, a qualidade política e formal desse processo, necessária para constituir um grupo sujeito, capaz de gerir e produzir respostas autônomas e críticas.

Na minha experiência, a percepção da problemática da prática do gerenciamento foi emergindo gradativamente, desde a época de graduação do curso de Enfermagem, e posteriormente com a entrada no campo de trabalho. Destacavam-se dificuldades como: uma prática caracterizada pela visão estritamente instrumental e burocrática; o afastamento do cuidado direto ao paciente; a insatisfação em relação a sua autonomia profissional; relações de trabalho altamente hierarquizadas com pouca integração entre os membros da equipe de enfermagem e saúde; assistência centrada exclusivamente no modelo biomédico.

Posteriormente trabalhei num hospital, considerado de excelência e de qualidade da assistência. Todavia, continuei a perceber dificuldades e distorções na prática gerencial do enfermeiro: as quais eram especificamente relacionadas às questões de poder altamente vinculadas ao âmbito político e ideológico, onde os enfermeiros detinham inexpressiva influência nas tomadas de decisões administrativas. Sua influência nos processos de tomada de decisão limitava-se, quando muito, a questões de cunho técnico e instrumental próprias da assistência de enfermagem.

Quando ainda exercitava meus primeiros passos nessa instituição fui convocado para assumir cargo público de enfermeiro no Hospital Regional do Gama (HRG) vinculado à Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES/DF). Ali a despeito de uma equipe de enfermagem receptiva encontrei uma realidade totalmente diversa da qual originalmente me encontrava.

Ao trabalhar em diversos setores dessa referida instituição, percebi que, notavelmente, os conflitos e as contradições, bem como as dificuldades de

relacionamento inter-profissional na prática do gerenciamento, estão a ficar cada vez mais complexos. Fatores tais como a centralização excessiva do processo decisório da prática gerencial; disputas pelo exercício do poder dentro da equipe e do serviço; falta de perspectivas e incentivo quanto ao desenvolvimento profissional - todos repercutem na qualidade do atendimento prestado ao usuário e na relação dos profissionais com a instituição.

Tive a oportunidade de realizar uma especialização em Saúde Coletiva com ênfase em Educação em Saúde na Universidade de Brasília (UNB) em que fui apresentado e no qual tive a oportunidade de aprofundar reflexões em novos – para minha vivência e realidade - e importantes referenciais teóricos como a Determinação Social das Doenças, a Pedagogia de Freire e a Teoria da Complexidade de Morin e outros. Além disso, tive a oportunidade de me envolver em discussões produtivas com professores e colegas sobre as políticas públicas de saúde e as práticas educativas nos serviços em saúde, em que ficou patente o autoritarismo que permeia as relações da nossa realidade profissional.

Foi o momento em que entrei em contato com o pensamento de Merhy e Campos que trouxe respostas e outros questionamentos sobre o pensar e o agir cotidiano em saúde, percebendo o quão forte era a influência dos modelos hegemônicos sobre o processo de trabalho em saúde e que o processo gerencial de enfermagem, enquanto prática era fruto e frutificador dessas influências institucionais.

Foi Belaciano (2003), em uma de suas reflexões sobre as políticas de saúde e a reorientação do modelo local de saúde, que trouxe a implicação prioritária e urgente de se compreender a fundo os processos de trabalhos na sua íntima organização e processualidade para se pensar em imaginar mudanças nos paradigmas de atenção à saúde.

Logo em seguida, atuei na docência da disciplina de Administração dos Serviços de Enfermagem do curso de Enfermagem da Faculdade de Ciências da Saúde, fato que permitiu refletir sobre o contexto do ensino do gerenciamento de enfermagem e de suas dificuldades dentro de um hospital-ensino regido pelas políticas públicas. Foi possível refletir, também sobre o compromisso e descompromisso dos profissionais da área de saúde, prioritariamente de enfermagem, e sua práxis como interventores críticos de seus micro-espacos sociais, em prol da melhoria da qualidade de atenção aos usuários.

No âmbito hospitalar, em geral, os enfermeiros que ocupam postos de chefia ou gerência de unidades possuem a responsabilidade de planejar, levantar problemas,

estabelecer diagnósticos, resolver conflitos. Enfim, esses profissionais têm de administrar e organizar de forma a garantir um mínimo de qualidade à assistência, mediante a aplicação dos recursos materiais e humanos que são disponibilizados de acordo com os interesses ou em conformidade com o quadro político-histórico do momento vivenciado.

No entanto, a formação do enfermeiro pouco tem privilegiado as novas habilidades e competências no que tange a toda esta complexidade atual, que tem necessitado de profissionais diferenciados para atuar e propor mudanças num contexto altamente dinâmico (Alves *et al.*, 2004).

Essa formação tradicional tem privilegiado o aspecto técnico em detrimento de outros aspectos que potencializariam a qualidade política e formal. Pires (2001), em seu estudo sobre a qualidade política do enfermeiro, mostra em seus resultados que os enfermeiros - tanto quanto à busca de aperfeiçoamento, quanto à produção científica - têm buscado predominantemente uma temática de cunho técnico. Por temática técnica, esclarece a autora, entende-se os assuntos ou saberes relativos ao biológico ou procedimental específico da enfermagem.

A partir dessas considerações, compreendi que estudos que se propõe a questionar sobre o papel social do enfermeiro são fundamentais, principalmente daqueles que ocupam cargo de chefia ou gerência, pois podem ser formadores e perpetuadores de práticas cada vez mais pautadas pelo distanciamento entre os profissionais e os pacientes/comunidade.

Assim se propõe como questões norteadoras desse estudo:

- Será que o enfermeiro gerente tem desenvolvido, além das competências e habilidades técnicas, desejos, atitudes criativas e políticas para assumir, por meio de seus instrumentos e meios de trabalho?

Será que o processo de trabalho gerencial contempla as dimensões técnica, comunicativa, política e emancipatória?

- Será que os enfermeiros têm percebido a potência do trabalho gerencial para produzir mudanças, mesmo que dentro de seus limites do modelo assistencial vigente, conformados pelos poderes historicamente construídos entre os membros da equipe de saúde dentro de seus micro-espacos cotidianos?

- Será que o enfermeiro tem percebido criticamente as contradições e conflitos inerentes ao contexto da sua prática gerencial?

Nessa perspectiva, busca-se, ainda, **compreender se a presença da qualidade política atrelada indissociavelmente à qualidade formal do enfermeiro que assume a gerência de um serviço, pode potencializar a capacidade crítico-criativa e produzir movimentos instituintes no modelo clássico de gerência, que predomina amplamente nos serviços de saúde, aproximando-o mais do modelo histórico-social, que possibilitaria um agir comprometido com a autonomia dos sujeitos e da comunidade e, portanto, com a formação e instauração de grupos sujeitos**

Como o modelo vigente de gerenciamento que é pautado em um modelo racional-instrumental tem se mostrado insuficiente para atender às demandas criadas a partir das mudanças tanto do padrão da clientela quanto da complexa organização sócio-tecnológica atual, estudos com novas perspectivas teóricas são extremamente necessários.

1.1 - Objetivo Geral

- Analisar a organização tecnológica do processo de trabalho gerencial dos enfermeiros-gerentes em um hospital.

1.2 - Objetivos Específicos

- Identificar e analisar:
 - as representações dos enfermeiros gerentes sobre o processo de trabalho gerencial;
 - os instrumentos e meios utilizados pelos enfermeiros no processo gerencial, a fim de caracterizar os modos de gerenciamento/gestão praticados;
- Analisar as potencialidades e fragilidades do processo de gerenciamento de enfermagem para o alcance da qualidade formal e política.

2. Referencial Teórico

2.1 - Processo de trabalho

A teorização sobre a tríade: trabalho, a emergência do capitalismo e o problema da consciência do sujeito enquanto fruto de um momento historicamente e socialmente construído é crucial para o avanço no entendimento e nas implicações da grande obra do pensador alemão, Karl Marx, sobre o complexo tema do trabalho. É através desta inicial articulação tríplice que vai se desenvolvendo de forma totalizante e abarcante até atingir o cerne da compreensão e crítica sobre o modo de produção capitalista, considerado enquanto o modo específico desse momento caracterizado pela apropriação da força de trabalho pelos donos dos meios de produção, ou seja, os donos do capital.

Marx empreende então uma crítica a esse modo de produção, desnaturalizando as relações burguesas e demonstra a nítida oposição entre trabalho e capital. Coutinho (1997, p.46) mostra o encadeamento teórico-temático de Marx ao propor que na sua obra (principalmente em *O Capital*): o capital é um pólo oposto ao trabalho, embora simultaneamente constituído por ele, ou seja, há uma relação antitética formada por ambos. O capitalismo - continua Coutinho - é entendido como modo de produção historicamente determinado e a produção fabril é sua expressão por excelência, o que fez surgir a burguesia e o proletariado. O capital é um valor e, portanto, riqueza genérica, que se autonomiza, tornando-se uma totalidade lógico-histórica, estrutura categorial de pensamento e padrão normativo de agir, ser e viver. A manutenção da antinomia entre capital e trabalho assalariado se dá mediante a incorporação da taxa de lucro, explicada não pela simples instrumentalidade do trabalho, mas, pela teoria da mais-valia, que clarifica a relação da exploração do trabalho ao explicar a transformação dos excedentes em capital.

O homem, segundo o **método materialista-histórico** fundado por Marx e Engels (2004), longe de ser ideal, místico ou metafórico, como pretendia Hegel e seus seguidores, é um ser natural vivo, corpóreo e sensível munido de determinadas forças naturais, porém que sofre, porque é um ser que sempre carece ou que deseja, e isso o coloca em perpétua dependência e a realização ou satisfação dessa carência está fora de si. Restando, então a ele, a buscar fora de si esse objeto que o integrará em sua essência. O ser se torna objetivo a partir do momento em que se realiza na externalidade objetiva, ou seja, a partir do momento que se relaciona com a natureza e com o outro, em busca

de seu objeto carecente. E a principal forma como ele realiza essa carência se faz através do trabalho, em que ele altera ou transforma a natureza.

Essa relação com a natureza, na ótica marxiana, longe de ser pacífica, é dialética e, portanto, conflituosa. Pois ao mesmo tempo em que a ela se submete, às suas leis e condições materiais, procura transmutá-la, buscando, novamente, através do trabalho, atividade humana por excelência, não só a satisfação de necessidades fisiológicas como também a necessidade de se humanizar.

O **trabalho**, nessa perspectiva, pode ser apreendido enquanto produção material das condições de sobrevivência; através do qual se lograria obter a objetivação humana. Nesse ponto, Marx vê a capacidade do ser de criar a atividade vital pela vontade e pela consciência, o que pode ser visualizado melhor no trecho que se segue:

“O engendrar de um mundo objetivo, a elaboração da natureza inorgânica é a prova do homem enquanto um ser genérico consciente, isto é, um ser que se relaciona com o gênero enquanto sua própria essência ou se [se relaciona] consigo enquanto ser genérico. É verdade que também o animal produz lateral[mente], enquanto o homem produz universal[mente]; o animal produz apenas sob o domínio da carência física imediata, enquanto o homem produz mesmo livre da carência física, e só produz, primeira e verdadeiramente, na [sua] liberdade [com relação] a ela; o animal só produz a si mesmo, enquanto o homem reproduz a natureza inteira; [no animal] o seu produto pertence imediatamente ao seu corpo físico. O animal forma apenas segundo a medida e a carência da espécie a qual pertence, enquanto o homem sabe só produz a segundo a medida de qualquer espécie, e sabe considerar, por toda a parte, a medida inerente ao objetivo; o homem também forma, por isso, segundo as leis da beleza.” (Marx, 2004, p. 85)

Kosik (1976) faz uma reflexão sobre a contribuição proposta por Marx sobre o trabalho e o homem, colocando que somente na base do trabalho e por meio do trabalho, o homem pôde criar a si mesmo não apenas como ser pensante, diferente em qualidade dos outros animais, mas também como ser único no universo que é capaz de criar a realidade. O homem origina-se da natureza, é parte constitutiva da natureza, mas ao mesmo tempo, ultrapassa a natureza, comporta-se livremente com as próprias criações, procura destacar-se delas, problematizar e levantar significados para descobrir seu lugar no universo.

Esta visão demiúrgica é arrematada por Kosik (*opp cit*) ao propor que a essência do homem marxiano é uma síntese entre sua objetividade e subjetividade, pois os produtos sociais, ao ficarem sem o sujeito ficam privados de significado, enquanto que

o sujeito sem pressupostos materiais e sem produtos objetivos é uma miragem vazia. Essas proposições iniciais de Kosik o levam a propor que o grande conceito da obra marxiana é o de práxis, em que objetividade e subjetividade, causalidade e finalidade, encontram-se fundidos sendo a consciência humana reflexo e projeto dialético da práxis.

O conceito de trabalho adotado neste estudo está embasado na concepção de Gonçalves (1994), Merhy (1997) e em outros estudiosos do tema que se apoiaram no extenso caudal teórico proposto por Marx que desenvolveu o conceito de **processo de trabalho** na sua obra máxima: O Capital, no volume I, e assim, transcreve-se seus próprios dizeres:

[...] o trabalho é um processo entre o homem e a Natureza, um processo em que o homem, por sua própria ação, media, regula e controla seu metabolismo com a Natureza. Ele mesmo se defronta com a matéria natural como uma força natural. Ele põe em movimento as forças naturais pertencentes à sua corporalidade, braços e pernas, cabeça e mão, a fim de apropriar-se da matéria natural numa forma útil para sua própria vida. Ao atuar, por meio desse movimento, sobre a natureza externa a ele e ao modificá-la, ele modifica, ao mesmo tempo, sua própria natureza. [...] Pressupomos o trabalho numa forma em que pertence exclusivamente ao homem. Uma aranha executa operações semelhantes às do tecelão, a abelha envergonha mais de um arquiteto humano com a construção dos favos de suas colméias. Mas o que distingue, de antemão, o pior arquiteto da melhor abelha é que ele construiu o favo em sua cabeça, antes de construí-lo em cera. No fim do processo de trabalho obtém-se um resultado que já no início deste existiu na imaginação do trabalhador, e portanto idealmente. Ele não apenas efetua uma transformação da forma da matéria natural; realiza, ao mesmo tempo, na matéria natural seu objetivo, que ele sabe que determina, como lei, a espécie e o modo de sua atividade e ao qual tem de subordinar sua vontade (Marx, 1980, pp. 149-154).

Nesta clássica passagem do pensamento marxiano sobre o processo de trabalho, percebe-se a concepção do trabalho enquanto atividade essencialmente humana que se diferencia da atividade animal por conter em si uma ação finalística: o trabalho é uma manifestação subjetiva humana. O homem ao trabalhar extravasa sua intencionalidade em atos objetivos e conscientes que visam a transformação da natureza. Uma intencionalidade prévia o guiara até esse momento. Kosik (*op cit*) mostra que na visão marxiana, o trabalho é um processo que permeia todo o ser do homem e constitui sua especificidade. O trabalho é o ponto de nascimento do homem, diz Kosik, sendo um processo no qual se opera uma metamorfose ou mediação dialética em que a

animalidade é transformada em humanidade, e em que se estabelece uma unidade entre contradições no seio da própria transformação.

Collin (2008), um comentador da obra de Marx, resume estas características desse trecho d'O Capital nos seguintes pontos:

- a) O trabalho como **atividade de transformação** da natureza e de si mesmo;
- b) O trabalho como **atividade consciente** e com ação finalística;
- c) O trabalho como **atividade** em que o homem libera a sua **potência**.

Consoante com os elementos descritos acima, o trabalho sob a ótica marxiana, pode ser entendido, de forma genérica, como a mediação na exteriorização das intencionalidades que conduzem à satisfação das necessidades humanas. É importante frisar que em Marx o trabalho não é apenas o principal meio de obtenção de meios de subsistência, mas principalmente, o processo pelo qual o homem constrói e determina as condições materiais de existência e estas por sua vez ditam uma determinada forma de consciência. No trabalho o homem não só obtém recursos para sua sobrevivência como também constrói a si mesmo, produzindo não apenas produtos, mas também relações sociais (Marx, 1998).

Fromm (1967) colabora com esta temática expondo que o trabalho seria também, a expressão significativa das faculdades físicas e mentais, ou resumindo, o resultado da energia humana. O trabalho na ótica marxiana - continua Fromm (*opp cit*) - jamais poderia ser visto como apenas mais uma mercadoria ou uma mera categoria econômica e sim, como atividade de auto-realização. Tal visão constitui-se numa das razões pelo qual o pensador alemão se opôs de forma ferrenha aos economistas clássicos como Adam Smith, Ricardo e outros que cultivavam esta forma de pensar o trabalho como mais uma mercadoria, e que portanto facilmente manipulável.

Interessante se faz observar, porque em consonância com o estudo aqui empreendido, que de acordo com Collin (*opp cit*), jazeria uma importante distinção entre o conceito de trabalho e obra na visão de Hannah Arendt. Enquanto que para Marx, ambos fossem facetas do mesmo processo, na concepção da autora judeo-americana, o conceito de trabalho conteria em si aspectos menos “atraentes”, pois se encontra, mormente, desvinculado da noção de realização. Já a definição do conceito de obra, comportaria o potencial construtor de um mundo mais humano e menos sujeito às flutuações dos ciclos da natureza, e por isto portador de um gradiente libertário.

Também Campos (1997), retoma a importância do tema da “Obra” dentro da ótica da administração e produção dos serviços em saúde, em que a conceitua como sendo o reconhecimento por parte do indivíduo que trabalha e da sociedade acerca do resultado do trabalho. Deslinda o mesmo autor, que devido a fragmentação da assistência e a complexificação das organizações de saúde, determinadas questões referentes à continuidade do cuidado tornaram-se de difícil resgate e, portanto, capazes de produzir situações de sofrimento devido a perda de sentido entre o fazer e o produto deste processo.

Neste sentido, ressalta-se a contribuição de Starfield (2003), ao produzir importantes apontamentos críticos ao modelo atual de assistência médico-hospitalar demonstrando os efeitos deletérios sobre a assistência individual e coletiva resultantes desta fragmentação e da perda de unicidade dinâmica entre o trabalhador e seu objeto de trabalho.

Para compreendermos melhor como ocorre esta perda de sentido que ocorre no processo de trabalho é preciso que se resgate do referencial de Marx (*opp cit*), os seguintes elementos componentes do processo de trabalho:

- a- A **atividade** adequada a um fim, o trabalho propriamente dito.
- b- O **objeto de trabalho**, a matéria ou outros objetos já transformados sobre o qual o trabalho se debruça.
- c- Os **meios** ou **instrumentos de trabalho** que é uma coisa ou conjunto de coisas que o trabalhador introduz na sua relação com o objeto de trabalho e lhe serve para dirigir sua atividade sobre esse objeto. Nessa atuação sobre o objeto, o conhecimento científico vem a desempenhar papel fundamental, pois permite o desenvolvimento da produção.

Utilizando a contribuição de Labour Group, Minayo, Minayo-Gomez, Thedim Gómez, citados por Minayo & Souza (2003), acrescentaremos, com o objetivo de enriquecer a visão sobre a temática da presente investigação, mais dois elementos deste processo de trabalho:

- d- as **relações sociais** que ocorrem no coletivo dos trabalhadores e com as hierarquias;

- e- o **mundo simbólico** que é gerado nessa complexa trama social e que envolve as relações e a atividade técnica e se introduz na produção.

De acordo com a ótica marxiana, o trabalhador atua sobre o objeto de trabalho utilizando os seus instrumentos, materiais ou imateriais, de trabalho objetivando intencionalmente satisfazer uma necessidade humana que lhe antecedeu e não apenas a mera criação de um produto nem mero fruto de um desejo individual, mas principalmente, se orienta para a satisfação de determinados grupos sociais que necessitam de tais produtos para sua reprodução social.

Merhy (1997) apresenta um recorte instigante sobre o tema do trabalho em geral ao destacar três aspectos do processo de trabalho:

- o **trabalho morto**: que é aquele relativo aos produtos meios, ou seja a matéria-prima ou as ferramentas que serão necessárias para operação do trabalhador sobre seu objeto. É trabalho morto por apresentar, nesse momento do processo do trabalho, uma estaticidade que torna possível sua incorporação a um trabalho vivo em ação. Ou seja, o trabalho morto é aquele que cumpre uma função de meio ou degrau para a próxima etapa do processo produtivo, que ressaltamos é sempre singular.

- o **trabalho vivo**: é o trabalho em ação que permite a produção de um dado objeto ou serviço final ou sobre o qual se dará a realização de uma necessidade. O trabalho vivo, representa aquele momento criativo em que se recriam as possibilidades de auto-governo, ou determinada autonomia, na medida em que nesse momento o trabalhador opera sobre o trabalho morto em busca da satisfação de uma dada finalidade.

- a **dimensão tecnológica do trabalho**: a tecnologia é compreendida não só como os equipamentos como também por um determinado **saber-fazer**, necessário, por exemplo, à operação de um equipamento. Isso evidencia não só a relação entre os saberes e as tecnologias como também a possibilidade, sempre inquietante, de um determinado trabalho vivo, ser “capturado” ou “aprisionado” pelo trabalho morto (no caso os equipamentos ou certos saberes), situação em que a autonomia e criatividade ficariam tolhidas ou recolhidas no âmbito da operacionalização ou sistematização de um equipamento ou saber-fazer.

2.1.2 - As principais críticas de inspiração marxiana ao processo de trabalho no modo de produção capitalista

Uma das mais importantes críticas marxianas ao modo de produção de capitalista reside na constatação e no conseqüente repúdio à separação estabelecida entre o produtor e o produto, entre trabalho intelectual e trabalho concreto e o trabalhador e seus instrumentos de trabalho. Essas cisões surgem devido à expropriação operada pelo sistema de produção capitalista, do trabalhador de seus instrumentos de trabalho e do seu objeto de trabalho. A esta problemática, Marx definiu como alienação, que está presente não só na internalidade do processo de trabalho, como também o circunda ao separar e despojar os trabalhadores dos meios de produção.

Nesse sentido, Giddens (1978) aponta duas formas de alienação enraizadas no modo de produção capitalista: a alienação tecnológica e alienação de mercado. A primeira seria decorrente da atividade produtiva do homem calcada no processo de trabalho fragmentado e rotineiro, propiciando o desinteresse do trabalhador pelo fruto do seu esforço. A segunda forma ocorre devido ao fato de que as relações de trabalho são pautadas pela luta de classes, onde os detentores do capital exercem domínio e exploração sobre a classe trabalhadora.

Marx (2005) relata ser mais o trabalho que é alienado do que o trabalhador propriamente dito, pois o mesmo é precedido por uma cadeia de relações sociais que inicialmente torna o capital um bem privado, seguidamente, estabelece uma relação de troca entre os trabalhadores pelo salário, e oferece aos profissionais, mínimo controle e poder de decisão sobre o processo produtivo.

Marx salienta que ao produzir esta relação, produz também, por meio da divisão do trabalho e seu escopo de maior produtividade, uma separação entre produto e produtor, ocasionando o distanciamento ou estranhamento diante da coisa produzida. Assim, o trabalhador acaba por vivenciar seu processo de trabalho como algo enfadonho e por vezes como provação.

É possível entrever, a partir daí, as conseqüências no campo psicossocial, pois, indivíduos que participam desses sistemas sociais, em que impera a lógica capitalista, acabam por se sentir como parte tão somente mecânica de uma engrenagem, sentindo-se separados e isolados dentro de seus grupos e de sua composição mais intrínseca e integradora: o self, o que se transforma em um trabalho rotineiro, sem sentido,

desumanizado e rotinizado que além de dirigido por outras pessoas, é visto apenas como mercadoria a ser vendida nos mercados de trabalho.

Assim Marx (2004. pp. 91-3), evidencia que o homem ao não trabalhar não representa nada para o sistema de produção. Seu valor está em sua capacidade de produzir o capital e vice-versa. O capital torna-se estranho e ganha existência autônoma passando a determinar sua existência e seu devir. O salário é força conservadora dessa relação na medida em que existe, apenas e tão somente para que a classe dos trabalhadores não deixe de existir e com isto movimentar a roda da produção e esta produz o homem - reforça Marx - mas numa perspectiva desumanizada, perdendo com isto todos os valores gregários e políticos que possuía antes de se converter em fim último e originário da propriedade privada.

Outra importante constatação crítica apontada pela vertente marxiana se refere a divisão do trabalho, que no modo de produção capitalista apresenta-se em diversas formas, sempre com o objetivo de extrair o máximo das atividades produtivas do trabalhador, para incrementar o acúmulo de capital, sendo o incentivo à produtividade e à competição alguns dos princípios reguladores e estimuladores, contidos na ideologia desse modo de produção.

A incidência da divisão do trabalho remonta desde as primeiras comunidades tribais cuja organização se fundava na separação entre os sexos e em suas diferenças físicas. A separação entre a cidade e o campo acelera esse processo o que por sua vez possibilitou a divisão entre trabalho manual e trabalho intelectual, ou seja, entre a execução e a concepção, com essa última atribuída ao detentor dos meios de produção, que direta ou indiretamente passam a ser os idealizadores intelectuais do produto e organizadores do processo de trabalho, cabendo ao trabalhador, tão somente, realizar os procedimentos diretos de produção de mercadorias.

Esse degrau evolutivo em que se configura a separação entre o trabalho manual e o trabalho intelectual terá inúmeras conseqüências dentre elas a transformação sendo que esse último passa a ser campo privilegiado das classes dominantes. É mesmo nestas últimas é possível distinguir a presença de dois grupos básicos, aqueles membros que se dedicam à prática da dominação e os membros intelectuais, responsáveis pela produção e reprodução ideológica, em que ilusões ou falsas idéias são criadas para manter a coesão e a dominação de classes por outra.

A perda desta organicidade entre o saber e a produção juntamente com a relação assimétrica e a luta entre possuidores e despossuídos dos meios de produção, *i.e* o

capital, configura a base dialética explicativa do modo de produção capitalista (Marx & Engels, 1998).

A divisão do trabalho no sistema capitalista possui o propósito fundamental de proporcionar ao capitalista um controle hierárquico sobre os trabalhadores sob seu domínio, impedindo-os, concomitantemente, de terem uma visão geral do que produzem, o que leva à uma perda de sua capacidade de se organizarem e de utilizarem de seus recursos criativos. Além disso, a divisão em minuciosas tarefas possibilita o surgimento da especialização, que, por sua vez, permite que os trabalhadores sejam minimamente treinados e qualificados, tornando-os fáceis de serem substituídos e assim privados de poder na relação com os donos do capital.

Marx afirma que a divisão do trabalho é a responsável pelo aparecimento de uma sociedade de classes. Transcrevemos um trecho de O Capital, em Marx magnificamente desenvolve sinteticamente suas percepções acerca do tema:

“(…) O mecanismo específico do período manufatureiro é o próprio trabalhador coletivo – que é a composição de muitos trabalhadores parciais. As diferentes operações, que o produtor de uma mercadoria executa alternativamente e que vão se incorporando no conjunto de seu processo de trabalho, dele exigem capacidades diversas. Ele precisa mostrar às vezes mais força, às vezes mais habilidade, às vezes mais atenção; ora, o mesmo indivíduo não possui todas essas qualidades em grau idêntico. Quando as diferentes operações são separadas, isoladas e tornadas independentes, os operários são classificados e agrupados segundo suas aptidões específicas. Se suas peculiaridades naturais são a base sobre a qual vem implantar-se a divisão do trabalho, desenvolve-se a manufatura, ao ser introduzida, forças de trabalho, que por sua natureza, só são capazes de certas funções restritas.(…) Quanto mais incompleto e imperfeito for o trabalhador parcial, mais será ele perfeito como parte do trabalhador coletivo. O exercício de uma única função transforma-o em órgão infalível dessa unção, ao mesmo tempo que a conexão do mecanismo total obriga-o a trabalhar com a regularidade de uma peça de máquina. Como as diferentes funções do trabalhador coletivo são mais ou menos simples ou complexas, inferiores ou superiores, seus órgãos – as forças de trabalho individuais – exigem diferentes graus de desenvolvimentos, e possuem portanto valores diferentes.”

Tomamos as considerações de Merhy (1997) que em Marx o trabalho não é compreendido apenas em sua dimensão mais operativa enquanto atividade, mas acima de tudo, enquanto práxis que expõe a relação homem-mundo, em que ambos dialeticamente se criam e se recriam.

2.2 - Processo de trabalho em Saúde

Gonçalves (1994) - que juntamente com Donnangelo (1987) - foi um dos estudiosos pioneiros que ao seguir o referencial marxiano, repensa todas estas contribuições à luz do trabalho em saúde, para em seguida propor, dentre outras contribuições, a indissociabilidade entre energia e transformação no processo de trabalho; o caráter intencional do trabalho. Além disto, propõe um conceito de **processo tecnológico em saúde**, visto por ele enquanto um conjunto de saberes e instrumentos que expressa, nos processos de serviços, a rede de relações sociais em que seus agentes articulam sua prática em uma totalidade social. Gonçalves demarca, desta forma, a articulação entre o trabalho e as condições sociais em que ele ocorre.

Ainda de acordo com este mesmo autor, essa organização tecnológica estabelece-se da forma como este saber permite a apreensão do objeto de trabalho. Desta forma, o saber passa a produzir um certo objeto para o trabalho, ou seja, a atuação durante o processo de trabalho opera uma transformação no objeto trabalhado e em si mesmo, estando intimamente relacionada a sua visão de mundo e à realidade histórica. ou de acordo com Minayo (2003) há um entrelaçamento entre os aspectos objetivos e subjetivos da realidade.

Nemes citada por Merhy (1997) nos traz uma interpretação do pensamento de Gonçalves analisando que as relações estabelecidas entre **objeto, instrumento, produto, necessidades e a finalidade** intrinsecamente social do trabalho se originam de uma intencionalidade guiada, previamente, por um certo projeto de vida em sociedade. Ou seja, o processo de trabalho em saúde enquanto prática articulatória de seus componentes é impulsionado por uma dada visão e propósitos construídos histórica e socialmente.

Para realizar essa apreensão do seu objeto de trabalho o trabalhador utiliza determinados instrumentos, denominados por Gonçalves como **instrumentos tecnológicos** que são aqueles componentes do processo de trabalho que intermedeiam e permitem a atuação do homem sobre o objeto de trabalho sendo que esse saber pode ser apreendido ao se exteriorizar nas representações dos trabalhadores e nas características do próprio processo de trabalho, de acordo com sua organização tecnológica (Gonçalves,1994).

Recorremos novamente a Nemes que clarifica que os instrumentos de trabalho em saúde, correspondem às formas materiais e não materiais que possibilitam a

apreensão do objeto de trabalho que é a satisfação de uma dada necessidade de saúde. A **finalidade** é um processo permanente nesse processo, seja antes, durante ou depois do processo de satisfação de uma dada necessidade, que é toda criação social oriunda das relações sociais que os homens estabelecem entre si por meio do trabalho.

É importante ressaltar as colocações de Pereira (2003) ao analisar as idéias de Gonçalves que embora tenha produzido importantes contribuições, são originárias de uma corrente marxista liderada por Poulantzas - discípulo de Althusser - sendo portanto, adepto de uma linha dita mais estruturalista. Possuindo, dessa forma, algumas interpretações mais peculiares acerca da obra marxista. Isto possui implicações importantes dado que a sua concepção sobre os componentes do processo de trabalho possui uma interpretação própria das elaboradas pelo grande pensador alemão, principalmente no que concerne às diferenças entre a técnica (o saber-fazer) e sua imediata aplicabilidade ou seja a tecnologia.

Merhy (1997) também expõe uma crítica semelhante à produção intelectual de Gonçalves referindo que no esquema teórico desse autor não se encontra espaço para a emergência da criatividade e autonomia do trabalho vivo, pois o mesmo estaria sempre preso ou capturado pela lógica do trabalho morto. Para Merhy, mesmo a tecnologia apresenta linhas de fuga, pois o trabalho vivo é ruidoso, ou seja, produz interrogações e questionamentos para sua efetivação. É um processo ruidoso porque em saúde as necessidades são sempre cambiantes, nunca sendo dadas de antemão, afinal como colocado por Foucault (2006) cada epidemia é sempre uma nova epidemia, o que demanda sempre ações contextualizadas e pensadas para aquele momento específico e singular.

Assim, o pensamento de Merhy ao focar a micropolítica do processo de trabalho o entende como cenário de disputa entre distintas forças instituintes presentes no modo de produção e no campo do desejo e conhecimento. Essa visão possibilita pensar o processo de trabalho além de uma lógica racionalista, recolocando o papel da subjetividade, como todos os seus desejos e buscas, como partícipes do processo de trabalho.

A crítica de Merhy ao pensamento de Gonçalves se situa no entendimento de que este ao advogar a captura plena do trabalho vivo pelos saberes tecnológicos, Gonçalves não percebe que a criatividade ou o componente vivo do trabalho pode e é potente o suficiente para produzir ruídos ou quebras na continuidade ou na estaticidade do trabalho morto, além disto, ao explorar apenas a lógica de um trabalho que se guia

pela sua imediata aplicação, enquanto tecnologia que busca apenas movimentar o esquema produtivo do capital, Gonçalves, sob a ótica “merhyniana”, deixa de apreender o complexo universo de outros instituintes presentes na micropolítica do trabalho vivo em saúde.

2.2.1 - A micropolítica e macropolítica do trabalho vivo de Merhy e Campos

Dadas as pertinentes críticas de Pereira e Merhy ao pensamento de Gonçalves, adota-se como parte indispensável desse itinerário teórico as contribuições fundamentais de Gastão Wagner de Sousa Campos e Emerson Elias Merhy com o objetivo de buscar a compreensão da intrincada rede estabelecida entre subjetividade, trabalho e gestão.

Merhy busca em Lourau, Guatari e Deleuze, pensadores franceses que através do **Movimento Institucionalista** – e que se consubstanciou na chamada Análise Institucional - buscaram - a grosso modo - uma síntese entre os saberes marxianos e psicanalíticos, originando conceitos que devemos explorar para maior aproveitamento da potência dos seus postulados. Adverte-se de antemão que não há nenhuma pretensão em se esgotar o denso manancial da **Análise Institucional**, busca-se entender alguns pontos essenciais e críticos ao entendimento do objeto do estudo ora empreendido.

Lourau (2004) trouxe o conceito de instituído, instituinte e instituição. O instituído, segundo Lourau (*opp cit*), é a representação dos valores, representações e ordens de natureza tradicional, previsível ou esperado. O “instituinte” se mostra como a força revolucionária, de inovação, é a ação do singular, do que é diferente. O termo instituição refere-se, tanto a instâncias individuais e coletivas organizadas distintamente, quanto a códigos escritos ou não que se acompanham de uma função jurídica ou organizacional (Lourau, 2004, p. 49).

No esquema analítico de Lourau, esses conceitos estão em dialética interação, não sendo, portanto, considerados isoladamente cada um, como negativos ou positivos. São forças em constante complementaridade e luta em forma de guerrilha, fuga e emboscadas que de forma confusa constituirão um momento específico da sociedade.

Novamente, L’Abbate (1997) reflete que essa tríade dialética entre instituído, instituinte e instituição pode ser enriquecida com as contribuições de Guatari que observou que toda instituição é atravessada por processos molares – planos ou níveis mais permanentes e estratificados como o político, o religioso, econômico, etc – e

processos moleculares – que são os componentes mais fluidos, libidinais, atitudinais e subjetivos.

Contudo, Guatari e Rolnik (2005) advertem que estes processos não devem ser vistos de forma antagônica o que promoveria uma separação estanque entre esses processos, afinal o nível molar cruza-se simultaneamente e ininterruptamente com o nível molecular. Esses conceitos de densidade crescente devem ser entendidos dentro da busca do entendimento de como se instaura os processos de singularização de desejos, identidades e individualidades e sua relação como o modo de captura pelas máquinas produtivas capitalísticas - como a mídia e o mercado, por exemplo - sendo o objeto central da micropolítica, entender como ocorrem estes processos de reprodução dos modos de subjetivação dominantes.

L'Abbate (1997) considera o estudo da análise institucional fundamental para o profissional de saúde, pois sempre estarão ligados de alguma forma a uma instituição, aliás, todos nascem, vivem e morrem em instituições, reitera a supra citada autora.

Guatari e Rolnik (2005) em sua análise sobre a tipologia grupal presente nas instituições, identificou duas formas de agrupamento social: o grupo-sujeito e grupo sujeitado. O grupo-sujeito se caracterizaria pela vocação em gerir, na medida do possível, sua relação com as determinações externas e com sua própria lei interna. Ao contrário deste, o grupo assujeitado se portaria se submetendo e sendo manipulado pelas determinações externas e internas.

L'Abbate (1997), ao apresentar também estes conceitos, coloca a importância da transversalidade enquanto processo que permite instaurar um processo de autonomia que proporciona a transformação de um grupo sujeitado em um grupo sujeito. A transversalidade enquanto processo em que os grupos questionam, conflitam ou lutam por sua identidade própria, recusando a subjetivação capitalística e assim, singularizando-se, pelo menos, até o momento em que sejam capturados pelos agenciamentos capitalísticos.

A partir destas e muitas outras contribuições, Merhy (1997; 2002) traz contribuições importantes ao estudo atual da organização tecnológica dos serviços de saúde ao propor uma classificação das tecnologias presentes no processo de trabalho em saúde. Primeiramente é necessário salientar que o conceito de tecnologia tal como é proposto pelo autor além de se inserir na temática do trabalho, que a exemplo da corrente marxiana, é visto como intencional e direcionado pela busca da produção tanto

de bens concretos ou simbólicos, cuja finalidade é a satisfação de necessidades, no caso, de saúde.

Esta concepção além de ser mais abrangente, a nosso ver, do que as contribuições trazidas por Ricardo Bruno Mendes Gonçalves e seus adeptos, traz nas suas considerações, implicações para um entendimento do processo de trabalho em saúde que abordaremos na próxima seção: a alta dinamicidade, especificidade e a relação íntima do processo de trabalho em saúde com a organização e saberes tecnológicos, tramas que dão um caráter *sui generis* a toda análise desse processo, visto que múltiplas ordens e conformações podem emergir a partir de um dado momento histórico-social aliado a capacidade reflexiva dos seus agentes de trabalho.

O autor supra-citado propõe uma classificação das tecnologias presentes no trabalho em saúde. As **tecnologias leves** seriam exemplificadas pelas relações como o vínculo, autonomização do sujeito, acolhimento e gestão. As **tecnologias leve-duras** seriam os saberes estruturados como a clínica médica ou psicanalítica, a epidemiologia, o taylorismo, o fayolismo entre outros. E por último, há as **tecnologias duras**, consubstanciadas em equipamentos, normas e estruturas organizacionais.

O processo de trabalho em saúde possui algumas especificidades que o torna altamente diferenciado das outras profissões, principalmente quando analisado sob o referencial marxiano. Merhy (1997, 2002) reporta-se a essa peculiaridade do trabalho de saúde ao afirmar que o mesmo se compõe essencialmente em trabalho vivo – fase ou momento em que o trabalho apresenta-se criativo, autônomo e pleno de intencionalidade - nunca sendo, portanto, submetido a uma captura total pelo trabalho morto, isto é os equipamentos e saberes tecnológicos, pois o objeto do trabalho em saúde não é plenamente estruturado, dada a sua dinamicidade e contextualidade. Requerendo sempre a mediação de tecnologias leves, como o relacionamento entre profissional de saúde e usuário e o intercâmbio óbvio de subjetividades que se opera nesse encontro.

Ao analisar as relações das influências macrosociais e o mundo do trabalho em saúde, Pires (1998), ressalta a grande mudança tecnológica sofrida por esse setor de trabalho. Essa mudança ou reestruturação produtiva, é caracterizada pela entrada maciça dos equipamentos e tecnologias de ponta, o que altera significativamente a organização tecnológica e social do trabalhador, pois o impele a uma maior qualificação e isso, por um lado, acentua a divisão social entre trabalho manual e intelectual. Toda esta reestruturação vem no bojo da influência das teorias administrativas hegemônicas no sistema de organização e produção dos serviços de saúde, o taylorismo e o fordismo.

Merhy (2002) propõe uma visão diferente e, a nosso ver, mais adequada a esta questão, ao tecer críticas a esta concepção caracterizada pela interpretação em que apenas a entrada de novos equipamentos e tecnologias de ponta seriam responsáveis pelas modificações no modelo produtivo e organizacional do trabalho em saúde. No pensamento “merhyniano” a entrada concomitante de novas formas de gerir as organizações também se fazem necessárias, para que ocorra o aprisionamento ou, “captura”, do **trabalho vivo** em ato na produção, garantindo assim, a coerência necessária para o funcionamento do processo produtivo capitalista.

Outra posição fundamental de Merhy (2002), e que se contrapõe não só a de Pires como a outros autores renomados - como o já citado Gonçalves - trata-se da percepção de que o trabalho em saúde está em constante reestruturação, ou seja a idéia de que há um único movimento em curso, é apostar muito em uma visão um tanto estática das relações desenvolvidas nesse campo. Essa posição “merhyniana” se deve a seu enfoque que privilegia as relações micropolíticas do trabalho em saúde, em detrimento, mas sem menosprezar, das relações macro-sociais do trabalho em saúde. É evidente que ao tomar como ponto de partida essa visão micropolítica, é possível visualizar uma miríade de micro-transformações e micro-decisões, que a exemplo da episteme foucaultiana, forneceriam o solo ou as condições de possibilidades para a emergência de determinadas mudanças.

O trabalhador de saúde ao procurar atingir e intervir sobre o seu objeto, isto é a finalidade terapêutica, que por natureza histórica é complexa e não plenamente arquitetado ou idealizado de antemão, utiliza-se de saberes estruturados e tecnologias leves como aquelas baseadas nas relações e reações subjetivas. Tal dinâmica confere a ele um gradiente de autonomia e liberdade no seu modo de realizar a produção e criação dos atos terapêuticos e gerenciais.

Pires (1999) situa o trabalho em saúde dentro do setor de serviços que apresenta uma diversidade muito ampla de composição, sendo seu produto capaz de assumir duas formas básicas possíveis, ora mercadoria que é vendida ao consumidor, ora essa produção e o consumo se tornam indissociáveis, situação típica da prestação de serviços de saúde, o que torna sua análise ainda mais complexa.

Ao caracterizar o processo de trabalho em saúde, Pires (*opp cit*), refere que sua **finalidade** é a **ação terapêutica de saúde**. Sendo o seu objeto de trabalho o **indivíduo ou os grupos doentes, sadios ou em risco** que precisem sejam de medidas curativas ou preventivas. Seus instrumentais de trabalho são os saberes de saúde, consubstanciados

em instrumentos e condutas de nível técnico. Seu produto final é a própria assistência em saúde que é produzida no mesmo momento em que é consumida.

De acordo com Leopardi (1999), os instrumentos de trabalho são de fundamental importância na organização tecnológica do trabalho: pois são os meios necessários para sua realização. Desta forma, a escolha dos meios articula-se ao processo como um todo coerente. No campo da saúde, o objeto e a finalidade do trabalho são os mesmos, daí a importância qualificadora e diferenciadora dos instrumentos para cada segmento profissional.

Retomando as contribuições da análise institucional, atentamos para a possibilidade de relacionar ao conceito de instrumentos de trabalho com o de ferramentas ou dispositivos analisadores que seriam meios de operar e produzir interrogações ruidosas sobre o processo de trabalho. E assim publicizar as lógicas institucionais em processo com todas as possibilidades de linhas de fuga dentro, no caso, do processo gerencial de trabalho.

Nesse mesmo sentido e, talvez, mais além por que mostra a importância e o potencial dessa temática para produzir mudanças, Egry (1999; p. 150), ressalta que “para a criação de novas práticas é preciso repensar os processos de trabalho em saúde, na sua totalidade dinâmica; particularmente, o estudo dos instrumentos de trabalho, empregado pelos enfermeiros em suas práticas proporcionaria informações pertinentes para análise de sua adequação ao objeto e a sua finalidade”.

Campos (1997,2007) apresenta, a nosso ver, contribuições teóricas e práticas consubstanciadas de forma coerente e criativa em seu Método da Roda que podem permitir o alcance de criação de novas práticas conforme almejado por Egry e outros autores. O método da roda ou método Paidéia busca no termo Paidéia, de origem da Grécia Clássica, bases e caminhos para uma formação integral do ser humano. O fator Paidéia, diz Campos (2007) está na capacidade de análise e intervenção das pessoas e dos coletivos.

2.3 - A influência das Teorias Administrativas Hegemônicas sobre o processo de trabalho em saúde

Com o advento da revolução industrial, ocorrida no século XVIII, surgiram transformações profundas no mundo, com a substituição do trabalho artesanal pelo modo de produção fabril. A industrialização acelera-se, exigindo novos conhecimentos

para aumentar a produtividade dos trabalhadores. A **Teoria Geral da Administração** (TGA) enquanto conjunto de teorias administrativas começa a ser erigida neste período trazendo diferentes propostas de abordagens para a administração das organizações, principalmente das industriais e posteriormente de todas as demais formas de organização. Cada teoria representa as soluções administrativas encontradas para determinadas circunstâncias, tendo em vista as variáveis focalizadas e os temas mais relevantes (Chiavenato, 2000).

Faz-se necessário, então, adentrarmos nas teorias administrativas que são a base do modelo racional, uma vez que é o modelo que ainda domina a prática social e tecnológica do enfermeiro. Vários estudiosos como: Braverman (1980), Trevizan (1980), Kurcgant (1993), Chiavenato (2000) e Catani (2002), discutiram as características das teorias científica, clássica e burocrática e sua influência sobre a organização do trabalho.

O processo de trabalho de saúde e de enfermagem, tal como apresentados, embora distintos do processo de trabalho industrial e manufatureiro, foram muito impactados pela TGA. Dentre essas teorias, ditas hegemônicas, porque dentre outras teorias que surgiram, foram apenas algumas que prevaleceram e dominaram sob a égide do modo de produção capitalista, encontra-se a **Teoria científica**.

Esta teoria, denominada também de **taylorismo**, devido a seu maior expoente, Frederick Winslow Taylor, que juntamente com outros seguidores (como Gilbreth e Gantt) postularam e aplicaram neste modelo de organização de trabalho princípios como a divisão do trabalho, a especialização do operário e a padronização das atividades e atividades desempenhadas pelos trabalhadores (Kurcgant, 1991).

Contudo, a mais primordial característica axiomática da administração científica, apontada por Campos (2000), que veio a se transformar em uma racionalidade hegemônica perpetuada em outras teorias administrativas, é a sua ênfase no controle e comando que ao concentrar o poder e criar e estimular relações autoritárias - disfarçadas ou não - objetivam a renúncia de desejos e interesses por parte dos trabalhadores. Na verdade todas as demais características se subordinam à prerrogativa do domínio e controle preconizados pelo método taylorista.

Tal forma de conduzir, baseada no “princípio da autoridade”, de acordo com os estudos de Foucault (2000), teria sua origem antes mesmo da criação das primeiras indústrias capitalistas. As técnicas disciplinares foram introduzidas nas escolas,

hospitais, prisões e exércitos, e se baseavam em redes de micropoderes e teriam como objetivo transformar indivíduos em seres obedientes e dóceis.

Outra importante consequência desta teoria hegemônica, segundo Campos (2000), é a capacidade de produção de determinar as diferentes formas de produção de subjetividade de acordo com os níveis hierárquicos instituídos. Assim, trabalhadores e seus dirigentes/gerentes teriam suas capacidades e habilidades condicionadas e geradas de acordo com suas funções, gerando um “clima” propício para o consenso e o domínio.

Outra teoria administrativa que teve grande influência nas formas de se trabalhar e gerenciar os modos de trabalho foi a **Teoria Clássica** preconizada e desenvolvida por Henri Fayol e seus seguidores: Urwick e Gulick. Essa teoria caracteriza-se pela ênfase dada à estrutura e funcionamento da organização. Propõe a adoção de princípios como: unidade de comando, autoridade e responsabilidade, disciplina, hierarquia e subordinação do interesse individual ao coletivo e, claro, à maneira do taylorismo, também pregava a divisão do trabalho, embora, aqui se expressa em nível da departamentalização (Kurcgant,1991).

A Teoria Clássica propõe a preponderância do aspecto gerencial em detrimento dos aspectos operacionais. As funções administrativas – segundo Fayol – seriam funções “superiores” dentro da organização sendo divididas em previsão, organização, comandar, coordenar e controlar e todo gerente ou administrador necessita exercitá-las para almejar o domínio da função administrativa.

Para a **Teoria Burocrática**, a burocracia é o meio ideal e mais eficiente de se obter a realização do trabalho. Essa teoria concebida por Max Weber está fundamentada em seis dimensões: a divisão do trabalho de acordo com a especialização e capacitação do trabalhador; a hierarquia de autoridade estruturada de forma piramidal; a regulamentação por meio de instrumentos, normas, regras e procedimentos; a comunicação ocorre por meio de instrumentos e registros formais; ocorre ênfase nos cargos e não nas pessoas, gerando a impessoalidade nas relações entre os indivíduos (Chiavenato, 2000; Kurcgant, 1993).

Trevizan (1986), em seu trabalho sobre a função administrativa do enfermeiro em hospitais, analisa as influências das teorias de Taylor, Fayol e Weber sobre a profissão. Afirma que sob a influência desses autores, o enfermeiro passou a enfatizar a especialização, a divisão do trabalho, a eficiência e produtividade dos processos de trabalho. Ressalta-se que tais características são apoiadas e até mesmo estimuladas pela direção dos serviços de saúde.

No entanto, ainda segundo Trevizan, tal influência gerou grandes desvantagens, tais como: a fragmentação do cuidado, a frustração do pessoal devido a repetição e especialização das tarefas. Com isso, apareceram – também – a despersonalização do cuidado e a não responsabilização dos profissionais pelas ações. Mishima *et al.* (1997) adverte que tal situação tem levado à desumanização do trabalhador (no sentido da perda dos vínculos solidários entre esse e a clientela) à apatia, à falta de criatividade e à incapacidade de arriscar. Estas dificuldades têm influenciado sobremaneira a organização dos serviços de saúde. É preciso, continuam as autoras, reconstruir os conceitos originados na racionalidade científica de forma que o desejo, a subjetividade e a capacidade emancipadora dos sujeitos possam sobreviver às contradições e aos conflitos do cotidiano, possibilitando a recriação de alternativas viáveis e realistas dentro de cada contexto sócio-cultural.

Retomando os fios condutores do presente trabalho, recorreremos a Campos (1997) que avalia os efeitos da organização parcelar do trabalho em saúde e a fixação de cada profissional a uma etapa, pois produz alienação prejudicando não somente o cliente como também o próprio trabalhador. Segundo o autor, o trabalhador em saúde não se sente sujeito ativo no processo de reabilitação ou de intervenção programática com fins coletivos.

O estilo alienante - segundo Campos (1997) - praticado nos serviços de saúde, ao fixar a inteligência e a disciplina em determinados atos esvaziados de sentido, embruteceria e aborreceria o trabalhador, tornando o trabalho um suplício. Sem querer aprofundar na questão do sofrimento psíquico causado pelo trabalho alienado, reportamos que tem crescido o número de investigações como as de Maslach e Jackson, Ballone, Atance todos citados por Marcolan (2007) sobre a síndrome de *burnout* , típica síndrome moderna do trabalho em saúde, cujas características são a exaustão emocional, a despersonalização e a diminuição do envolvimento no trabalho.

Cabe notar que vários trabalhos entre eles, Araújo (2003) mostram que o segmento de enfermagem possui valores de doenças do trabalho mais altos em relação aos profissionais médicos. Dentre outros fatores para essa ocorrência cita-se a maior presença de trabalhadores do sexo feminino, dupla ou tripla jornada de trabalho, incompatibilidade entre a vida do trabalho e familiar, a qualidade das relações interpessoais e o tipo e organização do trabalho. Atance, citado por Marcolan (*opp cit*) também evidencia que quanto mais especializada é a atividade, os valores referentes ao sofrimento psíquico eram mais elevados.

Assim Campos (2007) propõe um método que se contraponha às características e efeitos destrutivos do método taylorista-fordista (junção das contribuições de Taylor e Ford, empresário norte-americano, que propôs a produção em massa). Para realizar esse intuito, este método, Paidéia, deve se basear em três aspectos fundamentais: o fortalecimento do sujeito, a democracia institucional e a co-gestão como meio de produzir sujeitos com autonomia, enfatizando que a autonomia é sempre limitada, circunscrita à rede de poderes e micropoderes a qual os sujeitos se conformam na intrincada rede de relações sociais. A democracia refere-se a esta liberdade de construir novos contratos de gestão e alterar a conformação dos micropoderes, alterando os esquemas de dominação seja no campo da política, da economia e do social. Torna-se necessário a abertura de espaços democráticos de discussão de idéias, conflitos e tomadas de decisão realizadas mediante embates dos grupos organizados.

2.4 - Processo de Trabalho em enfermagem

Historicamente, o trabalho de enfermagem organizou-se em três direções, todas imbricadas com o exercício do gerenciamento: seja organizando o cuidado do doente através da sistematização da assistência de enfermagem (SAE); organizando o ambiente terapêutico através da limpeza, higiene e outros e ao organizar os agentes de enfermagem por meio de técnicas e instrumentos disciplinares (Gomes *et al*, *opp cit*).

A função gerencial ou administrativa do enfermeiro constitui-se numa das direções do trabalho de enfermagem a partir do surgimento da Enfermagem moderna em 1900 com Florence Nightingale. Ao criar a primeira escola de enfermagem na Inglaterra, Nightingale lançou as bases do conhecimento administrativo que serviu para o surgimento da divisão técnica do trabalho - uma das características sociais da enfermagem. Desta forma, de um lado alguns agentes como as “Ladies Nurses”, seriam responsáveis pela supervisão e ensino e, de outro lado, às “Nurses” seriam atribuídos a responsabilidade pelo cuidado direto aos pacientes (Gomes *et al*, 1997).

A divisão técnica do trabalho de enfermagem, iniciada neste período, além de ter sido ditada por fatores sociais como classe e posição social que a aspirante à enfermagem mantinha na sociedade, também foi marcada pela atribuição às “Ladies Nurses”, no plano do ensino e da prática, a competência e função de administrar e organizar a prestação do cuidado (Gomes *et al*, *opp cit*).

Assim, a gênese do saber administrativo - cujo objetivo inicial era realizar a organização do ambiente hospitalar e a coordenação da equipe - nasce conjuntamente com a elaboração do cuidado ao doente através da sistematização das técnicas (Gomes, *opp cit*).

Na atualidade, o **processo de trabalho de enfermagem** pode ser caracterizado por uma rede ou uma série de sub-processos que são denominados cuidar ou assistir, administrar ou gerenciar, pesquisar e ensinar. Cada um apresenta características próprias de um processo independente com objeto, meios/instrumentos e atividade delimitados, podendo coexistir ou não em determinado momento e instituição (Gomes *et al*, *opp cit*).

Comentou-se na introdução desta investigação as dificuldades enfrentadas pelo profissional enfermeiro para gerenciar o trabalho de enfermagem devido à alta complexidade dos serviços de saúde; à formação que tem privilegiado a visão técnica e instrumental e à ausência ou fragilidade política no enfrentamento das situações vivenciadas no cotidiano.

Esta situação tem sido constatada pela maioria dos estudiosos do processo de trabalho de enfermagem e em saúde, tais como Gonçalves (*opp cit*), Almeida *et al*. (1997); Campos (1997); Merhy (1997) e Pires (*opp cit*). Estes estudiosos investigaram aspectos relativos ao processo de trabalho de saúde e em enfermagem e verificaram que esse processo é caracterizado pela divisão técnica do trabalho, pela fragmentação da assistência, pelo isolamento dos saberes, pela hegemonia médica e do modelo tecnicista-biologicista. Isto mostra uma situação de desafio para a implantação das políticas do SUS que prevêem a integralização da assistência e o incremento da participação popular.

2.5 - Processo de trabalho gerencial de Enfermagem

Para Mota (1998), os termos administração, gerência e gestão são sinônimos inclusive no sentido conceitual, pois não apresentam nenhum conceito novo. A diferença estaria na origem, pois o termo administração tem seu surgimento vinculado ao setor público, enquanto que a expressão gerência/gestão provém da área privada.

Segundo Chiavenato (2000) o gerenciamento ou administração é a maneira de utilizar os diversos recursos organizacionais – humanos, materiais, financeiros, de

informação e tecnologia – para alcançar objetivos e atingir um determinado patamar de desempenho.

Braverman em sua obra clássica: “Trabalho e Capital Monopolista” argumenta solidamente que a gerência surgiu em função das inúmeras mudanças sociais provocadas pelo novo modo de produção capitalista. No modo de produção anterior é preciso ressaltar a figura do antigo mestre que possuía um caráter deveras diferente da figura do gerente, uma vez que seu papel assentava-se na dimensão de mantenedor de uma tradição e conhecimentos adquiridos após longos e experimentados anos de trabalho. A tradição se refere que os mestres das antigas guildas e corporações adquiriam esse status, geralmente, por desígnios familiares ou oriundos das regras das corporações bem como também das legislações medievais. No modo de produção capitalista, a situação era muito diferente, pois havia a necessidade de impor um determinado ritmo de produção a massa de trabalhadores, geralmente, refratárias a este aumento do ritmo de trabalho para atender a demanda do capital.

Fazia-se então necessário um estrito controle do tempo de produção do trabalhador com o objetivo de alcançar as metas estipuladas e necessárias de aumento da produtividade com o qual se lograria aumentar o ganho de divisas financeiras que permitiriam a sustentabilidade do regime de capitais. Era necessário, segundo Braverman, um método sutil e mais perfeito de conduzir o ritmo de produção dos operários. É então que surge a moderna função da gerência que, em inglês, possui a sua origem etimológica no latim *manus* que significa mão, aludindo ao adestramento de cavalos em sua prática de cavalgamento. Dessa forma, o princípio da gerência está no controle que impondo aos trabalhadores torna-o dócil e adestrado nas vontades do capitalista cuja finalidade é extrair a máxima vantagem para o capitalista.

Para Castellanos citado por Felli & Peduzzi (2005), o trabalho de gerência de enfermagem está direcionado a uma finalidade imediata que é a organização do trabalho e mediata que se refere ao desenvolvimento de condições para a realização do processo “cuidar” individual e coletivo.

No processo de trabalho gerencial do enfermeiro, os objetos de trabalho do enfermeiro são: a organização do trabalho e os recursos humanos. Para tanto, um conjunto de instrumentos técnicos próprios da gerência como: o planejamento; o dimensionamento de pessoal de enfermagem; a educação continuada/permanente; a supervisão; a avaliação de desempenho são utilizados. A força de trabalho, os materiais,

equipamentos, as instalações e os saberes administrativos também são considerados meios ou instrumentos do processo de trabalho gerencial.

A gerência ou gestão enquanto processo de trabalho pode ser analisada e enfocada por meio de dois modelos:

- o **modelo racional**: fundado nas Teorias Gerais da Administração (TGA) que enfatiza o indivíduo e as organizações com enfoque fordista-taylorista, de caráter prescritivo e normativo. Este modelo focaliza o aspecto estrutural com ênfase na organização formal, regras, normas, estrutura organizacional e elementos técnicos explícitos (Felli, Peduzzi, *opp cit*; Mishima, 1997);

- o **modelo histórico-social**: neste enfoque a gerência não se volta apenas para a organização e o controle dos processos de trabalho, ela prioriza, também, a apreensão das necessidades de saúde da população, através da democratização das instituições de saúde e da ampliação da autonomia dos usuários e trabalhadores (Felli, Peduzzi, *opp cit*; Mishima, 1997).

De acordo com Almeida *et al.* citado por Felli & Peduzzi (*opp cit*) e Mishima (1997) enquanto processo pautado nas práticas histórico-sociais quatro dimensões são inerentes à prática gerencial: técnica, política, comunicativa e de desenvolvimento da cidadania.

A **dimensão técnica** está relacionada aos aspectos instrumentais e às respectivas habilidades necessárias à execução do trabalho. Consistiu-se de atividades como o planejamento, coordenação, supervisão, controle e avaliação dos recursos humanos, e dos recursos materiais.

A **dimensão política** está relacionada com a articulação do processo gerencial ao projeto que quer empreender. Nesse processo, estão presentes determinações de caráter político-ideológicas, econômicas, aquelas ditadas pelas organizações corporativas e pelos diferentes tipos de usuários. Nessa perspectiva está implicada também a distribuição dos diferentes poderes existentes no setor saúde e a articulação entre as políticas de saúde às contradições presentes na sociedade.

Por **dimensão comunicativa** entende-se o caráter de negociação presente nas várias relações de trabalho seja entre a equipe de saúde ou da unidade com a comunidade. Essa dimensão está fortemente imbricada com o conceito de agir comunicativo proposto por Habermas (1989) que se refere às interações (ações) comunicativas, como aquelas nas quais as pessoas envolvidas se põem de acordo para coordenar seus planos de ação, cujos acordos alcançados são medidos pelo

reconhecimento intersubjetivos das pretensões de validade. Diferentemente das outras formas de comunicação, a ação comunicativa envolve um esforço explícito e concentrado para atingir um acordo sobre reivindicações mútuas.

Quanto à **dimensão de desenvolvimento da cidadania**, esta implica em tomar a gerência como uma atividade totalmente comprometida com a perspectiva de emancipação dos sujeitos sociais - quer sejam os trabalhadores ou os clientes usuários dos serviços de saúde.

Importante salientar que estas várias dimensões do processo de gestão devem ser visualizadas e compreendidas a partir da perspectiva dialética em que um aspecto não produz a negação de outro. E estão articuladas numa relação dinâmica com as escolhas individuais ou institucionais e com as políticas sociais e de saúde, com os modelos assistenciais e as condições de trabalho (Felli, Peduzzi, 2005).

A visualização destas múltiplas dimensões do processo gerencial permitem apreender a complexidade da função gerencial implicada não apenas com a administração de recursos materiais e coletivos humanos como também enquanto prática eminentemente social e ética ao abordar usuários, família e comunidades e outros profissionais e, claro, as próprias instituições de saúde.

A prática do trabalho gerencial de enfermagem tem sido historicamente construída e estudada de forma eminentemente instrumental e racional, o que tem provocado um estreitamento da verdadeira dimensão social desse saber/prática. Isto tem levado à perda do potencial que esta área temática possui para produzir ou provocar mudanças do modelo tecno-assistencial e organizacional das práticas sociais em saúde. Estudos - como os de Ermel & Fracoli (2003) - mostram de forma contundente que apenas a minoria dos estudos em gerência têm se dedicado a estudar esse processo de forma a focar as diversas dimensões do trabalho gerencial.

Segundo Kliskberg, citado por Alves (2004), nesta época de profundas mudanças, a gerência de enfermagem é considerada, atualmente, como recurso valioso e estratégico para a competitividade entre as nações. E o enfermeiro tem sido cada vez mais convidado e requisitado a ocupar cargos de gerência, seja para gerenciar a própria equipe de enfermagem, para a coordenação de equipes multiprofissionais, em razão de possuir conhecimentos tanto na perspectiva do cuidado, como da administração e da sua relação com os demais membros da equipe (Alves, 2004).

É importante salientar ainda que as transformações no mundo do trabalho têm implicado em novas relações ao mundo do trabalho, como a desregulamentação das

relações de trabalho, a exigências de novos perfis de profissionais e novos mecanismos de gestão. Essas mudanças têm ressaltado a exigência de ampliação das dimensões intelectuais do trabalho, a polivalência e a multifuncionalidade do trabalhador e, por extensão, dos gerentes dos serviços ou unidades hospitalares (Peduzzi *apud* Felli 2005).

Carrasco (1987) também reconhece a influência das Teorias Clássica e Científica no processo gerencial de enfermagem, mas adverte que dada a complexidade do setor intimamente ligado a questões sociais e ao atendimento de pessoas no seu processo saúde-doença, outros princípios que não os assentados nessas teorias tornam-se necessários.

Tanto Trevizan (1986,1999), quanto Carrasco (1987), demonstram o quanto o estilo de gerenciar adotado pelos enfermeiros foi marcado pelas teorias clássicas. E mesmo estudos mais recentes mostram ainda o predomínio desses princípios e as dificuldades geradas que, juntamente com as transformações da época atual, têm potencializado a crise desse paradigma gerencial tradicional. Isto tem produzido, conseqüentemente, a busca por inovações ou questionamentos nessa esfera de atuação, capazes de mudar ou amenizar as conseqüências do modelo de gerência clássica (Aguiar *et al.*, 2005; Greco, 2004; Pires *et al.*, 2004; Fernandes *et al.*, 2003; Ferraz, 1995).

Ferraz (1995) também se preocupa com a saturação do modelo vigente da organização do trabalho de enfermagem devido ao esvaziamento dos valores que o têm norteado. Valores que, anteriormente, tinham o trabalho e a instituição como base ideológica, fundante e estruturante já não são o único foco dos indivíduos que passam a buscar novas aspirações. Tal situação produz - juntamente com diversos fatores - indivíduos sem compromisso ético com o objeto de trabalho, fazendo-se necessária a busca por uma gerência que seja norteada por princípios que resgatem a motivação e o interesse dos sujeitos.

Felli (*opp cit*) reitera a busca de superação deste modelo de gerência, pois o mesmo também não daria conta da dinamicidade presente nas organizações atuais devido ao seus aspectos mecanicistas e reativos que pretendem antecipar a programação dos processos. Com a globalização e os avanços tecnológicos, as mudanças têm ocorrido de forma rápida e dinâmica fazendo com que as instituições tenham de buscar soluções flexíveis para se adaptarem a essa imprevisibilidade (Antunes, 1999).

Estudiosos como Brito (2003) e Greco (2004) também ressaltam a necessidade de inovação e mudanças desse paradigma, refletindo que o mercado profissional e as organizações esperam um enfermeiro com capacidade gerencial capaz de atuar

criticamente em seu campo de atuação, capaz não só de dominar o aparato instrumental de sua função, como também de planejar e desenvolver novos processos, métodos e instrumentos baseados principalmente na participação efetiva de todos os membros da equipe de enfermagem e de saúde .

As tendências gerenciais contemporâneas caracterizam-se pela eliminação da pirâmide hierárquica, adotando uma estrutura horizontal, diminuindo significativamente os níveis de comando. Estas mudanças permitem ao gerente uma amplitude maior na tomada de decisões que incluem a delegação, a autonomia e o trabalho em equipe. Para que isso ocorra, faz-se necessário que todos os membros que compõem o grupo de trabalho conheçam os objetivos e propósitos da organização, ocorrendo interação através de uma comunicação efetiva (Mota,1998).

O gerenciamento contemporâneo, embora ainda não tenha uma teoria definida, demanda um pensar e julgar com maior amplitude. O indivíduo que almeja desenvolver atividades de gerenciamento precisa aprender a fazê-lo, de forma a desenvolver habilidades complexas como a capacidade analítica, de julgamento, de decisão e liderança e de enfrentar riscos e incertezas. Além do mais, exige-se - cada vez mais - a capacidade de negociação entre interesses e demandas múltiplas de integração de fatores organizacionais, cada vez mais ambíguos e diversos, situação muito presente no cotidiano da gerência dos serviços de enfermagem, onde impera a falta ou deficiência de materiais, a falta de pessoal, os interesses corporativos somados às necessidades dos usuários.

Portanto, Rossi (2005) com base nas idéias de Merhy (1997), também propõe a incorporação das tecnologias leves como o acolhimento, a produção de vínculo e a escuta ao processo gerencial, posto que possibilitariam o rompimento sistemático das lógicas e práticas excludentes, impossibilitantes do agir autônomo dos usuários e profissionais .

Também Ferraz (1995), com idéias similares e originais, em seu estudo calcado na sociologia do cotidiano de Maffesoli, propõe transformações no trabalho gerencial do enfermeiro, baseadas na valorização da cultura do sentimento, do cotidiano, das imagens, da ética da estética, dentre outros valores que podem propiciar a diminuição ou o abandono da ênfase nas atividades tecnoburocráticas, podendo, assim, reconduzir o cuidado ao foco principal para a assistência de enfermagem.

Nesta perspectiva de compreensão ética da estética compreende-se o enaltecimento do comum, do trivial e cotidiano no processo de trabalho. Esse

surgimento do “**homo aestheticus**”, contraporia-se ao “**homo economicus**” e “**homo politicus**”, símbolos do paradigma político-econômico, cujo princípios seriam a exploração da natureza e o exercício do poder (Ferraz,1995).

O desenvolvimento desses valores, reitera a autora, conjuntamente com a emergência do sentido arcaico religioso - cuja função é a de “religação” dos indivíduos em grupos através do compartilhamento de ideais, sonhos e utopias iminentes à enfermagem - pode favorecer um reordenamento da organização do trabalho de enfermagem.

Segundo Campos (1994), tem-se indagado de que forma pode-se estimular a emergência de sujeitos críticos capazes de idealizarem e executarem novos projetos que desafiem e reconstruam novos cenários impulsionados por novas práticas. Nessa direção, Stewart - citado por Trevizan (1999) - refere que entre os vários tipos de capital, o capital intelectual ou humano representa fonte de inovação e renovação. Contudo, somente isso não é suficiente. Torna-se necessário criar estruturas flexíveis que permitam melhorar a circulação de informação e uma gerência criativa que conduza e imprima no serviço a marca do trabalho participativo.

No caminho dessas reflexões alguns autores como Campos (1991), Almeida *et al.* (1994) e Mishima (1997) têm estudado a gerência como processo de trabalho e, portanto, como prática social uma vez que a mesma é:

- uma **atividade-meio** que tem como foco a articulação e integração;
- possibilita tanto a **transformação** do trabalho, como é passível de transformação através da finalidade colocada para o trabalho;
- uma atividade não só instrumental, mas altamente dinâmica e dialética, exigindo continuamente a articulação entre as suas dimensões **técnica, política e comunicativa**. (Almeida *et al.*, 1997)

Campos (1997) e Felli & Peduzzi (*opp cit*) reflete sobre a importância da gerência na implantação de mudanças ou políticas embasadas por princípios contemporâneas, ao afirmar que a gestão tanto se condiciona quanto é condicionada pelo modo como se organiza a produção de serviços. Sendo, por isso, altamente permeável à influência dos diferentes sujeitos sociais interessados em saúde.

Nesse ponto, a gerência surge, então, como função estratégica dentro desses questionamentos, haja vista que se responsabiliza pela integração buscando a unidade

do processo de trabalho ao mesmo tempo em que deve buscar a transformação do processo de trabalho através dos processos micro-políticos presentes no cotidiano dos serviços de saúde. Ao mesmo tempo em que está sujeita a transformações por esses mesmos determinantes. (Merhii, 1997; Mishima *et al.*, 1997).

Concordo com Castanheira, citado por Felli & Peduzzi (2005), quando coloca que a gerência possui o papel de tradutora de políticas públicas e privadas, visando mediar esse aspecto político ao atendimento das finalidades técnicas do projeto técnico-assistencial.

Ermel & Fracolli (2003), em estudo de revisão bibliográfica, corroboram essas colocações ao disporem em seus resultados que:

- 38% das publicações científicas sobre o processo de trabalho gerencial abordavam a dimensão organizacional – que se refere aos aspectos normativos;
- 34% dos estudos abordavam a dimensão técnica – que se relaciona aos aspectos instrumentais da gerência;
- 9% abordavam aspectos relativos à dimensão política que se refere a aspectos de implementação ou interpretação de políticas públicas.
- 81% destas publicações estudaram o tema de gestão a partir de uma única dimensão;
- somente 19% abordavam o trabalho através da articulação de duas ou mais dessas dimensões mostradas.

Costa & Shimizu (2006), em um estudo das atividades desenvolvidas pelos enfermeiros em um hospital-escola discute que o enfermeiro mesmo quando desempenha atividades administrativas, o faz na perspectiva de atender às expectativas médicas e da administração do serviço hospitalar, negligenciando suas próprias responsabilidades profissionais. É necessário segundo as autoras, a integração de novos conhecimentos e habilidades em acordo com uma prática administrativa pautada por condutas mais flexíveis e participativas além do desenvolvimento crítico-reflexivo desse profissional.

Outros estudos, como o trabalho de Kurcgant *et al.* (1993), também evidenciam que os enfermeiros têm dificuldade em estabelecerem objetivos e uma política assistencial de enfermagem de forma coletiva. Além disso, a maioria dos enfermeiros nesse estudo demonstrou estar embasando sua prática na rotina, tradição e autoridade e não na reflexão crítica do seu “saber-fazer” o que é reforçado pela ausência de atividades ligadas à pesquisa.

Outro aspecto importante do gerenciamento de enfermagem, citado por Erdman & Pinheiro (1998), é o da **participação**. O enfermeiro gerente tem enfatizado o controle da organização do trabalho, e com isto, dado pouco espaço para a participação dos sujeitos nesse processo, o que cria desmotivação e o enfraquecimento do trabalho de equipe.

Gaidzinski, citada por Willig (2004), em um estudo sobre implantação de uma proposta participativa, verificou que ainda há muita resistência - por parte dos enfermeiros e outros profissionais - às inovações, sendo poucos os que tomam a iniciativa de adotar uma abordagem gerencial inovadora para direcionar sua prática. Atribuem-se à tais dificuldades as características já citadas do modelo de gerência racional ou clássico, como a falta de um trabalho em equipe, a presença de uma estrutura hierárquica rígida e pouco interativa e outros fatores estruturais.

Nesta perspectiva, julga-se importante enfatizar as habilidades e competências gerenciais como características do perfil desse novo profissional, que direcionem as práticas para um trabalho integral e permitindo inovar na prática de atenção à saúde; que desenvolva seu pensamento crítico reflexivo; e que busque uma participação efetiva na tomada de decisões, em conjunto com os diferentes atores implicados na atenção à saúde humana (Bordenave,1996).

2.6 – A qualidade política e formal

Ao propor a importância do estudo das habilidades e competências gerenciais no desenvolvimento e condução do processo gerencial de enfermagem, julgamos importante investigar o trabalho e gerenciamento de enfermagem em função, também, em função dos conceitos de qualidade formal e política desenvolvidos por Demo (2001, 1995), e posteriormente, por Pires (2001).

Nesta investigação entende-se qualidade como atitude criativa capaz de construir e reconstruir espaços sociais baseados na equanimidade, na dignidade e justiça. É a característica ou marca maior do fazer histórico e participativo, processo ancorado na inovação (Demo, 2001; Pires, 2001).

Por qualidade formal, Pires (2001) e Demo (2001,1995) ressaltam o aspecto tecnológico ao entendê-la como os meios, as técnicas, os procedimentos necessários ao fazer humano.

Já por qualidade política, Pires (2001) define: é a possibilidade que o homem tem de conquistar sua emancipação, fazendo e refazendo história. Sobre o mesmo assunto, Demo (2001), expressa que é uma característica inerente aos processos participativos que superam a mera instrumentalização formal. Trata-se da capacidade que os sujeitos e atores sociais devem ter para intervir criticamente e criativamente em seu contexto sócio-histórico, de forma a produzir novos valores e idéias construindo cotidianos mais justos e equânimes onde se faça presente a emancipação e participação dos sujeitos (Pires, 2001).

A emancipação é conceituada aqui, dentro da ótica de Demo (2001;1995) e Pires (2001), como o rompimento sistemático dos processos de dominação exclusivos, possibilitando a reconstrução de relações mais democráticas e menos desarmônicas entre as pessoas, ou seja em que se busca a autonomia relativa dos indivíduos.

Pires (2001) proporciona uma contribuição importante e mais direcionada ao trabalho de enfermagem ao estabelecer três características intercomplementares para a emergência do sujeito autônomo capaz de co-gerir possibilidades e possibilidades de vida, estabelecendo um quadro de interpretação da qualidade política e formal do enfermeiro:

a- Crítica de contextos: a compreensão crítica da realidade em seu aspecto dinâmico, subjetivo e contraditório. Para a interpretação da qualidade formal e política é necessário avaliar se, dentre outras características, o mesmo percebe o contexto social como palco de lutas e contradições; se possui uma visão dialética sobre saúde e doença, bem como das relações sociais; se questiona a submissão do enfermeiro ao saber médico e à instituição, bem como às condições discriminatórias e indignas no trabalho; se reconhece suas entidades representativas como espaços de conquistas de cidadania organizada e se tem a visão crítica das políticas sociais.

b- Conhecimento como poder: entendimento de que o saber tem dimensões formais e políticas e que isso possibilita a intervenção crítica e estrutura o poder como instrumento emancipatório. Para a interpretação da qualidade formal e política, é necessário avaliar se - dentre outras características - o mesmo visualiza o poder enquanto conquista histórica; se é capaz de produzir conhecimento inovador e ousado para a sua prática; se busca a atualização técnica-científica e ocupar posições de referência no âmbito profissional.

c- Intervenções dinamizadoras da realidade: a percepção crítica aliada ao conhecimento como poder traduz-se movimentos férteis para o surgimento de mudanças. Para a interpretação da qualidade formal e política é necessário avaliar se, dentre outras características, o mesmo tenta exercer uma influência em sua prática profissional à situação de hegemonia médica e do modelo biomédico; se busca autonomia em seu fazer, negando-se a permitir a manipulação por processos de dominação; se demonstra interesse e participa da busca coletiva por melhorias; demonstra competência e relações democráticas no cuidado às pessoas (usuário, comunidade e equipe de enfermagem).

Desta forma, a incipiência ou fragilidade dessa características nos processos que demandem participação, como o trabalho e gerenciamento em saúde, denotam falta de qualidade política. O que, por sua vez, sinaliza pobreza ou fragilidade política pela falta de capacidade crítica de avaliar o mundo real e mudá-lo (Demo, 2002; 1995).

Estas características estão presentes historicamente no processo de trabalho dos enfermeiros e, conseqüentemente, no processo gerencial. Segundo Pires (2001), o enfermeiro tem produzido e reproduzido práticas pautadas pela desigualdade e exclusão. Práticas que não se restringem apenas em relação com outros profissionais, mas se estendem à relação com os usuários dos serviços de saúde.

3. Trajetória Metodológica

3.1 - Caracterização do Estudo

Trata-se de um estudo ancorado na **abordagem qualitativa** com **desenho hermenêutico-dialético**. A opção por este caminho do pensamento, como Minayo (2007) caracteriza o método, deve-se a razão da problemática exposta requerer o conhecimento do universo de significados, motivações, crenças, valores e atitudes que são produtos e, ao mesmo tempo, produtores de relações contraditórias entre os sujeitos e suas relações com o seu contexto histórico-cultural.

A abordagem qualitativa parte da premissa de que o conhecimento é produzido numa interação dinâmica entre o sujeito e objeto de conhecimento e que há um vínculo indissolúvel entre o mundo objetivo e (inter) subjetivo dos sujeitos. Essa modalidade de pesquisa ocorre no próprio ambiente dos sujeitos pesquisados, envolvendo a observação de situações reais e cotidianas (Minayo, 2002).

Ademais, permite buscar a desconstrução e análise da lógica interna do grupo. Essa busca se faz presente desde a elaboração deste objeto de estudo até a análise posterior dos dados coletados. Admite-se, conforme Gaskel (2002), que o objetivo da pesquisa qualitativa não é a contagem de opiniões, mas sim, explorar o espectro de opiniões e as diferentes representações dos indivíduos sobre o assunto em foco.

O **referencial hermenêutico-dialético** surge como proposta de combinação entre processos compreensivos e críticos a partir das contribuições de Habermas (1987), Stein (1987) e Minayo (2002, 2007), que propõem uma articulação entre essas duas correntes do pensamento filosófico, pois consideram essa combinação bastante promissora no que diz respeito às possibilidades para desvelamento da realidade.

De acordo com Stein (1987) para compreendermos melhor essa polaridade entre a compreensão e a crítica faz-se necessário retomar o papel da reflexão a partir das colocações de Hegel que define o processo reflexivo enquanto processo que ocorre a

partir da relação com o outro, produzindo identidade a partir da oposição. A reflexão sobre a unidade e oposição e sua inseparabilidade formam a base da consciência.

Dessa forma, apreende-se o entendimento sobre a combinação entre hermenêutica e dialética, pois, ambos buscam com seus métodos diferenciados a apreensão do conhecimento, embora como observado por Stein (1987), não de maneira ou pretensão absoluta ou universalizante, pois ambas concebem o conhecimento como algo contingente e portanto dependente de fatores culturais específicos de cada momento histórico. Nesse sentido Geertz (1989), expoente da antropologia cultural, tem uma contribuição relevante para o entendimento dessas questões ao afirmar que o homem é um animal amarrado a teias de significados que ele mesmo criou. A experiência cultural traz os resultados e consensos que se convertem em estruturas, vivências, significados e símbolos. A combinação entre hermenêutica e dialética permitiria, com muita propriedade, apreender estes significados culturalmente produzidos e reproduzidos sob uma ótica historicamente constituída.

A **hermenêutica** segundo Gadamer (2004) é a **compreensão de sentido que ocorre na comunicação entre seres humanos**. Assim nesta abordagem a linguagem apresenta importância fundamental, pois de acordo com Gadamer (2004), “o ser que pode ser entendido é a linguagem” e mostra com isso que a linguagem é o núcleo central para a hermenêutica gadameriana, uma vez que é por meio dela que obtemos sentido e interrogamos o mundo. É mediante a linguagem que construímos acordos e negociações sempre provisórios e inacabados sobre o entendimento do mundo.

Desta forma para Gadamer (2004, pág.23/24), a compreensão não é um ato subjetivo frente a um dado objeto, mas sim um movimento interior e relacional com vistas ao acordo e torna-se tarefa a partir do momento em que surge o estranhamento e o conseqüente questionamento. Segundo Lawn (2007), Gadamer utiliza-se, também, da abordagem desenvolvida por R.J. Colingwood baseada na lógica da pergunta e resposta em que todos os argumentos de um texto devem ser entendidos a partir da recriação constante da pergunta que motivou a criação daquele texto. Apesar de não podermos penetrar na mente do autor podemos, pelo menos, ver o texto – visto aqui em sentido amplo, como biografias, entrevistas, narrativas, artigos e observações – como uma resposta que o autor estabeleceu ao decidir produzir seus argumentos. Desta maneira a hermenêutica se propõe a buscar o sentido de produções textuais tendo como referência a motivação intrínseca e extrínseca do seu emitente.

A abordagem hermenêutica propõe uma busca de entendimento de um pelo outro ou como Gadamer propõe: cada indivíduo ocupa um dado horizonte e em sua tentativa de entendimento de um ser, coisa ou texto estende seus horizontes para incluir e se “fundir” com os outros processo denominado de fusão de horizontes. O horizonte é segundo as palavras de Gadamer (2004, p.404): “o alcance da visão que inclui tudo que pode ser isto, a partir de um determinado ponto de vista com todas as limitações e possibilidades que a mente possui.”

Segundo Lawn (2007) Gadamer ao produzir seu conhecimento o fez como crítica aos princípios cartesianos desenvolvidos por Descartes no período do iluminismo. Uma dessas críticas refere-se ao tratamento dispensado ao método racional como forma indubitável de se chegar ao conhecimento. Para Gadamer, a tradição – do latim *tradere*: “passar adiante” – possui papel fundamental ao se tratar de uma força vital inserida da cultura, não podendo ser reduzida apenas a crenças não-rationais ou irracionais, servindo de elo condutor de produção e passagem para diversos saberes, dentre eles o próprio conhecimento científico.

O método científico preconizado por Descartes prevê a completa remoção de valores e crenças subjetivas incluindo aí o preconceito. Para Gadamer o preconceito é tão importante quanto o julgamento afinal este só é produzido, ou está condicionado por outros conceitos pré-existentes. A reflexão e o julgamento dependem de fatores externos e o mundo só é absorvido pelo indivíduo por meio de suas interpretações sempre provisórias e inacabadas dentro do processo de socialização em que a linguagem e a tradição ocupam papel fundamental. Os preconceitos, sob a ótica gadameriana, são: “antecipações de nossa abertura para o mundo, que se tornam condições para que possamos experimentar qualquer coisa, para que aquilo que nos vem ao encontro possa nos dizer algo (Gadamer, 2002, p. 261)”. Isto significaria que toda empreitada de conhecimento encontra-se inviabilizada, mas Gadamer (2002, p. 140) esclarece que para a pretensão de um conhecimento genuíno, é necessário colocar os preconceitos no jogo do compreender. Ou seja, em todo processo de conhecimento é necessário se auto-compreender como condição prévia para buscar o entendimento do outro e das situações.

Uma conseqüência advinda dessa consciência hermenêutica é a refutação quanto à possibilidade de separação entre objeto e o ser do conhecimento, sendo o conhecimento sempre subjetivamente construído. Se o sujeito sempre faz parte do cenário que busca compreender, a abolição da especificidade do sujeito torna-se

impossível, haja vista a contribuição sempre presente de sua cultura e linguagem, tornando o projeto científico moderno fadado ao insucesso ou, no mínimo, ao seu questionamento contumaz (Lawn, *opp cit*).

Dessa forma, a arte da compreensão deve ser sempre um movimento circular entre a parte e o todo, regra denominada de círculo hermenêutico ou círculo da compreensão. Segundo Lawn (*opp cit*) a idéia subjacente a essa regra é de que o entendimento parcial de uma porção do texto sempre modifica a compreensão do todo, e a compreensão da totalidade, por sua vez, impulsiona uma nova reinterpretação das partes, e assim sucessivamente, num movimento incessante e interminável. Por isto, a hermenêutica sempre frisa que o entendimento de um texto sempre é provisório, nunca acabado e, portanto, nunca é definitivo.

Gadamer (2004) orienta que a atividade da compreensão deve ampliar, em círculos concêntricos, a unidade do sentido compreendido, usando como critério para constatar a justeza da compreensão, a concordância de todas as partes singulares com o todo, e o contrário, a discordância, representaria o fracasso da compreensão.

Consequentemente a abordagem hermenêutica propõe a busca, pela empatia e respeito, do contexto do autor que por mais que tenha emitido conceitos obscuros e, a princípio sem sentido, terá sempre uma intencionalidade e um sentido que deverão ser capturados por meio de uma atitude séria e respeitosa (Minayo, 2002). Gadamer (2002) vai adiante, ao propor que a empresa interpretativa deve ir além de quem escreveu, pois mesmo o autor, ao escrever ou emitir uma fala, não possuía consciência de tudo o que pode ser depreendido sobre seu contexto e sua visão de mundo.

Segundo Minayo (2007), para Gadamer, o senso comum tal como definido por Vico como um juízo despido de qualquer reflexão e compartilhado por toda uma ordem ou comunidade, é um saber que se dirige para o verdadeiro e para o correto, que busca o que é plausível, que se apóia em vivências e não em fundamentações meramente racionais. Embora muitos autores como Durkheim, Marx e outros, tratam-no como algo a ser derrubado e subjugado pela objetividade, outros como Schutz, recuperaram sua positividade ao tratá-lo como encabeçador da vida prática, garantindo a formação de consensos comuns e levando ao ajustamento em relação à realidade social.

Se o senso comum é o solo de toda atividade compreensiva, a vivência é a tradução ou re-interpretação da realidade objetivada por cada indivíduo ou grupo social em que sentidos ou unidades de sentidos são reconstituídos, pensados ou valorados a partir de sua realidade em um dado período histórico-cultural (Minayo, 2007).

Neste processo de vivência os indivíduos constroem sua identificação através dos símbolos que, conforme Minayo (2007), permitem a mediação comunicativa por fornecerem uma unidade de imagem e significado, embora, sem anular a tensão existente entre as idéias e os sentidos. Thompsom (1995), criador da Hermenêutica de Profundidade (HP), define os símbolos ou formas simbólicas como ações, falas ou textos que como construções significativas que são produzidas, transmitidas e recepcionadas podem ser compreendidos e entendidos a partir do contexto histórico e de uma estrutura socialmente constituída.

A busca hermenêutica pela compreensão simbólica se faz necessária, porque as formas simbólicas representam, características significativas da vida social, ou como colocado por Minayo (2007), os símbolos são “**senhas**” ou “**passaportes**” para a identificação dos membros de uma determinada comunidade.

Ao eleger a tradição, o senso comum, as vivências e os símbolos construídos pelos indivíduos a hermenêutica se propõe a desvelar o contexto ardiloso da comunicação humana, se deparando muitas vezes, com ciladas interpretativas e, ao mesmo tempo, com as possibilidades de um diálogo transbordante de comunicação e entendimento (Demo, 1995).

Minayo (2002) propõe, com propósito de resumo, alguns procedimentos para a práxis interpretativa:

- Buscar as **diferenças e as semelhanças** entre o contexto do autor e o contexto do investigador.
- Utilizar como **parâmetro** e busca de consenso o **mundo cotidiano** para explorar as definições, explícitas ou não, de situação do autor, bem como seu contexto histórico-cultural.
- Compreender o texto a partir de uma **conexão intrínseca** entre o **mundo observado** e dos **sujeitos** com o **mundo do pesquisador**, sempre buscando os sentidos com suas causas e condições conferidos pelo sujeito da linguagem, a determinados posicionamentos e não outros.
- Procurar o **entendimento** das coisas e dos textos a partir de **si mesmo** sem normas teóricas ou técnicas oriundas de outras abordagens como a lingüística, a fenomenologia e o positivismo, pois não existe verdade fora da **práxis**.

A **dialética** como caminho do pensamento surge na Grécia por meio (principalmente) de Parmênides, Sócrates, Platão e Aristóteles e era definida como a arte do diálogo, sendo modernamente conhecida como o estudo das contradições da realidade. Nesse modo de compreensão a realidade se mostra como fundamentalmente contraditória e em permanente transformação (Konder, 2003).

Chauí (2002) apresenta a concepção platônica da dialética através da interpretação do **Mito da Caverna**, em que o exercício da busca do conhecimento equivale a saída de um lugar sombrio, marcado pelas ilusões e pela escravidão aos falsos sentidos, para um exterior marcado pela luz solar, ou conhecimento racional. A **dialética** seria a técnica libertadora dos olhos do espírito ao revelar as verdadeiras condições em que vivemos. E para que haja a saída dessa caverna onde vigora a escuridão do ser, é necessária uma atividade dupla de ascensão (conhecimento) e descida (compartilhamento ou ensino), exercida contra uma passividade e uma falta de atualização, pois só se alcança a verdade ou sua verdadeira natureza, forçando o ser a realizar sua verdadeira natureza, ou seja, por meio do exercício do **conhecimento racional**.

Vários filósofos ocidentais se debruçaram sobre a dialética, mas foi **Hegel** e, principalmente **Marx** que trouxeram contribuições relevantes. Hegel mostrou o caminho em que o espírito e o mundo se encontram e se acham em um movimento dialético. Mas é em Marx que a dialética se transforma em uma forma dinâmica de interpretar e transformar o mundo, invertendo a ordem hegeliana e colocando o materialismo histórico como motor da história (Minayo, 2007).

Uma síntese dos princípios dialéticos é disposta por Minayo (2007) da seguinte forma:

- A **transformação** é inerente às coisas, relações e idéias, pois a lei do movimento interno ditam o seu autodinamismo.
- Os processos se transformam de forma **encadeada** e **espiralar** não havendo repetição. Cada transformação leva a um produto único.
- Cada coisa possui a sua **contradição**, é uma síntese de sua afirmação e de sua negação.
- As mudanças são **quantitativas** e **qualitativas** simultaneamente. Não existem qualidades e nem quantidades fixas e estáveis.

A **dialética** por permitir observar a realidade buscando os aspectos contraditórios dos indivíduos e da sociedade, forçando o desvelamento das ideologias, entendidas aqui como o processo pelo qual os pensamentos da classe dominante se tornam os pensamento de todas as demais classes sociais. As classes dominantes ao deterem o poder material também detém a primazia do controle intelectual sobre as demais classes (Marx, 2002, p. 48).

No entanto, Minayo (2007) realiza uma importante crítica sobre o aspecto mecanicista e estruturalista da linha marxista ortodoxa ressaltando o papel de novas contribuições teóricas como as de Sartre e Gramsci que produziram avanços na compreensão marxista do papel transformador dos sujeitos. A mesma autora também enfatiza a importância da subjetividade ou especificamente da cultura enquanto produtora de pensamentos, sentimentos, ações e expressões de determinados grupos, classe ou segmento. O que permite uma interessante aproximação com o objeto desse estudo centrado na vivência e na percepção dos aspectos críticos e passíveis de transformação do contexto histórico das práticas de saúde e de enfermagem.

Minayo (2002) conclui que a **hermenêutica** e a **dialética** são potentes e complexas abordagens para análise dos fenômenos sociais. Porém, possuem, de um lado, aproximações e, por outro, diferenciações, pois: enquanto a hermenêutica busca a compreensão, a dialética produz a crítica, a dissensão e a contradição. Para a dialética, a linguagem – campo maior da hermenêutica – constitui-se em um dos inúmeros fatores da vida, podendo ela mesma, conforme esclarece Habermas (1987) ser veículo de interesses, violência, dominação e poder social, sendo, portanto, também ideológica.

No entanto, o diálogo entre ambas é possível porque ambas consideram o contexto histórico dos fenômenos sociais; produzem uma crítica frente à separabilidade do sujeito-objeto do conhecimento; proclamam a intersubjetividade como terreno de compreensão; buscam a síntese entre passado, presente e futuro e suas transformações; perscrutam o sentido das ações humanas; e concordam com o jogo de condicionamento mútuo entre liberdade e necessidade (Minayo, 2002).

Stein (1987) ressalta que os pontos que aproximam esses métodos filosóficos é muito maior do que aquilo que os distinguiriam, pois, ambos se preocupam com as condições históricas de produção de todo pensamento, símbolos e linguagem. Fazem uma crítica ao tecnicismo, à imparcialidade do investigador e buscam o desvendar dos condicionantes da produção intelectual em que fatores como a tradição, os pré-

conceitos, as questões de poder e dominação e a limitação advinda do desenvolvimento histórico possuem influência inelutável.

3.2 – Campo de Estudo

O local dessa investigação é o **Hospital Regional do Gama (HRG)**, situada na cidade-satélite do Gama, sendo referência para o entorno sul da Rede de Integração e Desenvolvimento do Distrito Federal (RIDE). Atende à uma população de aproximadamente **180.000** habitantes. Possui capacidade para **600** leitos de internação. Assiste a população nas seguintes especialidades: emergência adulta e infantil, clínica médica, clínica cirúrgica, pediatria, gineco-obstetrícia, fisiologia, centro cirúrgico, terapia intensiva adulto e neonatal. Além de ser **campo de ensino** de cursos públicos e privados, de medicina, enfermagem e outros profissionais da saúde de nível superior e médio.

O HRG é uma instituição pública vinculada à Secretaria de Saúde de Estado do Distrito Federal (SES/DF) e embora apresente as dificuldades inerentes às instituições do Sistema Único de Saúde (SUS) como **sucateamento de materiais**, **precariedade da estrutura física e deficiência do quadro de pessoal**, vem apresentando índices de produtividade que o elevaram a condição de uma das instituições hospitalares públicas locais mais produtivas da rede. Embora além desses problemas, sofra com as dificuldades de gerenciamento, funcionamento por demanda, ser referência para inúmeros municípios do entorno goiano e de outros estados como Minas Gerais, Bahia e outros.

Dada a relevância que dados e informações sobre a dinâmica produtiva da instituição apresenta para esse estudo, levantamos alguns dados estatísticos que mostrem, pelo menos parcialmente, a trama entre condições de trabalho e a produção de atos de saúde pelos trabalhadores dentro dessa instituição. Os dados referentes ao número de pacientes internados por especialidade estão contidos na tabela 1.

Tabela 1 – Número de Internações realizadas no Hospital Regional do Gama (HRG) em 2007

<i>Especialidade</i>	Total de Internações por unidade
Obstetrícia	7.879
Pediatria	939
Cirurgia Geral	1.649
Ginecologia	1.088
Ortopedia/Traumatologia	1.269
Clínica Médica	730
Neonatologia	750
Pneumologia	199
Tisiologia	84
UTI Adulto	159
Total de internações	14.965

A Tabela 2 mostra a taxa de ocupação hospitalar do HRG, nota-se uma variação de 47% a 84% de acordo com o setor analisado, sendo que o setor de Tisiologia apresentou a taxa mais baixa de ocupação, e o setor de Centro Obstétrico a taxa mais elevada. Observa-se, em dados não apresentados nesse estudo, também que em alguns meses do ano, setores como Clínica Médica, Pediatria e UTI Adulto apresentaram taxas de ocupação próximas iguais a 100% de ocupação o que confirma dados obtidos nas entrevistas referentes a carga de trabalho e estresse físico-mental referidos pelos sujeitos do estudo. Cabe salientar que os setores referidos acima que apresentaram maiores taxas de ocupação são os que possuem perfil de pacientes com maior necessidade de cuidados de enfermagem, o que reforça a penosidade enfrentada pelos trabalhadores de enfermagem nas suas condições técnicas e materiais de trabalho.

Tabela 2 – Taxa de Ocupação Hospitalar do Hospital Regional do Gama (HRG) ano de 2007

Especialidade	Taxa de Ocupação Hospitalar (%)
Obstetrícia	84
Pediatria	73
Cirurgia Geral	67
Ginecologia	54
Ortopedia/Traumatologia	82
Clínica Médica	80
Neonatologia	58
Pneumologia	58
Tisiologia	47
UTI Adulto	80
Taxa de Ocupação Geral	72

A tabela 3 mostra o número de cirurgias eletivas e de emergência realizadas no HRG nesse período. Nota-se que o número de cirurgias de emergência é superior ao número de cirurgias eletivas, sendo que o Setor de Centro Cirúrgico apresentava, até o momento da cirurgia capacidade física instalada equivalente a seis salas cirúrgicas.

Tabela 3 – Cirurgias eletivas e de emergência realizadas no Centro Cirúrgico do Hospital Regional do Gama (HRG) no ano de 2007

<i>Tipo de Cirurgia</i>	Total de Cirurgias
Eletivas	2.137
Emergência	2.262
Total	4.399

Outro número que chama a atenção por indicar a alta demanda que sofre a instituição é o número de consultas médicas de emergência realizadas no hospital que ultrapassou o valor de 303.000 consultas no ano de 2007. Não há outros números indicativos de produção, como número de consultas de enfermagem ou curativos - por exemplo - por parte da equipe de enfermagem, embora se reconheça a sua participação, direta ou indireta, em todos os dados apresentados acima. Segundo depoimento de funcionários do setor de estatística da instituição estudada, isso se deve a falta de anotação por parte dos integrantes da equipe de enfermagem e pela não cobrança destes dados por parte do Ministério da Saúde (MS).

3.3 - Sujeitos da Pesquisa

Os critérios para inclusão na amostra dos sujeitos desta pesquisa foram ser os sujeito: primeiramente enfermeiro ocupante de cargo de chefia/supervisão de setores intra-hospitalares; e segundo ter no mínimo 1 (um) ano de experiência no cargo e dois anos de experiência como enfermeiro (a) – esta última exigência foi definida para que houvesse por parte dos entrevistados suficiente integração ao cargo e à instituição. O terceiro critério foi terem aceitado voluntariamente participar da pesquisa. Tal critério foi apreciado mediante o esclarecimento dos objetivos da pesquisa e do assentimento formal do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE, conforme anexo 1.

Dessa forma foram entrevistadas treze enfermeiras-gerentes do total de 16 possíveis. Sendo a coleta de dados encerrada quando se percebeu o surgimento de reincidência ou saturação das informações obtidas nas entrevistas. Segundo as orientações de Minayo (2006), a pesquisa qualitativa, diferentemente da pesquisa de cunho quantitativo, não exige cálculo ou quantificação da amostra, haja vista que o encerramento da coleta de dados, conforme explicitado acima, orienta-se pela saturação dos dados e não pelo número ou quantidade de sujeitos entrevistados. Sendo que as entrevistas foram identificadas com a expressão EG seguida da numeração correspondente à ordem cronológica de realização das entrevistas

3.4 – Aspectos Éticos e Legais

Inicialmente foi solicitado autorização junto à Direção da Regional do Gama e à Gerência de Enfermagem para aprovação da realização do estudo. De posse da autorização da instituição encaminhou-se o projeto de pesquisa ao Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS) da Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES/DF) sendo protocolado sob o número 196/07 tendo a pesquisa se iniciado após a emissão de parecer favorável conforme em anexo.

Os sujeitos do estudo autorizaram a pesquisa após explanação dos objetivos do estudo e da garantia do anonimato e sigilo por meio da assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme preconizado pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde – CONEP/MS.

3.5 - Coleta de Dados

Optamos pela realização, principalmente, de entrevistas semi-estruturadas com os enfermeiros e observações assistemáticas realizadas durante a investigação, pois a apreensão das opiniões, percepções e as atitudes dos sujeitos seriam facilitadas pelo uso de um planejamento flexível e aberto e de uma maior interação entre o pesquisador e os sujeitos da pesquisa (Flick, 2004; Ludke, André, 1986).

Gaskell (2002) reforça este posicionamento ao afirmar que o mundo não está dado, ele é ativamente construído por pessoas em suas vidas cotidianas, embora esta construção não se dê em condições que elas estabeleceram. Desta forma, justifica-se o uso de entrevistas qualitativas para mapear e compreender o mundo da vida dos respondentes, pois a mesma forma os dados básicos para o desenvolvimento e a compreensão das relações entre os atores sociais e sua situação.

As entrevistas semi-estruturadas também partem de certos questionamentos básicos, apoiados em teorias e pressupostos que interessam à pesquisa, o que permite, outrossim, que novas hipóteses surjam durante a interação com os sujeitos e o campo de estudo (Triviños, 1987).

Para Minayo (2006) a entrevista é uma conversa com finalidade e deve ser guiada, principalmente no caso de uma entrevista semi-estruturada, por um roteiro em que cada questão levantada faça parte do delineamento do objeto, sendo que todas partem para a conformação da forma e conteúdo. Além disto, a elaboração das questões propostas nesse roteiro foram construídas de forma a não cercear a comunicação e sim aprofundá-la, contribuindo para facilitar a emergência de significados, juízos, percepções, fatos e relações que façam parte da construção da problemática proposta.

Desta maneira as questões do roteiro, conforme anexo 2, foram construídas juntamente com a orientadora num sentido flexível, sem pretensões de prever todas as situações e condições do trabalho de campo, o que permitiu, por diversas vezes, o surgimento de temas não previstos inicialmente.

A realização das entrevistas foi precedida por contato prévio no próprio local de trabalho em que foi marcado o dia e local para a conversa. Foi escolhido um local mais tranquilo e reservado dentro da própria instituição, na maioria das vezes na própria unidade. Como todo trabalho de campo, houve diversas interrupções e situações em que o trabalho tivesse que ser remarcado para outra data ou reiniciado em outro momento, dado que, conforme descrito na apresentação dos resultados, as enfermeiras-gerentes, ocupam-se simultaneamente da assistência e administração dos serviços.

Antes do início de cada entrevista, foi explanado sobre as finalidades da pesquisa e das formalidades ético-legais inerentes ao estudo científico, sendo lido e mostrado o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) e após sua concordância em que também solicitamos autorização para que a conversa fosse gravada em aparelho MP3 digital.

Cabe ressaltar que o pesquisador por ser também enfermeiro da instituição e, portanto, conhecer a dinâmica do processo de trabalho de enfermagem, utilizou-se de observações assistemáticas para melhor compreensão do fenômeno estudado.

3.6 – Análise do Material

As entrevistas foram gravadas e a seguir foram transcritas. Segundo Minayo (2006), o processo de transcrição é a passagem rigorosa das conversas gravadas, incluindo lapsos, silêncios, interjeições bem como as perguntas do entrevistador. Deve ser feito após minuciosa e repetitiva escuta do material coletado.

Como metodologia de análise do material coletado, optou-se pela análise hermenêutica-dialética tal como defendida por Minayo (2006) e Gomes (1994; 2005) que a defende por considerar o campo da saúde um espaço multidimensional requerendo, dessa forma, uma análise que supere o formalismo das análises de conteúdo e de discurso.

A)**Primeira etapa:** realização de leitura compreensiva ou horizontal com os objetivos de impregnar-se pelo conteúdo do material, de ter uma visão do todo e apreender as particularidades presentes nessa totalidade fragmentária. É necessário colocar-se no lugar dos atores, descrevendo as falas, as ações e os fatos a partir da perspectiva deles. Essa leitura denominada de “flutuante” visa captar as estruturas de relevâncias dos atores sociais, ou seja, as idéias centrais transmitidas bem como suas posturas. Nesse momento é necessário ancorar a leitura em conceitos ou referenciais teóricos que orientem o olhar sobre os dados e que permitem a construção progressiva das categorias que são conceitos classificatórios que abrangem elementos ou aspectos com características comuns ou que se relacionem entre si (Gomes, 1994). As categorias se dividem em analíticas – que são aquelas relacionadas com a fundamentação teórica do pesquisador – e empíricas que são aquelas obtidas a partir da coleta de dados, sendo mais específicas e concretas.

B)**Segunda etapa:** conhecida comumente como leitura transversal que consiste em produzir recortes de cada entrevista em “unidades de sentido”, por “estruturas de relevância” ou por “temas”. Nesse processo fomos colocando os depoimentos e suas partes semelhantes juntas, trabalhando, concomitantemente, na busca de conexões entre as idéias apresentadas. Após a organização dos dados é preciso ir além das falas e dos fatos descritos, é o momento de realizar inferências. Primeiramente, deve-se identificar as idéias implícitas e subjacentes dentro de cada classe da estrutura da análise. Nesse processo, perguntas e questões foram feitas de modo a aprofundar e permitir comparações, criando um quadro sintético e mais visível de temáticas ou eixos norteadores. É uma fase de desconstrução, divisão, desvelamento e desconstrução do material empírico.

C)**Terceira etapa:** realiza-se a interpretação ou re-interpretação, trabalhando-se com sentidos mais amplos que denotam modelos subjacentes às idéias. Nessa fase,

busca-se a síntese por meio da construção criativa de possíveis significados. Para isso foi necessário realizar o diálogo entre a dimensão teórica e os dados empíricos; articular textos e contextos; e realizar a interação entre as questões norteadoras, objetivos, dados e informações trazidas do campo.

Após e no decorrer das etapas analisadas acima, foi eleita como **categoria analítica**: o **processo de trabalho gerencial de enfermagem**. Como **categorias empíricas** emergiram: **as condições materiais e técnicas do trabalho e o processo de trabalho gerencial de enfermagem; o trabalho em equipe como instrumento do processo do trabalho gerencial de enfermagem e a busca de espaços político-emancipatórios no trabalho gerencial de enfermagem.**

4. Resultados e Discussão

4.1 Perfil e Processo de Seleção das Enfermeiras-Gerentes

A análise dos dados concernentes ao perfil das entrevistadas permite perceber que a função gerencial é exercida majoritariamente por membros do sexo feminino. Havia à época da entrevista apenas um membro do sexo masculino exercendo essa função, mas que não participou do estudo.

Fizeram parte desta investigação treze enfermeiras que possuíam, à época do estudo, cargo formal de chefia de unidades intra-hospitalares e com tempo superior a um ano de serviço, critério que se julga relevante para indicar maior integração à função e à Instituição. Estes sujeitos apresentavam idade que variava de 30 a 57 anos e apenas duas entrevistadas referiram ter participado em evento científico, nos últimos dois anos, em sua área de atuação fora da própria instituição.

Os dados também revelaram que apenas quatro das entrevistadas referiram ter especialização em alguma área de conhecimento de enfermagem. E quanto à área temática do curso as especializações dividiram-se quanto à área técnica variando desde a formação em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Unidade de Terapia Intensiva à Auditoria em Serviços de Saúde.

Quanto à variável *tempo de trabalho* das enfermeiras-chefes percebemos que mais da metade, sete, apresentam mais de seis anos de tempo de trabalho. O outro contingente expressivo, cinco, apresenta mais de quinze anos de serviço. E apenas uma das entrevistadas apresentou menos de cinco anos de trabalho na Instituição. Estes dados reforçam o peso dado à variável *antiguidade* como fator importante na escolha, e talvez na permanência de enfermeiras para ocupação de cargo de chefia ou gerência de unidades. Acreditamos que esta relação deve ser cuidadosamente analisada, pois embora o tempo de experiência seja importante, não deve ser o único determinante em tal escolha. Outros fatores como *desempenho profissional*, *capacidade de liderança*, *conhecimento* e *titulação* deveriam ser colocados em questão ao se escolher os profissionais ocupantes dessa função.

Ao analisarmos os dados referentes à variável *tempo de ocupação de cargo de chefia ou gerência* das enfermeiras-chefes percebemos que mais da metade, sete sujeitos, apresentam de seis a mais de quinze anos de tempo de trabalho num mesmo

cargo de chefia. O outro contingente expressivo, três entrevistadas, apresenta mais de quinze anos num cargo de chefia. Enquanto que apenas dois sujeitos entrevistados apresentavam menos de dois anos de tempo de experiência no atual cargo de chefia

Percebe-se que há uma forte imbricação entre o tempo de serviço e o tempo de ocupação na função atual de gerência ou chefia. O que é reforçado por informações obtidas a partir das entrevistas em que muitas enfermeiras assumiram a função gerencial concomitantemente com a entrada na Instituição e permanecem até o momento atual.

Vários fatores foram citados pelas entrevistadas para essa duradoura permanência na função, dentre eles o mais apontado foi o fato de que poucas trabalhadoras queriam assumir tal função, considerada como “quebra-cabeças”. Essa expressão surge como simbolizadora do repúdio ou aversão sentida pelas demais enfermeiras a esta função, pois em muitos casos isso representaria assumir inúmeros e complexos problemas os quais seria melhor não se envolver.

Assim muitas entrevistadas referem que assumiram o cargo em função de não haver “saída”, em virtude do número restrito de enfermeiros. O fato de ser uma função que exige a adoção de uma carga de quarenta horas realizadas no período diurno não foi citado, mas se conclui ser um fator demasiadamente importante para ser ignorado. Um contingente expressivo dos trabalhadores de enfermagem reside noutros estados ou cidades distantes da Instituição estudada, o que corrobora também para uma “aversão” a esta função, visto que teriam que adotar um padrão mais rígido de execução de suas escalas semanais.

Outras enfermeiras já relataram sentimentos diferentes quando da opção por assumirem o gerenciamento das unidades. Citam como fator preponderante o desafio e a possibilidade de maior aprendizagem. Uma das entrevistadas refere que esta opção se deu por ver na gerência, uma possibilidade de subida nos degraus hierárquicos da Instituição.

Quanto à participação em órgãos de representação política, técnica ou profissional, todas as enfermeiras negaram participar ou terem um compromisso com tais espaços de representação profissional, resumindo, quando muito, à uma inscrição em sindicatos da categoria.

4.2 - O Processo de Trabalho Gerencial de Enfermagem

A maioria das enfermeiras-gerentes relata que seu cotidiano é marcado pela divisão ou alternância entre o trabalho assistencial e administrativo, devido, principalmente ao déficit do número de enfermeiros assistenciais, problemática que será melhor discutida adiante, quando se tratará da questão das condições materiais de trabalho.

Segundo os relatos abaixo, as ações gerenciais ficam prejudicadas ao se assumir concomitantemente a prática a assistencial, sendo tal dificuldade tão crítica que parte do trabalho (como confecção de escalas) é realizado no período em que já estão em casa e, portanto, fora do horário de trabalho, o que gera sobrecarga e estresse.

“O trabalho aqui eu fico dividida na parte de assistência e na parte de supervisão, porque todos os dias eu trabalho, nem todos os dias tem outro enfermeiro que fica na assistência comigo, quando tenho eu me desloco de lá e fico nesta sala e faço a minha parte burocrática e faço escala e programo reunião de férias,o que vai aparecendo vou resolvendo, mais só venho pra cá resolver isso quando tem um enfermeiro lá comigo, porque quando não tem, não tem como eu sair do posto que é da assistência aí o que acontece, eu faço em casa essa parte burocrática e para mim ta fazendo em casa, porque não tem como você ficar sentado aqui pra ta resolvendo, por que toda hora me chamam...” EG1

Para a maioria das entrevistadas a estratégia que elaboraram para resolver, pelo menos parcialmente, essa relação tensa ou conflituosa é estruturando-a em momentos ou fases. Ao assumir o plantão, geralmente no período matutino, lêem o relatório para se inteirar da noite ou dia anteriores. A seguir fazem visitas, geralmente sozinhas, aos pacientes e buscam, enumeram e classificam automaticamente as pendências e problemas existentes, de acordo com a especificidade de cada clínica. Assim, numa clínica ortopédica seu olhar, no âmbito clínico, se volta para as urgências e emergências decorrentes da falta de circulação ocasionada pelo uso de aparelhos gessados. Noutros setores de internação, por exemplo, a preocupação se volta para o transporte e remoção de pacientes, para realização de exames complementares ou execução de terapêuticas, bem como a administração e controle da terapêutica.

No período vespertino, a depender também da demanda ou da presença de um profissional enfermeiro, predominarão as atividades descritas como tipicamente gerenciais ou administrativas tais como: confecção de escala, elaboração de

memorandos, distribuição diária, mapa de férias da equipe de enfermagem, pedido de conserto de materiais, dentre outras atividades que enfocam mais o dia-a-dia.

Azzolin (2007), em seu estudo sobre a articulação do trabalho gerencial de enfermagem e o processo de enfermagem, também percebe essa característica do trabalho das enfermeiras-gerentes e a denominou de *díade gerenciamento instrumental e gerenciamento do cuidado*, sendo o primeiro relativo às ações administrativas propriamente ditas e o segundo relativo à coordenação e supervisão das ações assistenciais prestadas à clientela. A referida autora demonstra também a fragilidade, encontrada em seu estudo, presente na articulação entre gerenciamento administrativo e assistencial.

Tal dificuldade se deve ao fato das atividades assistenciais e gerenciais não poderem ser sobrepostas. Parece haver uma demarcação nítida entre ambas, pois depreende-se das falas que cada uma exige um tempo e um *locus* diferenciado para sua realização. Embora exista uma fronteira dinâmica entre a assistência e o gerenciamento, cada uma destas atividades tem seu objeto e meios específicos. Portanto a sua realização demandaria uma atenção dupla permanente.

Nesse sentido, as enfermeiras parecem retomar ou assumir predileção pelo modelo nightingaleano – concebido por Florence Nightingale - de enfermagem, que se caracteriza justamente por essa separação do trabalho de enfermagem, em que as “*Ladies nurses*”, então enfermeiras oriundas das classes mais abastadas, cuidavam da parte administrativa, e as “*nurses*”, enfermeiras “operárias” selecionadas dentre as mulheres de classes menos abastadas, ficariam com a parte indesejável do trabalho (Almeida & Puntel, 1994; Gomes, 1994).

Outro aspecto ambivalente que permeia esta questão de acordo com a maior parte das falas, o cuidado ou o gerenciamento do cuidado é concebido como uma instância que é priorizada em detrimento do *fazer gerencial*. Tal relação tem contribuído para o aumento do desgaste psíquico e físico sofrido pelas trabalhadoras, pois o fato de realizarem as atividades diretas ou indiretas concernentes ao cuidado não as exime de sua responsabilidade frente ao fazer administrativo.

Um vislumbre profícuo sobre a dedicação prioritária ao gerenciamento do cuidado é que este se configura como uma emergência do instituinte, pois historicamente as gerentes ou supervisoras de enfermagem tem se dedicado, prioritariamente, ao fazer administrativo (Ribas Gomes *et al*, 1997, p. 229-230), deixando de lado a prestação direta de cuidados de enfermagem, contribuindo para a

diminuição da qualidade da assistência de enfermagem. Os dados dessa pesquisa, no entanto, mostram que mesmo essa emergência de novas práticas ou percepções não tem concretizado melhorias ainda efetivas tanto na qualidade de assistência prestada ao usuário como no processo de trabalho do enfermeiro.

Com relação a esta relação conflituosa entre o agir assistencial e o agir gerencial os estudiosos de enfermagem tem mostrado convicções contraditórias como relatado por Hausman (2006) que uma parcela de pesquisadores tem defendido assunção das atividades administrativas como inerentes ao ato assistencial. Mas em geral, as recomendações da literatura especializada têm advogado a necessidade de uma integração entre a prática gerencial e assistencial, com o objetivo de se evitar o afastamento desse profissional da prestação de cuidados diretos ao paciente (Trevizan, 1988; Ferraz, 1995; Silva, 1998; Lunardi, 2001; Greco, 2004).

Ferraz (1995) em seu trabalho: A transfiguração da administração de enfermagem – da gerência científica à gerência sensível, revela a partir de uma análise sócio-antropológica da prática administrativa calcada na abordagem da cotidianidade de Maffesoli, uma prática de enfermagem caracterizada pela separação rígida entre administração e prestação de cuidados de enfermagem. Muito mais do que cisão entre o administrar e o cuidar, Ferraz percebeu uma forte atenção dada aos aspectos tecnoburocráticos da profissão. Essa ênfase é repudiada pela autora que propõe entre outras coisas, o resgate da categoria cuidado de enfermagem como fundante e estruturante da profissão e que os conhecimentos de administração em enfermagem sejam dirigidos prioritariamente para o gerenciamento do cuidado de enfermagem, libertando-se da predominância dos conteúdos referentes à tecnoburocracia.

Trevizan (1988) uma das autoras seminais no estudo do conflito entre o trabalho administrativo e assistencial, que a enfermeira avoque e reconheça o seu papel administrativo não se centrando tão somente no papel de cuidadora direta. Essa função, no entanto, deverá ser exercida sem apego à burocracia focalizando a assistência do paciente. Essa seria, segundo Trevizan, a maneira de se corrigir a fonte dessas tensões, utilizando para isso a educação permanente e a pesquisa.

Autores como Shimizu (2000) e Willig (2004) também identificaram conflitos entre o gerenciar e a prestação direta de cuidados ao paciente. Tal situação se deveria ao excesso de atividades administrativas desenvolvidas pelos enfermeiros, número reduzido de pessoal e ausência de um planejamento efetivo. Silva, Ribas Gomes e

Anselmi (1993) há muito apontaram esse “desconforto” entre administração e a prestação da assistência.

Hausmann (2006) propõe ser o gerenciamento do cuidado uma boa prática de enfermagem, pois o mesmo aliará o administrar e o cuidar de forma articulada. Silva (1998) coloca que o gerenciamento do cuidado ou administração da assistência é um estágio intermediário entre o cuidado e o gerenciamento, mas aponta dificuldades para sua integração.

Assim de acordo com Castellanos, citada por Felli & Peduzzi (2005) a prática assistencial de enfermagem tem como foco os pacientes, utilizando para isso meios, como os saberes de enfermagem, normas e rotinas, o ambiente e outros. A ação gerencial, por sua vez, possui como foco a equipe de enfermagem e a organização do trabalho. Seus meios são os saberes e métodos administrativos.

Quanto ao processo de gerenciamento em enfermagem, neste estudo, uma das entrevistadas, refere que o seu trabalho pode ser comparado com o de uma governanta, termo que origina do francês *gouvernant*, administra casa de outrem, onde obviamente cumpre ordens superiores (Ferreira 1999). Nota-se, uma representação que desvaloriza a sua função, uma vez que a imagem associada a profissional governanta não se relaciona, por exemplo, a atributos e competências de cunho científico, demonstrando, talvez, que a concepção do seu trabalho se baseia em um fazer intuitivo ou, no mínimo, descomprometido com a formação e desenvolvimento científico e profissional. Fato que é corroborado pela pouca participação das enfermeiras em cursos de pós-graduação e outros cursos, bem como pouco ou nenhum envolvimento em pesquisas.

Neste sentido, Ferraz (1995, p. 75) coaduna com o que está sendo exposto ao fazer emergir em seu estudo essa mesma expressão, colocando que a gerência de enfermagem ao não apresentar ou exercer poder de tomada de decisão quanto à distribuição de recursos técnicos e financeiros e delimitação de prioridades dentro das instituições de saúde estaria se limitando a uma função de governanta da instituição. Embora limitada essa função de governanta da organização tem servido a vários interesses, garantindo a racionalidade e funcionalidade do sistema hospitalar arremata a citada autora.

“A gente tem um problema muito grande, porque todo o trabalho tem que ser planejado, o setor tem que ser organizado para o trabalho poder caminhar. Mas eu não tenho tempo, por causa da deficiência dos enfermeiros, então eu acabava na assistência ajudando, e o tempo

que eu tenho não era suficiente para organizar a parte burocrática. O certo é o chefe cuidar só da parte administrativa, organizar tudo e planejar, como uma governanta. Eu não tenho esse tempo. Essa é uma das maiores dificuldades: de não ter este tempo para chefiar.” EG3

Outra dimensão, presente nesta percepção, parece relacionar-se com a desvalorização dada ao saber gerencial ou administrativo de enfermagem comparado às outras profissões de saúde ou hospitalares. Tal percepção do trabalho está presente nalguns depoimentos, tanto de enfermeiras com muitos anos de prática gerencial, como das que possuem menos tempo de trabalho, o que deixa entrever a presença de expectativas culturais e institucionais de que seu agir seria eminentemente administrativo. O que também parece representar que acreditam ser a prática administrativo-burocrática, uma prática superior as práticas que envolvem a prestação direta de cuidados aos usuários.

Verificou-se dificuldade dos enfermeiros de utilizarem o planejamento das ações a serem implementadas no serviço. Na visão da maioria dos estudiosos, diz Ciampone (1990), o planejamento é a função primordial que servirá de base para as demais ações, sendo definido como a arte de fazer escolhas e de elaborar planos para favorecer um processo de mudança (Ciampone & Melleiro, 2005). Matus (1996), autor seminal do planejamento estratégico, elucida que o planejamento é um cálculo direcionado e ligado à ação. Schraiber *et al*, citados por Paim (2006), nos traz mais uma reflexão oportuna, esclarecendo que o planejamento pode ser visto como um trabalho que incide sobre outros trabalhos. Este trabalho planejador permitiria uma convergência e racionalização de trabalhos parciais - tal forma de pensar o planejamento - a nosso ver, muito remete ao trabalho gerencial do enfermeiro, pois o mesmo está implicado com o trabalho de outros agentes e, geralmente, também está vinculado a uma função de tradução de políticas públicas de saúde

“O planejamento...faço sempre no final do ano. Mas, chega no final do ano, vejo que o objetivo todo não foi alcançado, porque tem muito obstáculo no caminho. A “burrocracia” não deixa a gente alcançar os objetivos.”EG6

Este depoimento parece sintetizar inúmeras dificuldades na aplicação da função planejamento ao processo gerencial de enfermagem. Inicialmente, Ciampone propõe que o planejamento deve ser participativo e aberto a todos os integrantes da equipe de

enfermagem. É evidente, pela fala do conjunto das enfermeiras, que o planejamento é feito exclusivamente pelo enfermeiro, sem a participação dos demais membros. Outra idéia que transparece é a de um planejamento fragmentado, estanque e distante da realidade. Ciampone & Melleiro (*opp cit*) refere que ao contrário, esta função para que possa imprimir sua direção e governabilidade à realidade pretendida, deve ser concebida como um processo contínuo que necessita de uma postura ativa dos gerentes e demais membros da equipe.

Percebe-se, também neste estudo, que o método de planejamento adotado é o normativo ou tradicional. Tal método, segundo Ciampone & Melleiro, possui inúmeras limitações devido à complexidade e dinamicidade do setor saúde, pois está calcado em: uma visão de realidade idealizada e estática; na independência entre o planejador e o objeto do planejamento; na visão única da realidade e da ausência da abordagem das questões de poder; na negação da historicidade e dinamicidade dos fenômenos; e na falta de uma clareza da interligação entre os diversos sistemas que compõe o sistema de saúde. Em síntese, esse método acaba por se tornar ainda mais distante da prática. Na realidade isso é agravado mais pela prática de um planejamento realizado anualmente, o que favorece ainda mais a distância entre o que foi planejado e a execução e avaliação das ações necessárias, a partir do qual se tomariam medidas para correção ou adaptação à realidade. Assim, EG12 coloca que o planejamento *“é meio que virtual, o planejamento a gente não faz no papel, a gente faz no dia-a-dia, a gente vai planejando, como eu te passei como é meu dia de trabalho, a gente vive no planejamento, mas é complicado, poderia ser assim e melhor, ser melhor né ...”*. Essa fala em particular parece corroborar o estudo de Melo (2003), realizado também no espaço hospitalar, em que relata que os enfermeiros não utilizam os instrumentos de forma sistemática e efetiva, embora seja visível que vivenciem uma prática permeada por contradições manifestem desejo de superar a visão burocrática e improvisada da gerência.

Outra questão é que algumas entrevistadas parecem utilizar o planejamento, não tanto como forma de método sistemático para programar e implementar mudanças, mas como forma de exigir e pleitear recursos e ações que devem ser executadas, ou cuja execução venha a depender mais das instâncias superiores do que das equipes locais. Neste sentido o planejamento é como instrumento de reivindicação política e ética, pois estaria registrando, mesmo que apenas isto, a preocupação com as precárias condições de trabalho e de assistência. Assim, surgem nos relatos colocações como: “[...] por no papel as melhorias que a gente quer...EG3” evidenciando essa forma de preocupação, mas que se

torna apenas um instrumento burocrático de registro e comunicação, uma vez que as instâncias superiores da instituição não se sensibilizam mais, evidentemente, com tais formas de pressão. Ademais, todas estas precariedades estão dentro de um contexto político maior em que avançam insidiosamente as influências da política de recorte neoliberal. Seria preciso, portanto, pensar em novas e criativas maneiras de reivindicar mudanças e melhorias.

Um recurso lingüístico interessante que foi utilizado por esta última entrevistada e que parece permear as relações das gerentes com essa função, é o termo “burrocracia” definido por Ferreira (1999) enquanto um tipo de burocracia pouco esclarecida devido aos seus desvios e aspectos socialmente negativos e nefastos como o uso excessivo de papelada e formalidades e, principalmente, pela perda de contato com as realidades da vida. A emergência dessa expressão revela o descrédito com o planejamento e gestão executados pelos níveis centrais da instituição, pois reúne em si o conceito de burocracia e a falta de inteligência ou de aplicabilidade da mesma, ou seja, um processo burocrático ineficiente. Uma das entrevistadas refere ter recebido, após cinco anos de espera, a resposta de um pedido de equipamento feito pela gerente anterior, em que a resposta foi perguntar se eles “realmente” precisavam do equipamento.

Neste contexto, vale a pena retomar Weber (1982) que estabeleceu as modernas bases para a burocracia moderna, conceituando-a como uma forma de administração pautada pela regência de leis, regulamentos ou normas administrativas. Esta forma de administração pressupõe treinamento especializado e completo e se pauta pela rígida separação entre o comportamento público e o privado. Segundo o mesmo autor, as organizações burocráticas se distinguiriam uma das outras justamente, pelo que hoje é criticada pelos efeitos e características contrários que diz possuir, por serem superiores quanto à precisão, velocidade, clareza, continuidade, redução do atrito e dos custos de material e pessoal. Kurcgant (1990) mostra que as críticas à teoria burocrática são denominadas disfunções que se evidenciam quando há exagerado apego a normas e regulamentos; valorização destas em detrimento do fator humano; impessoalidade e apego aos símbolos que evidenciam poder.

No entanto, é interessante colocar a crítica de Mészáros (2008) quanto à pretensa objetividade e racionalidade que Weber quer atribuir a organização burocrática, assinalando que reside nestas contribuições weberianas um forte resquício ideológico e anti-histórico em defesa do *status quo* capitalista, ao não vislumbrar que a burocratização enquanto resposta à crescente especialização e complexidade das

organizações, não é a única resposta e nem mesmo é a resposta que tem conseguido suprir as crescentes necessidades originárias da complexidade de uma organização, que no exemplo do nosso estudo, é hipercomplexa ou no mínimo complexa. Essa caracterização de organização é tomada aqui no sentido definido por Testa (1997), enquanto modelo de organização em que os problemas se manifestariam em sua máxima dificuldade.

Trevizan (1988) contribui para o elucidamento desta crítica e oposição ao sistema burocrático ao colocar que falta às enfermeiras um melhor entendimento sobre a burocracia, pois o mal não está no cumprimento de normas e rotinas, mas sim na subordinação e na falta de participação das enfermeiras nas decisões administrativas.

Apenas uma das entrevistadas ressalta o papel positivo do planejamento ao afirmar que:

“Nós fazemos um planejamento anual, que é encaminhado para a chefia geral. Eu faço esse planejamento para atingir metas durante o ano. Faço esse planejamento através de anotações e conversando com os pacientes. O planejamento é sempre válido. É sempre bom, mesmo que não se atinja os objetivos.” EG7.

Nessa fala também se observa a instrumentalidade restrita desta função enquanto meio para se atingir metas e objetivos. Fica incipiente ainda, nesta e noutras falas, o método estratégico de planejamento que é pautado pela visão mais global e que visualiza as relações de poder que permeiam as relações entre os diversos atores sociais implicados numa situação, sendo, portanto, este modelo de planejamento, o de maior alcance.

Mas, mesmo apresentando críticas a extrema burocratização e tradicionalismo da administração institucional, a maioria das entrevistadas utiliza ainda o modelo clássico de administração e planejamento que, de acordo com Kurcgant (1990), é caracterizado pela centralização das funções administrativas. Este estudo evidencia também que os demais membros da equipe de enfermagem e médica não participam de forma efetiva no planejamento de enfermagem.

Paim (2006) esclarece a importância do planejamento nos serviços de saúde em todos os níveis de atuação ao afirmar que tal ferramenta gerencial ao ser socializada permite o conhecimento por parte do trabalhador do significado do seu trabalho reduzindo, assim, potencialmente a alienação. Além disso, continua o autor, o

planejamento ajuda a mobilizar vontades, ajuda a identificar problemas, elevando a consciência sanitária e política dos cidadãos.

Poucas enfermeiras-gerentes relataram utilizar uma forma mais efetiva e consistente de participação dos demais integrantes da equipe de enfermagem no processo de planejamento. Este aspecto também demonstra a existência da divisão técnica do trabalho de enfermagem, em que às enfermeiras compete o planejamento intelectual do processo de trabalho e aos profissionais de enfermagem de nível médio, a execução das ações, corroborando os estudos de diversos autores como Pires (1996).

O seguinte relato exemplifica como seria essa posição mais democrática e participativa de planejamento na prática desses agentes:

“Por exemplo, em reuniões ouvimos os questionamentos dos funcionários, e através desses problemas levantados em reunião estabelecemos metas, anotamos o que deverá ser priorizado, o que nós devemos melhorar. Muitas vezes essas melhorias têm que ser feitas até na estrutura física, como por exemplo: olha não tem banheiro pra gente, ou: é melhor abrir uma janela em tal lugar. Então trabalhamos em cima dos problemas levantados, não só em reuniões, por que muitas vezes os funcionários conversam com a gerência sobre os problemas que estão passando e o que poderia ser feito para melhorar. Por este motivo colocamos em forma de planejamento para priorizar e não esquecer. EG1”

O relato demonstra que, mesmo dentro de uma organização hospitalar pautada pela administração tradicional e centralizadora, existem movimentos ou forças instituintes em operação no instrumento de planejamento, buscando inovações, mesmo que tímidas e restritas a poucos setores, nos espaços e relações entre os diferentes agentes, ainda que pautados pela assimetria e hierarquização. Radicalizando e mergulhando mais fundo na contribuição de Guattari, diríamos que os processos moleculares de busca de novos planejamentos parecem atravessar os espaços estratificados pertencentes às normas e modos instituídos de planejamento.

Este depoimento evidencia, ainda, o caráter assistemático da função **planejamento**, pois se percebe que se direciona à resolução de problemas mais imediatos ou reduzidos a seu espaço micro e está, como refere Marquis & Huston (1999), inscrito num tipo de gerenciamento denominado de *administração de crises*. Nesse sentido, outra enfermeira entrevistada se refere a esse modelo, ressaltando que a sua prática era a de “[...] *apagadora de incêndio*. EG7”. O que fornece uma imagem bastante simbólica e expressiva desta forma de gerenciamento no qual sua tônica ressalta o caráter descontínuo e sem previsão das ações de enfermagem que se vinculam

apenas ao presente, perdendo de vista o enfoque mais abrangente de planejamento. Esta concepção do trabalho gerencial deixa evidente o desgaste contínuo com as condições de trabalho, fruto em parte, do despreparo dos enfermeiros-gerentes frente ao uso de instrumentos gerenciais de trabalho como o planejamento.

Em relação ao planejamento da assistência, a totalidade das entrevistadas referiu não existir a adoção de alguma forma sistematizada de assistência. Segundo Castilho e Gaidzinski (1990), o planejamento ou sistematização da assistência de enfermagem é a determinação das ações de enfermagem, pela utilização de um método de trabalho, a fim de atender às necessidades da clientela. Acerca deste planejamento, Ciampone & Melleiro afirma a importância de se sistematizar e organizar o planejamento com o intuito de torná-la uma prática que se torne orgânica com o processo de tomada de decisões.

Dentre as mais citadas atividades assistenciais, diretas ou indiretas, está a visita leito a leito ao paciente. Essa atividade é realizada principalmente pelas entrevistadas que gerenciam unidades de internação. Nota-se, com os relatos desse tipo de trabalho, a mesma interpretação encontrada por Foucault (1979), que aludia ao fato de se revestir essa atividade de um caráter quase religioso e que tem origem na ritualização e cristalização do saber-poder-saber médicos. A exemplo do trabalho de Lima (1998) e Hausman (*opp cit*), percebemos nesse presente estudo, que a visita tem um caráter mais administrativo, pois se centra em detectar e solucionar problemas relacionados a falta de materiais e de organização dos cuidados. Nesse excerto, evidencia-se o enfoque mais restrito atribuído ao ato da visita conforme pode ser detectado a partir do seguinte depoimento: “*Eu passo visitando os pacientes, dando bom dia e vendo o que tá faltando.*” Observa-se, no entanto, a preocupação da enfermeira de prover a assistência com materiais e condições para a cura e recuperação dos pacientes. Neste enfoque, esta forma de gerenciamento de enfermagem aproxima, mesmo que timidamente, do proposto por Peres, Ciampone (2006) que defendem o gerenciamento como ferramenta a serviço do desenvolvimento da atenção à saúde.

Quando se nota a genuína preocupação de caráter assistencial dada à visita, nota-se que esta (a exemplo das investigações de Lima (1998) e Hausman (2007)) o enfoque assistencial se centra na realização de procedimentos. Desta maneira, o profissional se distancia do cuidado ampliado caracterizado pela agregação de outras preocupações que se somam às de caráter biológico, o que possibilita uma assistência

integral em que não só o paciente, mas família e comunidade e a própria instituição sejam objetos de intervenção.

Fica patente, mediante as falas das entrevistadas, a ausência do emprego da sistematização de enfermagem, como ferramenta de qualificação da qualidade das atividades assistenciais prestadas pela equipe de enfermagem. Essa ferramenta em nenhum momento foi mencionada, o que coloca em questão se realmente existe essa preocupação.

No que tange ao gerenciamento de pessoal de enfermagem, as atividades mais citadas foram as relacionadas ao controle de pessoal, como controle de presença, confecção de escala, escala de férias e desenvolvimento de procedimentos administrativos como elaboração de memorandos e responder documentos oficiais como circulares e outros.

Dentro desta ótica, o trabalho da enfermeira-gerente tem como objetivo central o controle hierárquico da equipe de enfermagem, com vistas ao incremento da produção, daí a grande necessidade de realizar métodos e procedimentos que disciplinem os corpos dos trabalhadores, docilizando-os e assim azeitando as engrenagens da produção de serviços de saúde. A disciplina, diz Foucault (1979), é uma técnica de poder que implica numa vigilância perpétua e contumaz dos indivíduos.

Dentre esses mecanismos disciplinares, considerados atribuições da enfermeira-chefe, podemos citar a escala mensal. Para Massarollo (1990) a escala mensal é a distribuição dos elementos da equipe de enfermagem de uma unidade, durante todos os dias do mês, segundo os turnos de trabalho (manhã, tarde ou noite) e é uma atividade privativa do enfermeiro, em especial aquele que ocupa cargo de chefia ou gerência da unidade. Percebe-se pelas falas que essa atividade é mantida com muito zelo e nenhuma das entrevistadas a delega (repassa) a outro membro. Inclusive preferem fazê-la em casa a delegar, isso demonstra o grau de importância dada a esta função. Dentre os fatores para tal importância, o principal é o controle de pessoal e o subsequente prestígio conferido por esta atividade, tanto pelas enfermeiras-chefes como pelo pessoal administrado. Em seguida apontamos também a responsabilidade que esse instrumento de organização tem no andamento do serviço.

Afinal, como existem diversos turnos e preferências por essa ou outra jornada de trabalho, em razão dos compromissos pessoais ou profissionais, a escala mensal é um dos instrumentos mais fortes de controle nessa instituição. Embora exista uma queixa generalizada contra o excesso de atividades, por parte das entrevistadas, em especial

sobre as atividades assistenciais que exercem, isso se deve, em parte, à centralização de determinadas atividades ditas burocráticas que as entrevistadas parecem relutar em delegar aos outros enfermeiros e membros da equipe.

Massarollo (1990) cita, entretanto, que o enfermeiro pode delegar essa função desde que supervisione a confecção da mesma. A mesma autora sugere que o processo de humanização dos serviços passaria pela participação de todos os membros na elaboração da escala, o que não acontece no estudo em questão, a não ser pela observação das preferências que são anotadas em caderno próprio para isto, mas que sofrerão a influência das necessidades de cada unidade. Ressaltamos que essa questão da humanização do controle da escala também não deve se limitar a seguir preferências ou permitir a confecção conjunta, mas essa discussão deve abranger aspectos educativos, políticos e ético-legais que extrapolem o mero ato técnico da confecção desse instrumento.

Dentre os fatores que influenciam ou dificultam a confecção de escala mensal estão o número reduzido de pessoal e a dinâmica de cada unidade, pois, geralmente as unidades possuem alta rotatividade na ocupação dos leitos. Outro fator importante, diz respeito às licenças trabalhistas previstas na Lei 8.112 - que rege a atividade do servidor público - como a licença especial (antiga licença-prêmio por assiduidade) de três meses, consecutivos ou não, conferida a cada cinco anos de trabalho assíduo. Temos a licença gestante, essa de grande importância, pois o universo de trabalhadores de enfermagem é predominantemente feminino. Há a licença nojo ou licença falecimento, conferida por oito dias em caso de morte de ascendente ou descendente do servidor público.

Reportando novamente à Massarollo, veremos que a elaboração de escala diária objetiva distribuir as atividades de enfermagem, diariamente, de maneira equitativa, entre os elementos da equipe de enfermagem, com o intuito de a assistência de enfermagem ser prestada de maneira a evitar sobrecarga para alguns funcionários e ociosidade para outros.

Nesta investigação, os métodos de distribuição de tarefas mais citados foram o método funcional e o método integral, sendo este último considerado por muitas das entrevistadas como o mais produtivo. O método integral é aquele que consiste em atribuir a um funcionário de enfermagem, o atendimento integral de todas as necessidades de um ou mais pacientes.

Em contraposição, outra entrevistada refere utilizar-se do método funcional pelo mesmo motivo e alega que se utilizasse o outro método, as atividades de enfermagem

não seriam totalmente realizadas em função do baixo número de funcionários, o que faz sentido, pois o método funcional, que se baseia na distribuição do atendimento de acordo com as tarefas por categorias de enfermagem, tem como ponto favorável o incremento da produtividade. Mas, em compensação, favorece fortemente a fragmentação do cuidado e o desinteresse dos trabalhadores pelo trabalho. É interessante que as enfermeiras-gerentes ao escolherem um ou outro método de prestação de cuidado, considerem apenas a questão da produtividade e o encaminhamento do serviço, sem demonstrarem preocupação com a questão da humanização e da qualidade de vida tanto do cliente quanto do trabalhador, advindas com a escolha de um ou outro método.

Campos (1996) e Pires (1997), dentre outros estudiosos, ressaltam que o parcelamento do cuidado em saúde gera a perda de contato com o objeto de trabalho assistencial, que por sua vez gera sobrecarga, estresse e sofrimento do trabalhador por não conseguir contemplar o resultado final e integral de sua obra. Não se percebeu no presente estudo, preocupação neste sentido por parte das enfermeiras-gerentes, o que parece sinalizar que o enfoque de suas atividades está apenas no fazer mecânico e na produção em larga escala e em série. Essa focalização também é fruto da grande demanda do hospital e da política institucional por resultados e estatísticas que comprovem a realização de procedimentos, principalmente os que são realizados pelos profissionais médicos.

Outra questão, que se depreende destes achados, é a pouca preocupação ou atenção das enfermeiras-gerentes com a questão da qualidade de vida do trabalhador. Minimel (2007), em estudo sobre a promoção da qualidade de vida dos trabalhadores de enfermagem, mostra que há processos construtivos e destrutivos que permeiam dialeticamente o processo de trabalho de enfermagem e saúde. A autora também chega à conclusão de que inexistem iniciativas ou intervenções por parte dos gerentes ou supervisores de enfermagem, voltadas para a qualidade de vida do trabalhador, ou que no mínimo estas iniciativas são tímidas diante do contínuo desgaste a que estão submetidos os trabalhadores de enfermagem.

A gestão de recursos materiais foi, a seguir, uma das atividades mais enfatizadas e que, segundo Castilho & Gonçalves (2007), tem sido uma das maiores preocupações nas organizações de saúde, tanto públicas como privadas. A preocupação com o reparo de equipamentos e maquinários aparece entre as atividades mais solicitadas, evidenciada pela presença marcante nos relatos, ressaltando a colocação de Pires (1997)

e Merhy acerca da reestruturação produtiva produzida pela crescente inserção de tecnologia no processo de trabalho de saúde hospitalar. Merhy (2002) aponta que ocorre uma intensa modificação dos saberes e práticas que são necessários para a inserção desse arsenal tecnológico na produção de cuidados, fato que se introduz com certa constância na fala das entrevistadas.

A restrição dos recursos orçamentários é a principal causa dessa preocupação com a administração de materiais nessas instituições e o enfermeiro-gerente de unidade tem um papel fundamental no que diz respeito aos diferentes aspectos desse gerenciamento, como a determinação do quantitativo e qualidade do material necessário para a realização da assistência. No presente estudo, embora sejam responsáveis pela requisição de conserto de materiais permanentes como camas, armários, ventilador mecânico, incubadoras e outros, as enfermeiras costumam delegar as funções de pedido, controle e armazenamento dos materiais de uso contínuo como medicamentos, gases, esparadrapos, dentre outros mais. Dessa forma realizam a supervisão desta atividade. Mas, o que mais chama a atenção, é a preocupação com a manutenção de equipamentos, pois segundo uma delas: “[...] *Todos manuseiam, mas poucos cuidam.*” EG11. Referindo-se ao descaso dos profissionais com o uso de materiais cuja causa seria: “*Porque é assim... uns gostam de cuidar e outros não e enquanto no trabalho ele tomar consciência ele vai ter um material com melhores condições de trabalho.*” EG11.

Uma questão que ajuda a iluminar essa preocupação é que às enfermeiras-gerentes e aos chefes médicos de unidade é imputada à responsabilidade pelo zelo patrimonial, sendo que quando recebem algum equipamento assinam documentação se comprometendo a mantê-los íntegros. Uma das entrevistadas relata que tal situação os demais membros da equipe não vivenciam e, por essa razão, não se sentem responsabilizados pelo material, e apenas os operam mecanicamente, sem os cuidados e o zelo necessários. Em seguida, continua relatando que esse tipo de comportamento difere dentro de organizações públicas e privadas (onde também já foi gerente), pois dentro das últimas existiriam cobrança e pressão por meio da auditoria e nas organizações públicas, além de não existir o mesmo rigor, há uma grande desmotivação dos trabalhadores para o cumprimento de normas e rotinas, referindo que a estabilidade no cargo público seria um dos determinantes desse descaso com o uso de materiais.

Percebe-se uma contradição nas idéias expostas, por essa e outras enfermeiras, quando falam das dificuldades do gerenciamento de materiais, mais especificamente em relação à dificuldade da equipe de enfermagem para lidar com equipamentos. Porém,

contraditoriamente não relacionam estas dificuldades com o processo da educação permanente e nem com outros determinantes que estariam na raiz dessa situação, preferindo atribuir isso apenas aos fatores individuais ou institucionais, como “falta de vontade”, perfil inapropriado e o fato de estarem em um serviço público. Embora seja um determinante importante no estabelecimento desse quadro, a estabilidade do servidor, mesmo que possa gerar acomodação e desmotivação, não é o único fator a influir nessa situação.

Entrevê-se nesta relação com o gerenciamento de materiais e equipamentos hospitalares que as enfermeiras-gerentes não percebem criticamente o duplo jogo a que estão submetidas, pois de um lado existe a cobrança da instituição sobre o manuseio e conservação dos recursos físicos. Mas, de outro lado, não lhes é dada autonomia ou poderes para intervir resolutivamente nos determinantes das condições precárias que relatam: “[...] *me sinto impotente porque estou gerenciando e não posso fazer nada, mas é uma posição difícil*”. Ou seja, existe uma transferência de responsabilidades sem que haja uma contrapartida, o que as onera psiquicamente trazendo insatisfação crescente.

Esta falta de autonomia também é reflexo da situação da realidade dos hospitais da rede pública, pois os mesmos são subordinados centralmente à secretaria de saúde. Seria necessária a descentralização administrativa e política para maior respaldo na resolução dos próprios problemas.

Mota (1998) faz colocações pertinentes a estes achados quando esclarece que as gerências técnicas possuem nenhum ou pouco poder de decisão devido ao distanciamento entre os órgãos que administram os recursos financeiros e as áreas responsáveis pelas atividades-fim. Assim, é perceptível que as gerentes de enfermagem não possuem grande poder de interferência nos processos decisórios de distribuição de recursos orçamentários. Ferraz (1995) continua essa análise discutindo, que apesar da pouca participação nos campos deste poder decisório quanto à administração da logística e arsenal hospitalar, a Enfermagem desempenha papel fundamental para a instituição mediante suas propaladas características de seriedade e responsabilidade, o que muito bem tem servido aos vários interesses da instituição quanto a manutenção da racionalidade do sistema hospitalar.

Estes dados preliminares mostram que o modelo de gerenciamento adotado pelas entrevistadas está pautado pela influência das escolas científicas e clássicas de administração. Dentre as influências da teoria científica, criada por Taylor, encontra-se

a ênfase nos aspectos produtivos através da divisão do trabalho e a conseqüente especialização. Da teoria clássica notam-se características como a excessiva hierarquização, a rotinização das tarefas e a desconsideração quanto aos aspectos interpessoais (Kurcgant, 1990a).

Nota-se que ao organizarem o pólo administrativo de sua prática, as entrevistadas seguem, mesmo sem perceber, uma organização pautada pela predominância das funções administrativas oriundas da teoria clássica de administração, criada por Fayol. As funções administrativas seriam a *previsão, organização, comandar, coordenar e controlar*.

Poucas entrevistadas referiram atividades gerenciais de cunho mais abrangente o que remete ao exposto por Mishima (1997), Felli & Peduzii (*opp cit*), quando propõem ser a tarefa gerencial de enfermagem uma atividade multidimensional, com dimensão técnica, comunicativa e política. Porém, o que se percebe neste estudo, a partir do conjunto das falas dos sujeitos, é o amplo predomínio da dimensão técnica sobre as demais dimensões, o que torna ainda mais restrito o perfil desta função e de seus trabalhadores, pois os aspectos relativos a ações e representações políticas e de cidadania, em nenhum momento foram citados ou relacionados.

A dimensão técnica, segundo Mishima *et al*, é o conjunto de instrumentos, conhecimentos e habilidades necessários para se obter determinados objetivos de um projeto, tais como planejamento, coordenação, controle, supervisão e avaliação, bem como outros saberes oriundos de outras disciplinas como a epidemiologia, a antropologia e a sociologia, dentre outras.

Novamente Azzolin (2007) remete a esta questão referindo, em sua investigação, a predominância do gerenciamento instrumental ou técnico pautado pelo controle de pessoal, sem uma preocupação ou desenvolvimento de outras dimensões desse processo. Na presente investigação, apenas num dos depoimentos das enfermeiras-gerentes houve referências a tal dimensão, mas que se deve também ao contexto em que assumiu a gerência do seu setor. Percebemos a ausência da dimensão política e de desenvolvimento e uma incipiente presença da dimensão comunicativa do processo gerencial de enfermagem. Estes dados parecem corroborar os resultados de Azzolin quanto à preponderância do caráter instrumental do gerenciamento.

Os dados corroboram também os achados de Spagnol (2005) que concluiu que os enfermeiros ainda utilizam métodos e estratégias tradicionais de gestão, influenciados pelos modelos hegemônicos de administração, utilizando-se

fundamentalmente da supervisão com ênfase na função gerencial de controle. Tal modelo de gerenciamento, enfatiza Spagnol (2005), dificulta a adoção de modelos participativos na prática gerencial, conduzindo a um trabalho mecanizado e à precarização dos vínculos entre usuários e profissionais.

Para Merhy (1997; 2002), o trabalho vivo em ato pode ser capturado pelo trabalho morto, ou seja, pelo conjunto de tecnologias - ou saber-fazer - leve-duras ou duras, aqui no caso representado pelos aspectos técnicos, normativos e administrativos que, a exemplo de um campo gravitacional de extrema densidade, parece possuir irresistível atração sobre as demais atividades que por serem leves – ou fundadas na dimensão dialógica - acabam por perderem sua importância. Evidente que entra nesse processo uma série de fatores imbricados, desde a formação e capacitação permanente dos profissionais até as relações subjetivas, passando pelas relações de cultura e poder das organizações até a inserção deste trabalhador num sistema de produção pautado pela hegemonia do capital e suas intrínsecas relações com a produção e tecnologia (Baumgarten, 2002).

Mas mesmo enquanto prática em que predomina a dimensão técnica ou instrumental, esta ainda carece de um melhor uso e clarificação dos instrumentos de trabalho gerencial. O que sinaliza na direção de uma fragilidade da qualidade formal deste processo. A qualidade formal, conforme visão proposta por Demo (1995, 2001), está dialeticamente relacionada à qualidade política dos sujeitos. Como exemplo desta problemática, podemos citar a prática incipiente do planejamento na maioria das entrevistadas.

Assim se verifica que ao não elaborarem projetos de intervenção críticos e marcados pelo exercício da autonomia os enfermeiros-gerentes se tornam grupos assujeitados em que se “dobram” frente às determinações hierárquicas superiores, mesmo como Lunardi Filho *et al* (2001) ressaltam, controlando os demais membros da equipe de enfermagem, o que mostra o poder que possuem dentro da instituição.

4.3 - As condições materiais e técnicas do trabalho e o processo gerencial de enfermagem

Nesta categoria emergiram os significados e percepções das enfermeiras referentes às condições humanas, técnicas e materiais do processo gerencial de enfermagem. Felli e Peduzzi (2005) aponta que o processo gerencial de enfermagem tem como um dos seus objetos de trabalho a organização da assistência com a finalidade de favorecer o processo de cuidar, seja em nível individual ou coletivo e essa organização está em íntima e indissociável ligação com o quantitativo de profissionais, com as condições das instalações físicas e com os materiais e equipamentos de saúde que são disponibilizados pela instituição.

Entre as gerentes de enfermagem entrevistadas foi amplamente consensual que as condições de trabalho que compartilham e vivenciam são precárias, devido a inúmeras dificuldades. Dentre estas dificuldades, encontra-se a deficiência do quantitativo de pessoal de enfermagem, visto que se trata de hospital com grande complexidade assistencial. Conforme já explicitado anteriormente na descrição do local da pesquisa, o Hospital Regional do Gama (HRG) é um hospital de grande porte, 600 leitos. Desta feita, é importante destacar, ainda, a alta demanda produzida pelo fluxo de pacientes, provenientes de outras cidades-satélites e do entorno do Distrito Federal e outras localidades - com complexidade assistencial crescente.

Há muito tempo se percebe a deficiência do número de pessoal de enfermagem, sobretudo para qualificar a assistência de enfermagem. Os dados de um relatório institucional oriundo de estudo empírico, realizado em 2007, pelo autor e outros enfermeiros da instituição, cujo objetivo era atender a uma solicitação do Conselho Regional de Enfermagem do Distrito Federal (COREN/DF), confirmam ocorrência de grande déficit, principalmente de enfermeiros em diversos setores do hospital (Referenciar o relatório citado). Observou-se também que o número de trabalhadores de enfermagem de nível técnico também estava reduzido, contudo estava mais próximo do previsto, segundo a metodologia preconizada pela Resolução 293 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Estes dados permitem inferir que grande parcela dos cuidados diretos é realizada pelos trabalhadores de enfermagem de nível técnico, sob a supervisão da enfermeira.

O dimensionamento de pessoal que atende as necessidades do serviço, segundo Gaidzinsk (1991), é um fator decisivo para a qualidade da assistência prestada ao cliente. Na realidade brasileira, não só no Sistema Único de Saúde (SUS) como nos serviços complementares de saúde, há investimentos escassos e que, não somente por isto, tende a reduzir as contratações de funcionários, principalmente quando se trata da

equipe de enfermagem por constituir a maior parte dos profissionais responsáveis pela prestação da assistência em saúde.

Almeida, Rocha (1994) e Hausman (2006), ressaltam que devido ao número historicamente reduzido de profissionais de nível superior, fica nítido que as organizações de saúde esperam dos enfermeiros que executem apenas ações de cunho burocrático e de controle sobre a equipe de enfermagem. Isso tudo reforça, ainda, a precariedade da política de gestão de trabalho da instituição e do Sistema Único de Saúde (SUS).

Além do reduzido número de trabalhadores de enfermagem, as enfermeiras-gerentes também enfrentam diversos problemas relacionados a gerenciamento de recursos materiais. A seguinte fala retrata as deficiências enfrentadas quanto a equipamentos: *“A falta de material... essas incubadoras que vão para o departamento técnico e não voltam. Os bicos de oxigênio estamos sempre a pedir[...].” EG9*

Neste outro depoimento fica claro que também encontram dificuldades no que se refere não só a quantidade, mas também à qualidade dos materiais: “[...]Então a gente reclama mesmo dos materiais, que não estão dentro dos padrões; é equipo que pinga, é equipo que vaza...[...] EG4

Outro aspecto bastante citado se refere à deterioração das condições físicas e ambientais, resultado da falta de investimento em reformas:

“E o mais importante existe falta de material e de um espaço físico adequado, porque tem quatro anos sem fazer reforma. Por exemplo: olha esse piso, o mofo, as lâmpadas queimadas, sem chuveiros com água quente e aí vai, não é por causa de pedido, porque eu mando direto...” EG12

Outro fator que contribui para aumentar o desgaste e a sensação de impotência das entrevistadas é a burocracia que se verifica principalmente ao solicitarem conserto de equipamentos. Mas este desgaste parece se multiplicar e, em razão das outras dificuldades próprias da complexidade da assistência em saúde e também ao fato de serem equipamentos e materiais que, além de serem essenciais para a sobrevivência da clientela, não permitem a possibilidade de substituição.

Outros depoimentos demonstram a preocupação dos gerentes sobre o reflexo destas condições precárias na qualidade da assistência prestada aos pacientes. O fato de os pacientes serem atendidos em tais condições, também é visto como um fator que gera mais sofrimento e desgaste psíquico. Entretanto, em nenhum depoimento vieram à tona as questões éticas referentes a esta situação. É notório e sabido que, segundo a Lei do

Exercício Profissional e o Código de Ética dos profissionais de enfermagem, é dever do profissional lutar por melhorias das condições, bem como recusar-se a trabalhar, exceto em caso de emergências, quando as condições de trabalho não satisfizerem aos parâmetros mínimos de qualidade.

“Essa é uma questão cruel. É muito difícil, pois para darmos uma boa assistência teríamos que ter uma quantidade “x” de pacientes para atendimento e trabalhamos com o dobro. Os médicos determinam a internação, porque quando o paciente procura a unidade eles não podem ser devolvidos, então vemos pacientes deitados em macas, pois não tem cama disponível. Esses dias fizemos um levantamento de macas e camas quebradas e olhamos leito a leito, e me assustei com a quantidade de pacientes internados em cima de macas, totalmente sem conforto.”EG1

Apontando resultados semelhantes nos trabalhos de Leopardi *et al* (1989) e Castellanos *et al* (1989), Lunardi Filho & Mazzilli (1996) observa-se que a deterioração das condições de trabalho associadas à insuficiência de materiais e da gestão do trabalho tem promovido o aumento do desgaste físico e psíquico levando ao padecimento físico. Percebe-se também pela relativa antiguidade dos trabalhos supra-citados, que esta é uma questão sempre presente no contexto das práticas e instituições de saúde.

Lunardi Filho & Mazzilli (1996) trabalhando com referenciais da obra de Dejours alertam para o fato de que essa precarização das condições de trabalho por não serem reconhecidas ou compartilhadas pelas instâncias gerenciais ou outros profissionais – médicos, por exemplo - acabam sendo imputadas aos agentes que executam as ações, que acabam sendo deplorados pela sua falta de formação ou por meio de emissão de julgamentos de valor moral. Tais observações são reforçadas mediante ao conjunto dos dados obtidos neste estudo e pela vivência nesta instituição.

Tal deficiência e precariedade, tanto de recursos materiais quanto humanos, produz uma situação de duplo efeito: sobre os profissionais e os usuários do serviço. Deslandes *et al* (2002) em trabalho sobre a vida dos policiais, relata e exemplifica que a precariedade e a penosidade das condições de trabalho vivenciadas pelos trabalhadores, produz o que na psicopatologia e psicodinâmica do trabalho é conhecido como *sofrimento no trabalho*, capaz de levar ao desequilíbrio e a ruptura psíquica. O seguinte relato exemplifica essa situação:

“É muito difícil essa fase, principalmente na minha área, nós trabalhamos com recursos humanos mínimos – é a nossa realidade atual – e os instrumentos muito defasados. Nós temos que solicitar

reparos quase que constantes nos aparelhos. O aspirador não está funcionando e com o mínimo de funcionários, o dia-a-dia não é fácil. Muitos equipamentos antigos, estragados, vão para o reparo, voltam e passam mais três dias estragados novamente. Nós trabalhamos com uma realidade bem sofrida.”EG1

Dejours (2001) criador e introdutor dos estudos da psicodinâmica do trabalho analisa o sofrimento psíquico como originário principalmente da forma de organização do trabalho e mostra que o sofrimento a princípio gera inúmeras formas de defesa, dentre elas a protetora, a seguir a defesa adaptativa e por fim a defesa explorada. Dejours observa, ainda, que os indivíduos mais explorados portariam uma situação difícil para conseguirem elaborar, mental e politicamente estratégias de enfrentamento ou projetos de mudança de tais formas alienantes de trabalho. Abordando o tema encetado nesta investigação, diríamos que nos moldes da proposta de Dejours, a função da gerência de enfermagem é transformar a organização do trabalho, tornando-a mais “leve” em que a qualidade de vida, enquanto prática multidimensional, seja uma tônica sempre presente.

Os relatos mostram algumas estratégias coletivas de enfrentamento contra esta situação de penosidade e precariedade no ambiente de trabalho. A mais citada delas é representada pela expressão conhecida como “improviso”. Segundo Ferreira (1999) esse termo se refere a um produto intelectual inspirado na ocasião e feito de repente, sem preparo.

Esta expressão remete, portanto, à criatividade das gerentes e dos outros componentes da equipe que, diante da falta de recursos técnicos e humanos, conseguem contornar tais dificuldades. Assim - e somente assim - nota-se pelo conjunto das falas, é possível enfrentar e resolver este quadro crônico de precariedade de recursos. Desta forma, colocam: *“A gente procura improvisar. É tudo na base do improviso, tirando de lá e colocando ali. Na base dos funcionários eu tiro um dia e dou folga outro dia, fazendo remanejamento.”*(EG7) sintetiza uma das enfermeiras gerentes. Esse depoimento mostra o instituído, pois essa prática, a exemplo de muitas outras, reiteram as condições às quais estão submetidos os trabalhadores de enfermagem e saúde. Nota-se, também, nesse excerto a ação micropolítica conforme colocado por Merhy (1997) em que este autor ressalta que muitas decisões dos trabalhadores de saúde se dão em espaços intercessores de autonomia e cumplicidade com as instituições e políticas públicas de saúde.

Silva e Massarolo, citadas por Felli e Tronchin (2005), coadunam-se com as idéias de Dejours referindo que a qualidade de vida dos trabalhadores de enfermagem depende do modo como o trabalho se organiza e é operado; e de como esses trabalhadores se articulam e se organizam para elaborarem estratégias de enfrentamento. No presente estudo, percebe-se que as estratégias citadas não tem promovido mudanças radicais ou significativas na organização do trabalho, o que contribui para a perpetuação e reprodução das precárias condições de trabalho.

Também nota-se a ênfase e a crença dada aos procedimentos burocráticos, como instrumentos de apoio legal e justificatório para resolução desses problemas recorrentes e que podem ser exemplificados por expressões como “foi solicitado o pedido” ou “fiz o memorando”. Enquanto que a mobilização política organizada não se faz presente na concepção que fazem de seu trabalho, talvez influenciadas pela noção de que embora lidem com dificuldades originadas por uma política de saúde ainda pautada pelo desrespeito aos cidadãos e trabalhadores de saúde, percebem que a permanência das enfermeiras-gerentes no cargo que ocupam está condicionada a um mínimo de aceitação ou conivência com as políticas e suas relações vigentes.

Mishima (1995) reporta-se a esse aspecto da gerência, ao afirmar que a mesma é tradutora e mediadora das políticas de saúde. No entanto, arremata a citada autora, é fundamental que a gerência detenha autonomia no seu exercício cotidiano a fim de que possa manejar o poder de decisão, de ampliar seu trabalho para além do interno da unidade de saúde. O reverso dessas proposições é evidente numa fala em que quando questionada a respeito do papel da enfermagem na instituição, uma enfermeira respondeu que “*Não sei te responder isso...*” EG6 ou mesmo quando instadas a responder sobre a instituição relatam ser a mesma, uma organização que “*luta com vários problemas provenientes da falta de recursos.*”EG6. Enquanto que sua expressão facial era a de quem, embora soubesse, evidentemente não queria comprometer-se com uma resposta mais profunda, mas denunciava corporalmente esse conflito em que mesmo não concordando com as deficiências da instituição, não ousava romper diretamente com essa situação.

Wanderlei (2005) também colabora para iluminar este conflito ao dizer de forma semelhante, ser a gerência uma ferramenta importante não apenas para transformar, mas para legitimar e reproduzir situações dadas. Kawata (2007) corrobora os dados desse estudo ao colocar que o poder político ainda é muito incipiente e as contradições são marcas indeléveis no processo de trabalho em saúde e em enfermagem.

Outra questão relevante é que os depoimentos, na sua totalidade, deixam entrever os sérios problemas administrativos pelos quais a instituição passa, no que se refere ao provimento de pessoal e materiais permanentes e de consumo, reflexo do avanço das políticas neoliberais que pregam uma atuação estatal mínima com prejuízo para a assistência social à população.

Embora existam por parte das gerentes de enfermagem limitações quanto a governança dessa situação, isto pode ser revertido ou amenizado com o reforço da participação em movimentos organizados e da participação política em Conselhos de Saúde tanto locais quanto em âmbito distrital.

4.4 – O trabalho em equipe como instrumento do processo gerencial de enfermagem

O trabalho gerencial em enfermagem, segundo Mishima *et al* (1999) é uma atividade meio pautada pela interação e articulação dos demais membros da equipe de saúde. Assim, nesta categoria, foram apreendidos os aspectos referentes às relações de trabalho da equipe de saúde.

Falaremos inicialmente sobre a equipe de enfermagem e depois sobre o relacionamento com equipes médicas, que dada a organização do trabalho em saúde, estão constantemente se interagindo.

No entanto, é importante ressaltar que outros profissionais de saúde como nutricionistas, assistentes sociais e fisioterapeutas, estão presentes na instituição, mas possuem pouca interação com o trabalho das equipes de enfermagem e médica. Dentre estes profissionais destacaremos o trabalho dos nutricionistas que têm como principal atribuição providenciar e adequar a dieta prescrita pela equipe médica, fazendo para isto, visitas leito-a-leito, conferindo os prontuários dos pacientes e, esporadicamente, consultando a equipe de enfermagem sobre alguma particularidade presente nas prescrições médicas e no estado de saúde dos pacientes. Os demais profissionais (assistente social e fisioterapeuta) comparecem a unidade somente quando são chamados.

Algumas entrevistadas manifestam ainda que são as responsáveis por “fazerem o serviço andar”, solucionam os entraves e são o “elo” entre os diversos agentes de trabalho em saúde.

Verificou-se que, o trabalho de gerenciamento em enfermagem nesta instituição centra-se na produção de procedimentos de enfermagem e, principalmente, de apoio ao trabalho médico. Os enfermeiros, geralmente, até pelo número reduzido, assumem a coordenação do trabalho da equipe de enfermagem, da organização da unidade e da assistência, conforme descrito na análise do processo de trabalho gerencial.

Cabe lembrar que no cotidiano as enfermeiras gerentes são absorvidas, prioritariamente, pelo solucionamento de entraves, como falta de materiais e equipamentos. Também buscam contornar os conflitos que surgem na equipe de saúde, e responsabilizam-se, na maioria das vezes, por fazer o serviço prosseguir a despeito de inúmeros problemas conforme já descrito na categoria de condições técnicas e materiais do processo de trabalho gerencial de enfermagem.

Ernel & Frácolli (2003) observam que, embora as enfermeiras realizem a prática gerencial dos serviços de saúde através da organização e sistematização de rotinas, falta a elas uma visão transformadora, pois através deste processo de trabalho, elas podem introduzir instrumentos inovadores que reorganizem o cuidado e a divisão social do trabalho e, acrescentar formas de organização menos alienantes capazes, como propõe Campos (1997; 2001), de suscitar interesse e desejo pelo trabalho.

Contudo, o conjunto das falas das enfermeiras demonstra profunda descrença quanto às possibilidades de que os membros da equipe de enfermagem e saúde possam realmente desejar ou efetuar as mudanças que julgam necessárias. *“Faltam servidores, não há compromisso do servidor com a instituição. É aí que o chefe é tido como chato ou carrasco, então muitas coisas você tem que bater de frente com o servidor, tanto como chefe da equipe médica, como da enfermagem.”EG3.*

No que tange a interação dentro da equipe de enfermagem, a maior parte das enfermeiras-gerentes refere dificuldades em se trabalhar com a equipe de enfermagem, que é vista como “difícil” de trabalhar, pois não aceita ou impõe restrições para acatar mudanças, bem como não reconhece os benefícios decorrentes delas. Uma depoente relata que embora busquem superar as dificuldades no ambiente de trabalho sofrem com a falta de apoio e entendimento por parte da equipe de enfermagem: “[...] a insatisfação do funcionário e a falta de reconhecimento de funcionário “mal agradecido” é muito desgastante.”EG11.

Peduzzi e Anselmi (2001) advertem que a divisão rígida do trabalho e a polaridade técnica estabelecida entre os agentes de enfermagem, legitima as desigualdades no cotidiano do trabalho. Complementamos dizendo que as relações

desiguais estabelecidas dentro da equipe de enfermagem proporcionam parte das condições que propiciam muitas das dificuldades de relacionamento interpessoal relatadas pelos sujeitos.

Ao se depararem com tais questões de interação, em que se ressaltam mais resistências do que aceitação, muitas enfermeiras elaboram e adotam estratégias de enfrentamento em que predominam os padrões autoritários de gerenciamento, resultado de um endurecimento que parece reativo produzido pelas situações de trabalho vivenciadas.

Uma entrevistada ressalta este ponto de vista bastante consentâneo entre as demais:

“[...]teve uma época aqui na sala que eu deixei a rédea solta e de repente eu não estava no comando, foi o maior erro que eu cometi na minha vida. Você tem que ter o controle da situação, porque o pessoal da enfermagem não gosta de enfermeiro que não gerencia, que não tem pulso.”EG2

Nota-se nessa fala a importância dada ao controle e rigidez na forma de gerenciar. “Ter pulso” é uma expressão que significa, segundo Ferreira (1999), ser enérgico, autoritário e poderoso, evidenciando que, para uma parte significativa das entrevistadas, o modelo de gerenciamento o qual as fazem se sentir mais seguras é o modelo mais tradicional de liderança, que se pauta pela rigidez, pela centralização das decisões, cujo principal benefício está no aumento da produtividade. Sua desvantagem, em contrapartida, está na baixa qualidade que produz. Tal situação pode ser demonstrada pelo seguinte excerto:

“[...]por exemplo: eu tirei 5 dias de folga, quando cheguei tinha cama para arrumar, eu sou insubstituível? Então porque não resolveram esse problema? Tiveram que esperar eu chegar pra resolver, porque eles sabem que eu busco a solução.EG11”

Outra enfermeira também justifica tal forma de gerenciamento como uma maneira de mostrar à equipe que ela “[...] não passa a mão na cabeça dos funcionários”.EG10. E que isso a tornaria respeitada pelos demais membros da equipe, pois: “[...] é justa. EG10. Fica patente nessa fala - e que também é encontrada noutras entrevistas - uma questão fundamental referente à forma como as entrevistadas percebem seus subordinados. A exemplo, cite-se aquele homem-tipo da Teoria X,

proposto por McGregor (um estudioso da teoria comportamentalista) que se caracteriza como indolente, preguiçoso, sem ambição, egocêntrico, resistente às mudanças, carente de segurança e incapaz de auto-controle e disciplina. Neste sentido, é interessante observar esse depoimento que é ilustrador dessa questão: “*O servidor está mal acostumado, porque ele só escuta aquilo que interessa para ele.*” EG3.

Em resposta aos pressupostos da teoria X, os gerentes e supervisores adotariam um estilo pautado pela inflexibilidade, autoritarismo e rigidez dos processos de controle. (Kurcgant, 1990b).

Tanto Kurcgant (1990b) quanto Cecílio (1994) mostram que o estilo de gerenciamento, da maioria dos gerentes de enfermagem e gestores em saúde, pauta-se nas Teorias Clássica, Científica e Burocrática sobre as organizações de saúde. Uma das conseqüências é a criação de um grupo imaturo e dependente, o que pode ser evidenciado no seguinte depoimento:

“Eu sempre oriento os técnicos, porque se não ficamos em cima eles não têm nenhuma responsabilidade com o setor. Eles têm mais de um emprego e acham que aqui é um bico, chegam aqui cansados. Eu estou sempre presente chamando a atenção do pessoal que não é fácil, principalmente esses auxiliares antigos que são topetudos. Já bati de frente com eles muitas vezes.”EG6

Concordante com esses pressupostos, outra entrevistada coloca que a importância do servidor está na capacidade dele de produzir cada vez mais e com qualidade: “*Preciso de servidores conscientes para o trabalho render mais e para o trabalho ser de boa qualidade.*”EG3. É claro que a adoção desses modelos está em consonância com o modelo empregado pelos níveis superiores da instituição.

A avaliação da equipe de enfermagem é uma das atividades exercidas pelo enfermeiro-gerente nessa instituição para aumentar a produtividade da instituição. Este processo é realizado semestralmente quando do estágio probatório e anualmente quando o funcionário passa por esse processo e atinge a estabilidade ao fim de três anos. A forma de avaliação é operacionalizada através de um instrumento único para todos os serviços do hospital. A maioria das enfermeiras referiu-se a este instrumento como tendo este um caráter de *controle de pessoal* ao referir a esta atividade por critérios de **assiduidade, pontualidade e permanência no setor**. Uma entrevistada relata que este instrumento deveria ser modificado para que “*o servidor não fique solto...*” EG7. Esta fala exemplifica a concepção da maioria das gerentes do instrumento avaliativo enquanto método de controle e poder.

A avaliação, percebida como instrumento ou momento educativo, não emergiu nos depoimentos, à exceção de uma entrevistada que relatou melhorias na dinâmica da unidade a partir do momento, em que após assumir o cargo, passou a fazer uma avaliação personalizada e dialogada. Subentende-se que, anteriormente, a avaliação era realizada apenas pela enfermeira-chefe cabendo aos demais funcionários apenas lerem e assinarem o instrumento de sua avaliação. Fica nítido a visão autoritária e deseducativa que ainda permeia esse processo.

Peres *et al* (2005) conceitua a avaliação de desempenho como processo dinâmico de mensuração individual da qualidade do desempenho profissional de acordo com critérios pré-definidos. Deverá ser considerado o instrumento um meio e não um fim em si mesmo, fato que não é constatado neste estudo. Dentre algumas razões para que isso ocorra está na própria cultura e clima organizacional, na pouca experiência com as novas formas da avaliação e num padrão historicamente marcado pelo autoritarismo.

Segundo Gonçalves, citado por Peres *et al* (*opp cit*), a finalidade da avaliação seria promover o crescimento do avaliado e do avaliador, complementaríamos utilizando as proposições de Campos (1997) que este instrumento - bem como os demais - deve ser remodelado de forma a produzir sujeitos sociais autônomos e responsáveis pelo seu objeto de atuação, criando desta maneira, uma avaliação de pessoal a serviço de um propósito mais abrangente: o da noção compartilhada coletivamente de que devemos ser partícipes em processo ético-moral de defesa da vida e da saúde dos cidadãos e usuários do SUS.

Foram poucas as enfermarias que demonstram outra concepção acerca do comportamento da equipe de enfermagem, mais próximo à Teoria Y de McGregor, que se move numa visão oposta à Teoria X, em que o trabalhador é dinâmico, interessado em seu trabalho, como pode ser verificado no seguinte depoimento:

“Na verdade é assim: a equipe está muito unida, então a gente já vai vendo assim, a gente tem um livro de distribuição e neste livro tem a escala do pessoal da manhã, tarde e de noite. Ou seja, dificilmente o setor fica só ou desfalcado, mesmo que o número de pessoas esteja insuficiente sempre tem pessoas que cobrem o setor, eles mesmos vêem quando está assim e tomam iniciativas para realizar as mudanças necessárias.”EG1

Neste último depoimento percebe-se que a equipe de enfermagem busca agir proativamente não somente para resolver seus problemas, mas também na resolução dos

problemas da organização. Uma gerente reforça este aspecto ao relatar que “*se não fosse pela equipe não sei o que seria de mim com todas essas condições precárias...*” EG7, demonstrando que o trabalho em equipe é um instrumento importante para superação das dificuldades encontradas no cotidiano e que, como faz parte do âmbito das tecnologias leves propostas por Merhy (1994), deve e pode ser aperfeiçoada. Mas para o aproveitamento melhor da potência inerente ao trabalho em equipe, é uma das próprias enfermeiras entrevistadas que mostra uma das saídas, quando refere a necessidade de: “[...] *maior treinamento em cursos de psicologia e inter-relações pessoais para melhorar o trabalho.*” EG10 . Tais achados corroboram as orientações oriundas de inúmeros trabalhos, como Ferraz (1995), Ermel & Fracolli (*op cit*), que deve haver por parte dos enfermeiros-gerentes, uma busca por instrumentos gerenciais inovadores que permitam a subversão desta lógica tradicional.

Porém, tal situação demandaria, na explanação de Leoni (2002), um esforço por parte dos enfermeiros-gerentes, em buscar o autoconhecimento, aqui entendido como busca constante de auto-análise, para aperfeiçoar as relações grupais e de trabalho. E Manenti (2008) contribui também para o tema exposto ao averiguar que a capacidade de ouvir deve ser considerada uma competência gerencial fundamental para a resolução de conflitos dentro da equipe.

Gaidzinski *et al* corroboram a importância da relação entre a liderança e gerência, colocando que a liderança é um processo de contínua aprendizagem e ressaltam que esse desenvolvimento requer ambientes organizacionais onde os trabalhadores devem aprender a assumir riscos, sair de posições confortáveis e experimentar idéias e experiências. Nesse aprendizado contínuo de aprender a liderar, devem refletir e solicitar ativamente opiniões e idéias de outros sujeitos sem a pretensão de tudo saberem.

Em relação à interação e articulação com o trabalho do médico existe unanimidade entre as enfermeiras-gerentes ao afirmar que é um relacionamento, na maioria das vezes, marcado pela hierarquização e assimetria. O que acaba gerando dificuldades para integrar atividades das equipes médicas, de enfermagem e de outras categorias. Dessa forma a construção de um projeto assistencial comum parece ser uma meta distante.

“Não tem, eu já trabalhei em outros locais onde na assistência sentava fisioterapeuta, médicos e enfermeiros aí discutia sobre aquele paciente, aqui não existe. Cada uma na sua categoria.” EG9

As razões mais citadas, para explicar estas dificuldades de relacionamento, foram a alta rotatividade das equipes médicas e a crescente especialização que dá surgimento aos *saberes-poderes* que conforme visão de Carapinheiro (1993), acabam por comprometer a visão de conjunto necessária para o pleno atendimento das necessidades dos usuários. O depoimento abaixo ilustra a complexidade dessa interação:

“Olha tem o aspecto negativo e positivo, depende muito do profissional. Alguns são bem acessíveis às necessidades do setor, outros são mais ásperos para responder e se há necessidade de um parecer médico dentro do pronto-socorro, para quem já está internado, há uma grande dificuldade para pedir esse parecer. Você fala com um profissional e ele diz que “não é com ele”, por isso, às vezes, passamos o caso para a direção. Enquanto que outro profissional é bastante acessível e participativo. Há casos em que o profissional é bastante agressivo no jeito de falar. Lidamos com isso constantemente.EG1

Camargo Júnior Kr citado por Peduzzi (2007), também adverte sobre a necessidade imperiosa de se reconhecer que indivíduos ou categorias profissionais isolados são limitados para cuidar integralmente do amplo espectro de necessidades. Outro achado, que se depreende dos depoimentos, é que a qualidade do relacionamento dentro das equipes multiprofissionais é precária, baseada tão somente nas relações de trabalho que por sua vez são bastante assimétricas. Isso está sintetizado no seguinte depoimento: *“A equipe médica superior e a equipe de enfermagem de um modo geral subalterna, é como eu vejo.”EG7.*

Carapinheiro (1993), relata esta mesma forma de articulação tensa e conflituosa, em que de um lado, tem-se o saber-poder médico, que centraliza e domina as principais decisões referentes aos pacientes, e de outro os saberes-poderes periféricos da equipe de enfermagem, que busca uma trajetória que, se por um lado, procura a concretização das decisões oriundas do corpo médico, de outro lado, permite realizar a sua própria razão de ser. Acerca da preponderância do saber-poder médico, no presente estudo, vejamos este relato: *“Não existe comunicação geralmente e o médico que está de plantão é quem fala com a enfermeira...[,] Não na verdade não tem uma interação, as tomadas de decisões sempre são com eles, ou seja, com os próprios médicos.”EG7.*

Concordamos com as observações de Lima (1998), que referiu esta possível supremacia da autonomia médica a partir do ponto de vista dos sujeitos e das

observações efetuadas em campo. Contudo, adverte que tal autonomia, tem limitações originárias dos saberes e competências dos demais agentes e influências de relações sociais mais amplas. Neste sentido, uma das enfermeiras corrobora essa visão ao afirmar que “ [...] a equipe médica sempre confia muito em mim, delegando decisões referentes aos pacientes, porque sabem do meu trabalho.” EG11. Outra supervisora também reflete sobre essa relação ao colocar que: “tenho ótimo relacionamento com os médicos, porque conquistei meu espaço através do conhecimento e através da amizade e empatia.” EG12.

No entanto, mesmo nestas falas percebe-se uma autonomia tutelada ou autorizada pelo poder e saber médicos. Carapinheiro também observou essa forma de relação em seu estudo e, da mesma maneira, percebe que existe uma cumplicidade entre a enfermeira-chefe e a equipe médica. É por meio desta cumplicidade e prestígio que determinadas profissionais enfermeiras buscam êxito dentro da equipe de saúde, embora neste estudo apareçam alguns relatos referentes ao peso que o conhecimento e competência do enfermeiro têm na busca de sua autonomia profissional. Tal fato pode sinalizar na direção de uma via profícua, porém insuficiente ainda, para ensejar mudanças neste delineamento do contexto da gerência de enfermagem das unidades.

Em geral, tais colocações são agravadas pelo fato de todas as entrevistadas citarem não haver encontros ou reuniões interdisciplinares formais para planejamento e tomada de decisões referentes ao funcionamento das unidades e a forma de assistência prestada ao paciente. Os dados demonstram que na concepção destes agentes ou da Instituição, os momentos de interação não são considerados como momentos do trabalho, corroborando achados de Peduzzi (1998) que enfatiza que a alienação desta dimensão interativa do trabalho tende a fazer com que busquem a sua realização, enquanto sujeitos de expressão e ação, apenas no espectro da autonomia técnica.

Neste sentido, também concordamos com outras observações pertinentes feitas por Peduzzi (*opp cit*) que relata que toda essa situação de desigualdade entre os variados trabalhos e seus agentes acaba por produzir tensões e conflitos no trabalho em equipe multiprofissional. É interessante que, também, neste estudo observa-se que os próprios agentes reiteram e reproduzem a transformação da autoridade técnica em autoridade moral e social. Dificultando ou mesmo obstruindo as possibilidades de criação de um ambiente pautado pela interação e estabelecimento de um campo consensual em torno de planos e intervenções assistenciais marcados pela democracia e respeito mútuo.

Para lidar com tais dificuldades de interação profissional, as enfermeiras-chefes elaboraram algumas estratégias que se dividem em dois tipos básicos. O primeiro deles se caracteriza pela tática de não enfrentamento, abafando ou minimizando os conflitos dentro da equipe. O mesmo foi citado explicitamente por três sujeitos, e por outras duas enfermeiras de forma sub-reptícia. Na visão dessas enfermeiras os conflitos não devem ser explorados ou investigados de forma mais profunda, para que não surjam outros dissensos que ameacem o funcionamento da unidade e por sua vez a produtividade do setor. É evidente que também está em jogo a sua competência e a conseqüente permanência no cargo, pois se subentende que, na visão das instâncias superiores da instituição, suas deficiências técnicas podem ser toleradas, mas não suas capacidades de mobilizar e manter a coesão grupal em torno dos objetivos de sustentar a produção de cuidados de saúde, mesmo a instituição apresentando dificuldades para fornecer materiais e condições mínimas de trabalho.

O segundo tipo básico de estratégia não é tão diferente do primeiro. Poder-se-ia falar até de uma variação do tipo inicial. Tal tipo é caracterizado pelo relato de que para conseguir gerenciar a equipe e os recursos materiais, a enfermeira deve “ter jogo de cintura” que pode ser definido como ter flexibilidade e adaptabilidade frente não só as adversidades materiais, mas também, quanto às dificuldades de relacionamento multiprofissional. Tal forma de lidar com o relacionamento e os conflitos que grassam na equipe requer o desenvolvimento de múltiplos papéis sendo “[...] amiga, líder, chefe.” EG11. Percebemos que essa multiplicidade e densidade de papéis podem ser interessantes até mesmo para implementar e solidificar relações pautadas pela solidariedade, uma vez que o papel de gerente/supervisora não ficaria restrito apenas ao acompanhamento de execução de atividades.

De acordo com Peduzzi & Ciampone (2005) existem dois tipos de trabalho em equipe: a **equipe-agrupamento** - em que a tônica é o mero ajuntamento de diversos trabalhadores e suas tecnologias específicas, bem como relações assimétricas de poderes e saberes; e a **equipe-integração** - onde se busca a articulação das ações e a integração dos profissionais. Neste estudo predomina amplamente o trabalho em equipe do tipo agrupamento, pois prevalece as relações assimétricas entre os agentes e, principalmente, é notório a falta de um projeto assistencial comum a ambos.

Guattari, citado por Campos (1997), contribui decisivamente ao construir os conceitos de **grupo-sujeito** e **grupo-assujeitado**, que se mostram muito pertinentes para a análise destes depoimentos. Segundo seu esquema teórico, o grupo seria

assujeitado devido o imobilismo e a subordinação passiva, características presentes em muitos depoimentos aqui apresentados. É necessário buscar os atributos de pertença ao outro tipo de grupo “guatariniano” – grupo sujeito, constituído por indivíduos em busca incessante de mudança. Este deslocamento entre esses extremos não só é possível como saudável, propõe Campos (1997), para a redescoberta do papel dos profissionais de saúde em defesa da vida.

Como visto, a conformação de trabalho em equipe encontrado neste estudo só torna mais complexa a ação das enfermeiras chefes, pois somente a partir da integração das ações entre cada segmento profissional, logra-se alcançar a satisfação integral das necessidades dos usuários. É no intercurso dinâmico da interação profissional de saúde e usuário, nessa fronteira de possibilidades de autonomia, que reside a implementação e satisfação de uma necessidade do paciente. Essa fronteira de ação exige uma construção dialogada e consensual, entre os diversos agentes, com o objetivo de criar um projeto assistencial comum, que consiste num marco no qual se organiza e se conecta os diferentes agentes com seus saberes e poderes socialmente constituídos (Peduzzi & Ciampone, 2005).

Campos (1997) que expõe a respeito da desmotivação dos trabalhadores de saúde, busca respostas para tal problemática, questionando como resgatar a vontade dos indivíduos, grupos e coletividades para que, de forma crítica, busquem a construção de modelos criativos e alternativos à dura realidade enfrentada no dia-a-dia dos serviços de saúde.

Ermel & Fracoli (*opp cit*) colocam que a gestão - ou gerência - deve ser vista como uma propriedade de todos os membros da equipe e que o ocupante do cargo de gerência deve explicitar e incentivar a noção de “contratualidade” presente e inerente a todos os agentes de saúde com o seu processo de trabalho. Ou seja, a democratização e participação nas atividades gerenciais são processos complexos, mas que possibilitariam o autogoverno dos profissionais trazendo maior resolutividade a este processo.

4.5 A busca dos espaços político-emancipatórios no processo de trabalho gerencial de enfermagem

De acordo com a análise dos depoimentos evidencia-se que existe pouca ou nenhuma mobilização política dos sujeitos entrevistados, seja em busca de ações para o benefício de suas condições materiais e técnicas de trabalho, seja para a melhoria da qualidade da assistência. Ou em busca de visar à transformação das relações assimétricas percebidas dentro da equipe ou mesmo na relação entre os profissionais de saúde e os usuários.

A maioria das entrevistadas, onze em treze participantes, considera pequena ou inexistente a ocupação de espaços de poder dentro da instituição pelo profissional enfermeiro. A seguinte fala sintetiza este ponto de vista:

“É um espaço pequeno, muito pequeno e nunca vi enfermeiro ocupar cargo de direção, só no máximo supervisor. Eu penso que seja por causa do lado político mesmo.” EG8

Outra enfermeira aponta a contradição, já analisada por Marx quanto à relação antagônica entre o esquema produtivo do trabalho e o processo de valorização do trabalhador ao colocar que “[...] a enfermagem é que mais trabalha, mas é pouco reconhecida, tanto pelo paciente como por outros profissionais mesmo, é pouco valorizado dentro do hospital.” EG9. Nota-se que, se de um lado há um questionamento quanto às condições discriminatórias no que concerne a ocupação de espaços de poder dentro da instituição, por outro lado não há um projeto político coletivo de intervenção em busca de valorização, autonomia ou de resistência às hegemonias historicamente construídas. Ao contrário, com estas características observadas nessa investigação, o que se percebe é uma prática reiterativa e reprodutiva dessas relações de desvalorização, exclusão e submissão política. Mais uma vez, o grupo de enfermeiras comporta-se enquanto grupo assujeitado e dentro de tal grupo mais especificamente enquanto grupo-objeto, que é aquele (conforme coloca Lourau citado por L’Abbate), que se vê como mera consequência do que a instituição lhe oferece.

Ao serem questionados se havia movimentos organizados pelos enfermeiros para melhoria das condições materiais para operacionalização dos cuidados a maioria como visto anteriormente conta apenas com soluções burocráticas: “A gente cobra muito com

esses documentos no memorando também falando em reuniões e é tudo documentado e que não fica só na cobrança verbal.”

Usando a contribuição contextualizada ao trabalho do enfermeiro proposta por Pires (2001) pode se colocar que o conjunto das características apresentadas evidenciam a fragilidade formal, e por conseguinte dialeticamente, a fragilidade política dessa prática. Pois ao não apresentarem um conjunto de respostas e buscas de ordem técnica seu desenvolvimento político fica prejudicado o que propicia a condição de se tornarem facilmente sujeitos sem condições de argumentar criticamente e opor resistências concretas frente as condições que vivem. Tornam-se também instrumento dócil, e docilizador, de manipulação por meio de ideologias disseminadas e políticas sociais restritivas e perpetuadoras de processos que visam, acima de tudo, promover a exclusão e a dominação dos sujeitos envolvidos, sejam os usuários ou os trabalhadores de enfermagem ou saúde. No entanto, nessa análise não se pretende polarizar os sujeitos dessas relações em antagonismos insuperáveis ou estanques. Ao contrário, adotamos a visão micropolítica e microrregional de poderes apresentada por Foucault, Deleuze e Guatari, embora saibamos que apresentavam alguns pontos em oposição mas que consideramos complementares.

Deste modo entende-se que falar em emancipação dos usuários, neste contexto, é uma questão ainda muito distante a ser concretizada, pois existe uma forte imbricação das relações profissionais e institucionais que permeiam o trabalho de saúde e a forma de assistência prestada aos usuários.

Nesta ótica, alguns instrumentos do processo de trabalho gerencial poderiam contribuir na direção proposta por Pires (2001), como proposta de mudança ou transformação deste quadro de fragilidade política do enfermeiro como a coletivização dos processos decisórios que rompe a rígida divisão social de trabalho da equipe de enfermagem em todos os espaços de atuação desde a assistência à gerência de unidades. Para tanto, é necessário que o enfermeiro-gerente busque uma visão crítica do conhecimento enquanto instrumento de poder e inovação e como base sólida para a construção de competências gerenciais que subvertam o quadro apreendido nessa investigação.

Outro aspecto é visualizar o conhecimento enquanto instrumento de poder percebendo-o como conquista de sujeitos cidadãos. Neste sentido, é importante ter clareza que a posição de gerente ou supervisor de equipe possui implicações relativas ao exercício de liderança e poder, mesmo que limitado, na maioria das vezes, ao seu

âmbito micropolítico. Neste sentido apenas uma das entrevistadas mostra ter visualizado, mesmo de forma parcial, esta questão ao referir que:

“Talvez o poder, porque todos nos somos seres humanos, é meio inconsciente, porque ta no comando. Eu me sinto melhor mandando, eu acho que, eu nasci pra isso a verdade é essa isso faz parte do meu ser.”EG12

Nesta última fala nota-se a noção subjacente atribuída à liderança e ao poder como um dom inato, do qual se nasce e se retira a possibilidade de aperfeiçoamento ou reflexão. Kurcgant (1990) baseada em inúmeros estudos, propõe, ao contrário, um enfoque de liderança como resultado das interações entre o líder e os liderandos, vertente deste campo que se convencionou chamar de situacional ou contingente que defende que nenhum estilo de liderança é ideal para todas as situações.

Peres e Ciampone (2006) reforçam que o foco da liderança mudou das características do líder para uma séria consideração de outros fatores como o impacto do estilo do líder sobre os liderandos, o clima e cultura organizacional, os valores do líder e a complexidade da situação.

Outro aspecto citado por estas autoras é a interligação entre gênero, poder e liderança. Citam que pesquisas têm demonstrado a influência de fatores culturais e de gênero sobre esta relação. Geralmente, argumentam, as mulheres possuem pouca percepção de que também podem e devem exercer poder a despeito de toda um processo histórico em que as mulheres tem se mostrado submissas e que apenas recentemente, algumas décadas apenas, tem apoiado movimentos feministas em busca de um novo perfil negociado entre as suas concepções de vida e as pressões de uma tradição ainda pautada por valores masculinos.

O processo de educação permanente na investigação empreitada é obviamente visto como fundamental, embora exista unanimidade por parte das entrevistadas em apontar que não há incentivos da organização para este fim. Esse processo não é tomado como prioridade pelos níveis centrais da organização, dizem as entrevistadas. Na falta de uma política central de educação permanente, as enfermeiras-chefes buscam suprir esta demanda através do planejamento e execução de cursos e treinamentos esparsos. Normalmente introduzem assuntos cuja temática ficam circunscritas ao âmbito técnico ou clínico. Isto expressa uma característica já apontada por inúmeros autores dentre eles Gonçalves (1994) que relatou essa predominância de assuntos clínicos como resultado

da apropriação pelos sujeitos, do modelo clínico de saúde tal concepção pode ser ilustrada pela seguintefala:

“Foi sobre a saúde de um modo geral, diabete, curativo. Assuntos do nosso dia-a-dia.” EG4

De fato existe uma ausência de uma política adequada de educação e gestão de pessoal, caso se considere esta temática sob a ótica de Peres e Ciampone (2004) que o caracterizam como processo contínuo, sistematizado e coordenado de forma orgânica com o trabalho e pautado por uma ótica de transformação de práticas técnicas e sociais, centrada na metodologia da problematização das questões de saúde e cristalizadora dos preceitos e princípios do SUS.

Peres, Leite e Gonçalves (2005) reforçam as argumentações das entrevistadas ao afirmar que se não houver uma política de valorização do capital humano buscando integrar aprendizagem, conhecimento e competências não há processo ou programas de educação profissional que consigam estimular as pessoas no rumo de seu autodesenvolvimento.

Outra entrevistada demonstra a predominância de temas sobre procedimentos de enfermagem - o que reforça a predominância do modelo clínico-biológico - nas capacitações dirigidas aos servidores, ao depor que:

“Fiz um treinamento em cima das normas embutidas na parte de teoria e da prática, todos os procedimentos que são realizados dentro da unidade. Tudo sobre os procedimentos...”

Observa-se nesse último excerto que as concepções de educação permanente praticada por esse grupo, está baseada na adoção do modelo clínico-biológico que se caracteriza pela excessiva ênfase nos aspectos mecânicos e instrumentais do cuidado, o que descaracteriza a concepção de um ser composto por outras dimensões reduzindo ou empobrecendo a própria produção do desejo, da criação, da singularidade e multiplicidades que poderia emergir neste processo.

As enfermeiras, em sua totalidade, são unânimes em afirmar que possuem

dificuldades para implementar um programa de educação permanente através de ministração de cursos e treinamentos realizados dentro ou fora da unidade devido ao número insuficiente de pessoal, a demanda de atividades e citam com muita regularidade dificuldades quanto à desmotivação dos trabalhadores para esta atividade, conforme caracterizado no seguinte excerto:

“Os antigos geralmente não têm interesse em participar, somente os mais novos têm interesse em participar de tudo.” EG4

Ceccim (2004/2005) argumenta, frente a esta situação, que a formação profissional habilita profissionais para a execução de um trabalho, porém, não garante automaticamente a qualificação permanente da inovação tecnológica, superação de paradigmas ou perspectivas novas pautadas na multidimensionalidade individual e coletiva ou atuação. Cabe à gerência buscar este comprometimento dos trabalhadores como instrumento para reorganização do processo de trabalho.

No entanto, os depoimentos, em sua totalidade, revelam que mudanças nesse sentido necessitam de transformação das concepções e representações sobre o processo educativo entendido, sob a ótica de Paulo Freire (1987), enquanto processo dialógico de mudança, embasado na busca de uma aprendizagem significativa e humana. O seguinte excerto demonstra uma maneira de ver a educação ainda como prática mecânica e “bancária”:

“[...] eu procuro mudar, queria fazer um treinamento em humanização com eles pra mudar um pouco a cabecinha deles. EG11

Em nenhum depoimento percebe-se um entendimento mais abrangente do processo educativo tanto quanto na definição do próprio conceito **educação** quanto dos seus instrumentos e conteúdos. Uma das razões pode estar na própria falta de capacitação dos próprios enfermeiros, pois conforme apresentado no início da discussão dos dados dessa investigação, apenas quatro enfermeiros do total de treze sujeitos possuem algum curso de pós-graduação, e menos sujeitos ainda referiram participação em eventos científicos e culturais fora do âmbito do local de estudo.

Para Stotz (1994) os processos educativos devem ser entendidos como presentes em situações tanto formais quanto informais dos serviços e práticas de saúde. E ao se inquietar com os paradigmas educativos presentes nas instituições de saúde faz uma observação pertinente ao nosso estudo, quando questiona quem seria responsável pela educação dos educadores em saúde. Evidencia-se, assim, uma questão central: a de que este processo é dialético e portador de múltiplas determinações originárias dos âmbitos culturais e simbólicos da vida humana.

Concordamos com Peres, Leite e Gonçalves (*opp cit*) que alertam que, para a construção de uma educação transformadora, participativa e crítica é necessário uma reflexão ética e política. Ceccim (*opp cit*) aponta, também, que a estratégia de educação permanente nos serviços de saúde deve ser incorporada ao cotidiano buscando estabelecer espaços coletivos de discussão permanente da prática de trabalho orientando-se para o caminho de uma autogestão e autoanálise pelos coletivos.

Falar em educação - e aqui especificamente em educação em saúde - implica em que mencionemos vários aspectos. Entre eles, destacamos a noção de sujeito, que transparece na maioria das falas de forma implícita, como um ser mecânico, simplificado, atomizado e desprovido de interesses criativos e autônomos. Ressaltamos que tal visão é fruto não apenas de opções individuais das gerentes de enfermagem, mas também é apreendida a partir dos saberes instituídos pela TGA, adotada e reelaborada de forma dinâmica e simbólica pelas instituições de saúde.

Campos (2007) propõe em seu método Paidéia uma concepção diferente de sujeito, ao propor entendê-lo enquanto síntese singular resultante do entrelaçamento entre determinantes e condicionantes particulares e universais e, claro, da capacidade deste sujeito de alterá-los através de processos de análise e de intervenção sobre esses fatores em planos distintos como o biológico, o inconsciente ou do desejo, das necessidades sociais. Daí a necessidade da construção de um processo em que os instrumentos estejam coadunados com a proposição de novas práticas e processos de trabalho, pautados pela lógica da reflexão e ação crítica dos sujeitos sobre os limites e possibilidades de sua ação e seu contexto.

5. Considerações Finais

O objetivo desta investigação foi compreender o processo e a organização tecnológica do processo de trabalho gerencial de enfermagem a partir da ótica das enfermeiras no âmbito hospitalar.

Evidenciou-se que as enfermeiras-gerentes atuam tanto na assistência direta quanto na prática gerencial. Tal modo de atuar resulta do número reduzido de enfermeiros, o que acarreta dificuldades tanto para o exercício da função administrativa quanto da função assistencial, além de gerar sobrecarga no trabalho, inclusive por invadir com inúmeras atividades o espaço da vida privada.

Observou-se que a estratégia construída para resolver tal conflito entre as atividades administrativas e assistenciais, foi estabelecer uma divisão temporal entre estas duas atividades, sendo o período matutino consagrado, prioritariamente, para a assistência e o período vespertino para a resolução de pendências relacionadas com a administração de pessoal e de material.

Evidenciou-se que o modelo de gerenciamento adotado pelos sujeitos do estudo está fortemente pautado na TGA, caracterizando-se, portanto, pela divisão técnica do trabalho, especialização, hierarquização, rotinização das atividades, e ênfase sobre os aspectos técnicos e instrumentais do trabalho em detrimento das dimensões psicossociais e culturais.

A divisão técnica do trabalho de enfermagem, também é bastante evidente, principalmente quando se analisa o modelo de planejamento adotado, cujo enfoque é o normativo - e com pouca participação dos demais membros da equipe de enfermagem. Não é adotada a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e falta uma noção ampliada de cuidado à saúde.

Foi amplamente consensual entre as enfermeiras que as condições materiais e técnicas que vivenciam são precárias devido à falta ou deficiência de pessoal de enfermagem, de materiais e equipamentos médico-hospitalares para prover uma assistência qualificada aos pacientes. Tal situação vem produzindo desgaste e penosidade no trabalho desses profissionais acarretando sofrimento psíquico sendo

contornada por estratégias de “improviso”, embora nenhum movimento coletivo de enfrentamento, passado ou atual, dessa situação tenha sido elaborado e adotado como instrumento de transformação.

Enfim, o processo de trabalho gerencial de enfermagem apreendido a partir da própria fala de quem executa e o vivencia mostra-se hipertrofiado no que tange a sua dimensão técnica. Predomina, portanto, o uso extensivo de tecnologias duras ou leves mas que, ainda assim, são utilizadas de forma assistemática e acriticamente. A dimensão comunicativa, enquanto expressão e prática relacional da equipe com o processo gerencial, surge e se solidifica mais como arena de disputas do que como esforço comunicativo e de entendimento, propriamente dito.

A análise dos dados permite concluir que existe pouca mobilização política das gerentes de enfermagem em busca de melhorias seja para si mesmas, para os trabalhadores ou para os usuários do serviço. Estes dados permitem compreender, provisoriamente, que o processo de trabalho gerencial de enfermagem e suas agentes movem-se num quadro amplamente marcado pela fragilidade formal e política, pois não tem apresentado um conjunto de respostas de ordem técnica e política para opor resistência ou que em conjunto representem uma busca por um projeto autônomo de intervenção na realidade vivenciada.

Assim, buscar repensar e transformar o processo de trabalho gerencial à luz de novos referenciais em que a dialogicidade, a criticidade e a politicidade sejam parâmetros a serem perseguidos dialeticamente para produzir um novo modelo de gestão, é uma tarefa hercúlea, mas possível, haja vista o potencial humano percebido durante a investigação, que manifesta na criatividade e na persistência em produzir e procurar soluções de ordem criativa, superando dificuldades físicas, humanas e técnicas dentro de um quadro marcado pela ausência de uma política adequada e consistente de valorização daquilo que tem o maior potencial e importância dentro de uma instituição: o seu processo de trabalho, que operativamente faz movimentar as práticas e os modelos de assistência à saúde.

A transformação do processo de trabalho gerencial de enfermagem passa, sobretudo, pela inclusão de conteúdos que versem, numa ótica problematizada, sobre os diversos aspectos político-emancipatórios e comunicativos da prática de assistência, ensino, pesquisa e gestão no âmbito da formação e educação permanente de profissionais, entendendo que esse processo é um *continuum* que se inicia desde o início da formação acadêmica até o engajamento profissional numa instituição.

Trazendo as contribuições de Marx e dos estudiosos do processo de trabalho em saúde, faz-se necessário refletir sobre a constituição do processo de trabalho em saúde, em que o objeto de atuação deve ser sempre repensado, tanto pela complexidade inerente a sua intrínseca constituição quanto pela relação de que ao se trabalhar em saúde tem-se sempre por referência que não se produz um dado produto, mas sim uma relação intersubjetiva que busca uma alteração no processo de saúde-doença.

Concordamos com essa proposição e a partir da importante contribuição de Merhy (1997a, 1997b, 2002), Campos (1997) e Onocko Campos (2006 *apud* Jesus), coloca-se outra proposição: a de que os instrumentos do processo gerencial de enfermagem – como o planejamento, dimensionamento de pessoal de enfermagem, organização do pessoal através de escalas mensais e diárias, avaliação e educação permanente - necessitam ser apreendidos sob a ótica de funcionamento enquanto dispositivos-ferramentas que interroguem e disparem questionamentos e mudanças sobre o trabalho vivo em ato, através dos quais os sujeitos possam trabalhar, contribuindo para manter a funcionalidade dos serviços e, ao mesmo tempo, produzindo desejos e novidades que garantam a qualidade de vida, tanto dos usuários quanto dos trabalhadores. Esta abordagem dos instrumentos gerenciais possibilitaria por parte das enfermeiras-gerentes, uma análise criadora de uma práxis conduzida por sujeitos pensantes, críticos e autônomos.

Práxis vista neste momento sob a ótica de Castoriadis (1982) como o fazer no qual o outro ou os outros são visados como seres autônomos e considerados como os agentes essenciais do desenvolvimento de sua própria autonomia. Embora como refere Onocko Campos e Campos (2006) não podemos falar de um gradiente absoluto de autonomia e sim em coeficientes de autonomia cujos limites são sempre elásticos, tensos e provisórios. Para estes autores a procura da autonomia não deve ser buscada apenas no campo do saber técnico, pois outras variáveis devem entrar em campo para permitir o reconhecimento e desenvolvimento da autonomia. Castoriadis arremata ainda essa questão, fazendo nos reconhecer que a autonomia não é algo que se deva ter como fim em si mesma, mas como base e início de toda atividade consciente e lúcida.

Resgatando e aplicando os princípios da abordagem hermenêutica-dialética, ousou-se compreender alguns círculos e recantos herméticos que se fazem presentes no âmbito de toda prática profissional. A compreensão, tarefa-chave de todo processo investigativo, levou ao desvelamento de algumas facetas sobre o objeto de estudo pretendido. Tal entendimento, além de provisório é limitado e contraditoriamente só se

realiza a partir dos preconceitos (pistas de entendimento) do pesquisador. A busca hermenêutica em conjunção com a dialética, consubstanciadas pelos vários estudos do processo de trabalho em saúde e em enfermagem gerencial, fez emergir percepções, atitudes, significados e contradições atinentes à prática gerencial de enfermagem que “transversalizam” e estão “transversalizando” a relação, ora conflituosa, ora cúmplice e mesmo contraditória, entre o instituído, o instituinte e a instituição.

7 - Referências

Aguiar,A.B.A.;Costa, RSB; Weirich,CF; Bezerra,ALQ. Gerência dos serviços de enfermagem : um estudo bibliográfico. Revista Eletrônica de Enfermagem v. 07, n. 03, p 318-326, 2005. Disponível em <http://www.fen.ufg.br>. Acessado em 10/08/2007.

Almeida, M.C.P; Mishima,SM.; Silva,EM; Mello, DF. O trabalho de enfermagem e sua articulação com o processo de trabalho em saúde coletiva – Rede básica de saúde In: Almeida,MCP; Rocha,SM (org). São Paulo: Cortez, 1997.

Alves,M., Penna, CMM,Brito, MJM Perfil dos gerentes de unidades básicas de saúde. Brasília (DF): Revista Brasileira de Enfermagem; 57(4):441-6, jul/ago, 2004.

Antunes,R.Os sentidos do trabalho – Ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho. 3ª ed. São Paulo: Boitempo Editorial,1999.

Aron, Raymond. O Marxismo de Marx. Tradução de Jorge Bastos. São Paulo: Arx, 2003.

Azzolin, G.M.C. Processo de trabalho gerencial do enfermeiro e processo de enfermagem: a articulação na visão de docentes. [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2007.

Baumgarten, M. Tecnologia. In: Cattani,AD. Dicionário crítico de trabalho e tecnologia. 4ª ed. rev. e ampliada. Petrópolis: Vozes; Porto Alegre, Editora da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, p. 311-318, 2003.

Braverman, H. Trabalho e capital monopolista. Rio de Janeiro: Zahar, 1981.

Belaciano, MI. As necessidades de um novo ciclo para o desenvolvimento do SUS-DF. 6ª Conferência de Saúde do Distrito Federal, 2003.

Campos,GWS. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da saúde. In: Cecílio, LCO (org).Inventando a mudança na saúde. São Paulo: Hucitec/Lugar Editoria, p.29-87, 1994.

Campos,GWS. Subjetividade e administração de pessoal. Considerações sobre os modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. IN: Merhii,EE; Onocko,R (org). Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo/Buenos Aires: Hucitec/Lugar Editoria,1997.

Campos, GWS. Um método para análise e co-gestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e ademocracia em instituições: o método da roda. São Paulo: Hucitec, 2000.

Carapinheiro, Graça. Saberes e poderes no Hospital – Uma sociologia dos serviços hospitalares – Lisboa : Edições Afrontamento, 1993.

Carrasco, M.A.P. Influência das escolas de administração científica e clássica na produção científica da enfermagem brasileira. [Tese] Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo, 1987.

Castilho, V.; Gaidzinski, R.R. Planejamento da assistência de enfermagem. In: Kuregant, P. Administração em enfermagem. São Paulo: EPU, 1993.

Castoriadis,C. A Instituição imaginária da sociedade. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1982.

Cattani,AD. Taylorismo. In: Cattani,AD. Dicionário crítico de trabalho e tecnologia. 4ª ed. rev. e ampliada. Petrópolis: Vozes; Porto Alegre, Editora da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, p. 309-11, 2003.

Cecílio, L.C.O. Contribuições para uma teoria da mudança do setor público. In: Cecílio, L.C.O. (org.) Inventando a mudança na saúde. São Paulo: Hucitec, 1994.

Ceccim, R.B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. Interface, comunicação, saúde e educação. Botucatu. V.9, n. 16, p. 161-177, set 2004/ fev. 2005

Chauí, M. O que é ideologia? 25ª ed. – São Paulo: Ed. Brasiliense, 1987.

_____ Introdução à história da filosofia: dos pré-socráticos a Aristóteles, volume 1. 2ª ed. rev. e ampl. – São Paulo: Companhia das Letras, 2002.

Ciampone, M.H.T. Tomada de decisão em enfermagem. In: Kurcgant, P. Administração em enfermagem. São Paulo: EPU, 1993a.

Ciampone, M.H.T; Melleiro, M.M. O planejamento e o processo decisório como instrumentos do processo de trabalho gerencial. In: Kurcgant, P. (org). Gerenciamento de Enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

Collin, D. Compreender Marx. Petrópolis: Vozes, 2008.

Coutinho, M. C. Marx: notas sobre a teoria do capital. São Paulo: Hucitec, 1997.

Donangelo, M.F. Saúde e Sociedade. São Paulo: Duas Cidades, 1976.

Demo, P. Metodologia científica em ciências sociais 3ª ed. rev. e ampliada – São Paulo :Atlas, 1995.

_____ Participação é Conquista – Noções de política social participativa 5ª ed. – Rio de Janeiro:Senac, 2001.

_____ “Politicidade: Razão humana” –1ª ed. – Rio de Janeiro: Papirus, 2002.

Deslandes, S.F. Condições materiais, técnicas e ambientais de trabalho. In: Minayo, M.C.S.; Souza, E. R (org) Missão investigar: entre o ideal e a realidade de ser policial. Rio de Janeiro: Garamond, 2003.

Durkheim, E. A divisão Social do Trabalho. IN: Rodrigues, José Albertino Durkheim. São Paulo: Ed. Ática, 7ª ed.

Erdmann, AL.; Pinheiro, PIG. Gerenciamento do cuidado de enfermagem: questionando estratégias. Curitiba: Cogitare enferm. v 3, n. 1, p. 89-96, jan/jun,1998.

Ermel, RC; Fracolli, LA. Processo de trabalho de gerência: uma revisão da literatura. São Paulo: Rev. Esc. Enferm. USP; 37 (2): 89-96, 2003.

Felli,V.; Peduzzi,M. O trabalho gerencial em Enfermagem. In: Kurcgant,P. (org). Gerenciamento de Enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

Felli, V.; Tronchin, D.M.R. A qualidade de vida no trabalho e a saúde do trabalhador de enfermagem. In: Kurcgant,P. (org). Gerenciamento de Enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

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

Ferreira, Aurélio Buarque de Holanda. Novo Aurélio Século XX: o dicionário da língua portuguesa, 3ª ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999.

Ferraz, C. A. A transfiguração da administração em enfermagem – da gerência científica à gerência sensível [tese] Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo, 1995.

Ferraz, C A.Gomes, ELR, Mishima, SM.O desafio teórico-prático da gestão dos serviços de saúde. Brasília (DF): Rev. Brasileira de Enfermagem, 2004, jul/ago;57(4):395-400.

Flick, U. Uma introdução à pesquisa qualitativa. 2ª ed. – Porto Alegre: Bookman, 2004;

Foucault, M. Microfísica do poder. [org. e trad. de Roberto Machado] 23ª ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979

_____ Vigiar e punir: nascimento da prisão [tradução de Raquel Ramallete]. 30ª ed. Petrópolis: Vozes, 1975.

_____ O Nascimento da Clínica [org. e trad. de Roberto Machado] 6ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006.

Freire, P. Pedagogia do Oprimido.39ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra.1987

Fromm, E. Conceito marxista do homem. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1967.

Gadamer, H.G. Verdade e método I. Traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica [tradução de Flávio Paulo Meurer] Petrópolis, RJ: Vozes, Bragança Paulista, SP: Editora Universitária São Francisco, 2004.

_____ Verdade e método II. [tradução de Ênio Paulo Giachini] Petrópolis, RJ: Vozes, Bragança Paulista, SP: Editora Universitária São Francisco, 2002.

Gaskell, G. Entrevistas individuais e grupais. In Bauer, MW.; Gaskell, G. Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático. [tradução Pedrinho Guareschi] Petrópolis, RJ: Vozes, 2002.

Gaidzinski, RR.; Peres, HHC.; Fernandes, MFP. Liderança: aprendizado contínuo no gerenciamento em enfermagem. Brasília (DF): Rev. Brasileira de Enfermagem; 57(4):464-6, jul/ago, 2004.

Geertz, C. A interpretação das culturas. Rio de Janeiro: Zahar, 1989.

Giddens, Anthony. Capitalismo e Moderna Teoria Social. Lisboa/Rio de Janeiro: Presença/Martins Fontes, 1976.

Gomes, ERL. *et al.* Dimensão histórica da gênese e incorporação do saber administrativo de enfermagem. In: Almeida, MCP; Rocha. SM. O Trabalho de Enfermagem, São Paulo: Cortez, 1997.

Gomes;R.; Minayo, MCS; Malaquias, J. V.;Silva, C.FR. Organização, processo e interpretação: o desafio da triangulação.IN: Minayo, MCS (org) Avaliação por triangulação – Abordagem de Programas Sociais. Rio de Janeiro: Ed Fiocruz, 2005.

Gonçalves, R.B.M. Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1994.

Greco, RM. Ensinando a administração em enfermagem através da educação em saúde. Brasília (DF): Rev. Brasileira de Enfermagem; 57(4):504-7, jul/ago, 2004.

Guattari, F.; Rolnik S. Micropolítica: cartografias do desejo. 7ª ed. Teresópolis: Vozes, 2005

Habermas, J. Dialética e Hermenêutica: para a crítica da Hermenêutica de Gadamer. Porto Alegre: L & PM, 1987.

Hausmann, M. Análise do processo de trabalho gerencial do enfermeiro em um hospital privado do município de São Paulo: possibilidades para o gerenciamento do cuidado. [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2006.

Jesus, WLA. Re-significação do planejamento no campo da Saúde Coletiva: desafios teóricos e busca de novos caminhos. [dissertação] Departamento de Saúde Coletiva. Universidade Estadual de Feira de Santana, 2006.

Kawata, L.S. Os atributos mobilizados pela enfermeira na Saúde da Família – uma aproximação ao desempenho na construção da competência gerencial.[dissertação] Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo, 2007.

Konder,L. O que é Dialética. (Coleção Primeiros Passos). São Paulo: Brasiliense, 1993.

Kosik, K. Dialético do concreto. [tradução de Célia Neves e Alderico Toríbio], 2ª ed., Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1976.

Kurcgant, P. As teorias da administração e os serviços de enfermagem. In: Kurcgant, P. Administração em enfermagem. São Paulo: EPU, 1993a.

_____ Liderança em enfermagem. In: Kurcgant, P. Administração em enfermagem. São Paulo: EPU, 1993b.

Kurcgant, P.; Massarollo, MCKB. Castilho, V.; Felli, V. E. S. Percepção dos enfermeiros sobre as atividades que desenvolvem em suas unidades de trabalho. São Paulo: Rev. Esc. Enferm. USP,.; v. 27 n. 2: 229-45, ago,1993.

L' Abbate, Solange Comunicação e Educação: uma prática de saúde. In: Merhy,EE; Onocko,R. (org). Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo/Buenos Aires: Hucitec/Lugar Editoria,1997.

Lawn, C. Compreender Gadamer. Petrópolis: Vozes, 2007

Leopardi, MT., Instrumentos de trabalho na saúde: razão e objetividade. In: Leopardi, M. T. *et al.* Processo de trabalho em saúde: organização e subjetividade. Florianópolis: Papa-livros, 1999.

Leoni, MG. Autoconhecimento como estratégia de gerenciamento em enfermagem. [tese]. Escola Ana Nery. UFRJ, 2002.

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

Lourau, R. O instituinte contra o instituído. In: Altoé, S. René (org.). Lourau: Analista institucional em tempo integral. São Paulo: Hucitec, 2004.

Ludke, Menga .André, Marli E. D. Pesquisa em educação :Abordagens Qualitativas- São Paulo:EPU, 1986.

Lunnardi Filho, WD; Mazzilli, C. O processo de trabalho na área de enfermagem: uma abordagem psicanalítica. Revista de Administração. São Paulo, v. 31, n. 3, p. 63-71, julho/setembro, 1996.

Lúkacs, G. História e consciência de classe: estudos sobre a dialética marxista. São Paulo: Martins Fontes, 2003.

Manenti. SA. O processo de construção de competências gerenciais para enfermeiros coordenadores de área hospitalar. [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2006.

Marcolan, João Fernando. Trabalho e produção de sofrimento nas organizações de Saúde. IN: Santos, Álvaro da Silva (org) Miranda, Sônia M. R. A Enfermagem na Gestão em Atenção Primária à Saúde. Barueri, SP: Manole, 2007.

Marquis, B.L; Huston, C.J. Administração e liderança em enfermagem: teoria e aplicação. 2ª ed., Porto Alegre: Artmed, 1999.

Massarolo, M.C.K.B. Escalas de distribuição de pessoal de enfermagem. In: Kurcgant, P. Administração em enfermagem. São Paulo: EPU, 1993.

Marx, K. O Capital (Livro I). RJ: Civilização Brasileira, 1980.

_____ Contribuição à crítica da economia política [tradução de Maria Helena Barreiro Alves] 3ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 2003.

_____ Manuscritos econômicos-filosóficos [tradução de Jesus Ranieri] São Paulo, 2004.

Marx, K.; Engels, F. A ideologia alemã [tradução de Luís Cláudio de Castro e Costa] São Paulo: Martins Fontes, 1998.

Matos, E; Pires, D. Teorias administrativas e organização do trabalho: de Taylor aos dias atuais, influências no setor saúde e na enfermagem. Florianópolis: Texto e contexto Enfermagem. 15(3), 508-14, jul-set, 2006.

Matus, C. Teoria da ação e Teoria do planejamento. In: Matus, C. Política, planejamento e governo. Brasília: Ipea, 1996.

Melo, MNB. Intenção e o gesto: ações gerenciais de enfermeiros em espaços hospitalares.[dissertação]. Centro de Ciências da Saúde. Departamento de Enfermagem. Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2003.

Merhy,E.E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy,EE; Onocko,R (org). Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo/Buenos Aires: Hucitec/Lugar Editoria,1997a.

Merhy,E.E.Saúde: A cartografia do trabalho vivo em ato. São Paulo: Hucitec, 2002.

Merhy,E.E.; Chakkour, M.; Stéfano E.; Stéfano, ME; Santos, CM.; Rodrigues, RA.; Oliveira, PCP.; Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: Merhy,EE; Onocko,R (org). Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo/Buenos Aires: Hucitec/Lugar Editoria,1997a.

Mészáros, I. Filosofia, Ideologia e ciência social [tradução Ester Vaisman]. São Paulo: Boitempo, 2008.

Minayo, MCS. O desafio do conhecimento- Metodologia qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 9ª ed. Revista e aprimorada, 2006.

_____ De ferro e flexíveis: marcas do Estado empresário e da privatização na subjetividade operária. Rio de Janeiro: Garamond, 2004.

Minayo, MCS. Hermenêutica-Dialética como caminho do pensamento dialético In: Minayo, MCS; Deslandes, SF. (org). Caminhos do Pensamento – Epistemologia e Método. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.

Minayo, M.C.S.; Souza, E. R (org) Missão investigar: entre o ideal e a realidade de ser policial. Rio de Janeiro: Garamond, 2003.

Minimel, VA. Promoção da qualidade de vida dos trabalhadores de enfermagem: responsabilidade gerencial do enfermeiro. [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2006.

Mishima, SM. Constituição do gerenciamento local na rede básica de saúde em Ribeirão Preto [tese] Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão da USP, 1995.

Mishima, SM. *et al.* Organização do processo gerencial no trabalho em saúde pública. In: Almeida, MCP; Rocha. SM. O Trabalho de Enfermagem, São Paulo: Cortez, 1997.

Motta, P.R. A ciência e a arte de ser dirigente. 9ª ed. Rio de Janeiro: Record, 1998.

Onocko, R; Amaral, M. Cândido Ferreira: experimentando uma mudança institucional. In: Merhy,EE; Onocko,R (org). Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo/Buenos Aires: Hucitec/Lugar Editoria,1997.

Onocko Campos, R.; Campos, GWS. Co-construção de autonomia: o sujeito em questão. In: Campos *et al.* Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

Paim, J. Planejamento em saúde para não especialistas. In: Campos *et al.* Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

Peduzzi, M. Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação. [tese] Campinas (SP): Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, 1995.

Peduzzi, M; Anselmi, ML. O auxiliar e o técnico de enfermagem: categorias profissionais diferentes e trabalhos equivalentes.Rev. Brás. Enfermagem: Brasília, 2004, jul/ago; 57(4); 425-9.

Pereira, J. C. M. Análise dialética de fenômenos sociomédicos. In: Pereira, J.C.M. A explicação sociológica na medicina social. São Paulo: Unesp, 2005.

Pereira, S.A. Modos de gerenciar cuidado e serviço no programa saúde da família em Belo Horizonte. [Dissertação] Belo Horizonte: Escola de Enfermagem da UFMG, 2005.

Peres, H.H.C; Leite, M.M.J.; Gonçalves, V.L.M. Educação continuada: recrutamento e seleção, treinamento e desenvolvimento, e avaliação de desempenho profissional. In: Kurcgant, P. (org). Gerenciamento de Enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

Pires, M.R.G.M. Enfermeiro com qualidade formal e política: em busca de um novo perfil [Dissertação] Brasília (DF): Departamento de Serviço Social (UNB), 2001.

Pires, D. Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil. São Paulo: Annablume, 1998.

Pires, D.; Gelbeke, FL.; Matos, E. Organização do trabalho em enfermagem : implicações no fazer e viver dos trabalhadores de nível médio. Trabalho, Educação e Saúde, v. 2 n. 2, p. 311-25, 2004.

Shimizu, HE. Sofrimento e prazer no trabalho vivenciado por enfermeiras que trabalham em Unidades de Terapia Intensiva em um Hospital-Escola. [dissertação] Escola de Enfermagem. Universidade de São Paulo, 1996.

_____ As representações sociais dos trabalhadores de enfermagem não enfermeiros (técnicos e auxiliares de enfermagem) sobre o trabalho em Unidades de Terapia Intensiva em um Hospital-Escola. [tese] Escola de Enfermagem. Universidade de São Paulo, 2000.

Silva, V.E.F. Mudanças em enfermagem. In: Kurcgant, P. Administração em enfermagem. São Paulo: EPU, 1993.

Spagnol, CA.; Ferraz, CA. Tendências e perspectivas da administração em enfermagem: um estudo na Santa Casa de Belo Horizonte-MG. São Paulo (SP): Rev Latino-am de Enfermagem;10(1):15-20 jan/fev, 2002.

Starfield, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO Brasil, Ministério da Saúde, 2004.

Stein, E. Dialética e Hermenêutica: uma controvérsia sobre método em filosofia [apêndice]. In: Habermas, J. Dialética e Hermenêutica: para a crítica da Hermenêutica de Gadamer. Porto Alegre: L & PM, 1987.

Stotz, EN. Enfoques sobre Educação em saúde. In: Valla, Victor Vincent; Stotz, EN. Participação popular e saúde: teoria e prática. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1993.

Testa, M. Análisis de Instituciones hipercomplejas. In: Merhy, EE; Onocko, R (org). Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo/Buenos Aires: Hucitec/Lugar Editoria, 1997.

Trevizan, M. A. Enfermagem hospitalar: administração e burocracia. Brasília, Universidade de Brasília, 1988.

Trevizan, M. A.; Mendes, IAC.; Cury, SRR; Fávero, N; Caldonha, AM. Dimensões factual e virtual no gerenciamento da enfermeira. Brasília (DF): Revista Brasileira de Enfermagem; n. 4, p.:520-8 out/dez, 1999.

Wanderlei, MIG. O gerenciamento na estratégia saúde da família: o processo de trabalho dos gestores e gerentes municipais de saúde no estado do Maranhão. [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2005.

Willig, MH. Cuidar/gerenciar: possibilidades de convergência no discurso coletivo das enfermeiras [dissertação]. Curitiba: Setor de ciências da saúde da Universidade Federal do Paraná.

Anexos

Anexo 1 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE

O (a) Senhor(a) está sendo convidada a participar do projeto: O trabalho gerencial de enfermeiros no contexto hospitalar

O nosso objetivo é conhecer as percepções dos enfermeiros sobre a prática gerencial desempenhada nesse hospital. Pretendemos realizar entrevistas individuais e posteriormente serão realizadas entrevistas em grupo – denominadas grupos focais.

O(a) senhor(a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá sendo mantido o mais rigoroso sigilo através da omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a).

A sua participação será através de uma entrevista e grupos focais que você deverá responder em local a ser combinado na data combinada. Não existe um tempo pré-determinado para responder a entrevista, sendo respeitado o tempo de cada um para respondê-la. Estimamos que essas entrevistas possam ter a duração de 1 hora a duas horas. Informamos que o/a senhor(a) pode se recusar a responder qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo pessoal ou penalidade no âmbito profissional para o/a senhor(a).

Os resultados da pesquisa serão divulgados aqui na Universidade de Brasília, no Setor de Gerência de Enfermagem e para todo o Hospital Regional do Gama podendo inclusive ser publicados posteriormente. Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sobre a guarda do Setor de Gerência de Enfermagem e da Universidade de Brasília.

Os benefícios em relação à participação na pesquisa supra citada, referem-se em poder participar e contribuir com possíveis avanços e melhorias na atuação do profissional enfermeiro, em especial aquele que ocupa cargo de gerência de enfermagem dentro dos serviços hospitalares. A pesquisa poderá contribuir para melhoria da formação e capacitação de enfermeiros com vista a uma melhor atuação, consequentemente poderá contribuir para o aumento da qualidade dos serviços de saúde e de enfermagem.

Se você tiver qualquer pergunta em relação à pesquisa, por favor, telefone para a pesquisadora Prof. D^{ra} Helena Shimizu, no Fone: 32733807, no horário: 08:30 às 17:30.

Dúvidas e esclarecimentos favor entrar em contato com a (o) pesquisador(a) pelo telefone: 3484-5382/9244-5207 este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SES/DF – Fone: 61-3325-4955.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o sujeito da pesquisa.

Nome / assinatura:

Pesquisador Responsável, nome e assinatura:

Brasília, ____ de _____ de 2008

Anexo 2 - Roteiro para entrevista

- Fale como foi a sua experiência de assumir a função de gerência dessa unidade.
- Fale como é o seu trabalho de supervisão dentro dessa unidade.
- Descreva um dia de sua atividade como gerente nessa unidade.
- Você faz planejamento para o serviço? Como isso é feito? Quem participa junto com você?
- Fale como você faz a coordenação do serviço, dos recursos humanos e materiais.
- Dentro da sua vivência de trabalho como tem sido gerenciar essa unidade? Que fatores têm ajudado ou interferido nesse processo?
- Como é feita a educação permanente dos membros da equipe. Quais os assuntos tratados?
- Os funcionários participam ou tem participado do processo de educação permanente? De que forma?
- A instituição tem oferecido apoio e incentivo à educação dos profissionais? De que forma?
- Quais as formas de comunicação entre você e a equipe de enfermagem ?
- Quais as formas de comunicação entre a equipe de enfermagem e a equipe multiprofissional ?
- Como é o relacionamento entre você e os demais membros da equipe de enfermagem e em relação à equipe multiprofissional?
- Fale se existem momentos para planejar as ações de saúde para os pacientes junto com a equipe de enfermagem e os demais membros da equipe multiprofissional. Como isto é feito?
- Como você enquanto gerente percebe a clientela?
- Fale como você percebe a relação entre a equipe de enfermagem e médica?
- Como você conduz o trabalho em equipe dentro da equipe de enfermagem?
- Fale sobre as condições de trabalho que você tem vivenciado. Como você e outros enfermeiros se organizam frente a procura de melhorias nas condições de trabalho?
- Como você percebe o espaço ocupado pela enfermagem dentro dessa instituição?

Anexo 3

Alienação e Anomia no Processo de Trabalho de Enfermagem e Saúde: Contribuições de Marx e Durkheim para o debate atual

Resumo

O presente trabalho, de caráter exploratório, propõe-se a compreender como os conceitos de divisão social, alienação e anomia presentes na obra de Karl Marx e Emille Durkheim podem ser mobilizados para uma compreensão do processo de trabalho de enfermagem e em saúde e suas relações e a partir daí estabelecer algumas de suas implicações. É possível perceber que pela análise os conceitos possuem status categorial potente para permitir reflexões instigantes, o que pode ser percebido pelos inúmeros trabalhos específicos do trabalho em enfermagem e em saúde que trazem reflexões sobre o tema.

Palavras-chave: Alienação, Anomia, Divisão Social do Trabalho, Processo de Trabalho de Enfermagem.

Apresentação

Compreender os conceitos de alienação, anomia e a divisão social do trabalho segundo Karl Marx e Emile Durkheim e explorar suas possibilidades reflexivas para o debate sobre o trabalho de enfermagem é a questão que este trabalho se propõe a desvelar. Dessa forma, busca-se questionar e levantar quais as possíveis contribuições desses conceitos sobre o mundo do trabalho de enfermagem e mais detidamente no processo de trabalho de enfermagem.

Antes de dar prosseguimento ao caminho dessa análise, é importante reconhecer algumas dificuldades preliminares. De início, as concepções de Marx e Durkheim, pode-se dizer são no mínimo conflitantes, se não opostas. Durkheim, historicamente esteve preocupado com a questão da coesão social e com a decadência das instituições sociais, daí a emergência em sua obra de conceitos e temáticas que fazem referência aos modos como o indivíduo se insere na sociedade e as condições que facilitam ou dificultam a manutenção dos liames integrativos sociais. Marx, ao contrário, propunha o conflito e a transformação como uma possibilidade perene nas relações históricas entre indivíduo, natureza e sociedade.

A busca de convergência de autores que produziram visões e encaminhamentos tão díspares em seus entendimentos e conseqüências é empreendida por se entender que na busca do esclarecimento do objeto apresentado, a análise do trabalho de saúde e de enfermagem e a gerência de enfermagem, os questionamentos produzidos por essas duas correntes antagônicas de pensamento, podem ser frutíferos, na medida em que o trabalho de saúde e de enfermagem se exerce, basicamente, em instituições governadas por normas que visão garantir a reprodutividade não só da própria instituição como dos grupos ali reinantes e da própria sociedade.

Assim, empreende-se uma tentativa de trazer tanto o entendimento do referencial durkheimeniano que prima pelo entendimento da funcionalidade e integração dos indivíduos e seus grupos a sociedade, aspecto importante, principalmente no caso de instituições, processos e ações necessárias a manutenção da vida; bem como entender, de outro lado, por meio do referencial dialético materialista adotado por Marx, os

conflitos oriundos de um determinado modo de produção pautado pelas desigualdades e contradições que imperam nas relações, gerando não apenas um campo minado propício a conflitos, latentes ou não, como a um mundo em que o próprio trabalho e sua divisão social se converte em instrumento contraditório de produção de subjetividades contraditórias.

Na primeira seção inicia-se com a discussão do processo de trabalho de enfermagem enfatizando o processo de gerência de enfermagem como condutor e reprodutor de uma lógica caracterizada pelo seccionamento, especialização, repetitividade e parcelamento das ações.

A partir dessa rápida problematização prosseguiremos sobre o tema da divisão social do trabalho tal como proposto pelos autores supra-citados. O ponto dominante será entender como cada autor concebeu esse tema e suas conseqüências para a visão sobre o processo de trabalho. A importância de se trazer esse tema deve-se a ligação entre os efeitos dessa divisão do trabalho sobre o comportamento do trabalhador, relacionando-os aos conceitos de alienação e anomia, com o objetivo de propor uma reflexão sobre as contribuições desses autores clássicos para o processo de trabalho em saúde e de enfermagem, e quais seriam as características e conseqüências desse trabalho alienado e anômico.

Em seguida trataremos dos temas anomia e alienação tal como foi descrito classicamente por Durkheim e Marx, para em desenvolvimento, propomos, de forma cautelosa, algumas convergências e divergências entre esses referenciais, sabendo de antemão que são oriundos de perspectivas antagônicas de olhar o mundo e suas relações.

Processo de Trabalho em Saúde e Enfermagem

Marx¹ desenvolveu o conceito de processo de trabalho na sua obra máxima: O Capital, no volume I, págs. 149-154, transcreve-se seus próprios dizeres:

[...] o trabalho é um processo entre o homem e a Natureza, um processo em que o homem, por sua própria ação, media, regula e controla seu metabolismo com a Natureza. Ele mesmo se defronta com a matéria natural como uma força natural. Ele põe em

movimento as forças naturais pertencentes à sua corporalidade, braços e pernas, cabeça e mão, a fim de apropriar-se da matéria natural numa forma útil para sua própria vida. Ao atuar, por meio desse movimento, sobre a natureza externa a ele e ao modificá-la, ele modifica, ao mesmo tempo, sua própria natureza. [...] Pressupomos o trabalho numa forma em que pertence exclusivamente ao homem. Uma aranha executa operações semelhantes às do tecelão, a abelha envergonha mais de um arquiteto humano com a construção dos favos de suas colméias. Mas o que distingue, de antemão, o pior arquiteto da melhor abelha é que ele construiu o favo em sua cabeça, antes de construí-lo em cera. No fim do processo de trabalho obtém-se um resultado que já no início deste existiu na imaginação do trabalhador, e portanto idealmente. Ele não apenas efetua uma transformação da forma da matéria natural; realiza, ao mesmo tempo, na matéria natural seu objetivo, que ele sabe que determina, como lei, a espécie e o modo de sua atividade e ao qual tem de subordinar sua vontade (Marx ¹).

Assim o caudal marxiano propõe uma radical remodelação de perspectiva sobre o tema do trabalho e o recoloca sob a concepção de função motriz da história humana, pois através dele os homens se transformam e transformam o mundo. Refutando a sua mera função técnica ou instrumental dentro do esquema das relações sociais. E, ainda mais, propõe que as formas de entendimento e organização do trabalho seriam historicamente determinadas, contrapondo-se, novamente, à visão estritamente técnica proposta por economistas como Adam Smith e Ricardo.

O autor alemão empreende uma crítica ideológica ao pensamento de sua época e que pode ser resumida na famosa passagem da “Contribuição à Crítica da Economia Política” ¹ em que ele expõe as principais balizas do seu método:

“A conclusão geral a que cheguei e que uma vez adquirida, serviu-me de fio condutor dos meus estudos, pode formular-se, resumidamente, assim: na produção social da própria existência, os homens entram em relações determinadas, necessárias, independentes de sua vontade; estas relações de produção correspondem a um grau determinado de desenvolvimento de suas forças produtivas materiais. A totalidade dessas relações de

produção constitui a estrutura econômica da sociedade, a base real sobre a qual se eleva uma superestrutura jurídica e política e à qual correspondem formas sociais determinadas de consciência. O modo de produção da vida material condiciona o processo de vida social, política e intelectual. Não é a consciência dos homens que determina o seu ser; ao contrário, é o seu ser social que determina a sua consciência. Em certa etapa de seu desenvolvimento, as forças produtivas materiais da sociedade entram em contradição com as relações de produção existentes, ou, o que não é mais que sua expressão jurídica, com as relações de propriedade no seio das quais elas se haviam desenvolvido até então. De formas evolutivas das forças produtivas que eram, essas relações convertem-se em entraves. Abre-se, então, uma época de revolução social. A transformação que se produziu na base econômica transtorna mais ou menos lenta ou rapidamente toda a colossal superestrutura. Quando se consideram tais transformações, convém distinguir sempre a transformação material das condições econômicas de produção - que podem ser verificadas fielmente com a ajuda das ciências físicas e naturais - e as formas jurídicas, políticas, religiosas, artísticas ou filosóficas, em resumo, as formas ideológicas sob as quais os homens adquirem consciência desse conflito e o levam até ao fim. Do mesmo modo que não se julga o indivíduo pela idéia que faz de si mesmo, tampouco se pode julgar uma tal época de transformação pela consciência que ela tem de si mesma. É preciso, ao contrário, explicar esta consciência pelas contradições da vida material, pelo conflito que existe entre as forças produtivas sociais e as relações de produção. Uma sociedade jamais desaparece antes que estejam desenvolvidas todas as forças produtivas que possa conter, e as relações de produção novas e superiores não tomam jamais seu lugar antes que as condições materiais de existência dessas relações tenham sido incubadas no próprio seio da velha sociedade. Eis porque a humanidade não se propõe nunca senão os problemas que ela pode resolver, pois, aprofundando a análise, ver-se-á sempre que o próprio problema só se apresenta quando as condições materiais para resolvê-lo existem ou estão em vias de existir. Em grandes traços, podem ser designados, como outras tantas épocas progressivas da formação econômica da sociedade, os modos de produção asiático, antigo, feudal e burguês moderno. As relações de produção burguesas são a última forma antagonica do processo de produção social, antagonica não no sentido de um antagonismo individual, mas de um antagonismo que nasce das condições de existência sociais dos indivíduos; as forças produtivas que se desenvolvem no seio da

sociedade burguesa criam, ao mesmo tempo, as condições materiais para resolver este antagonismo. Com esta formação social termina, pois, a pré-história da sociedade humana" (Marx)¹

Aron² reitera a importância da análise do trecho acima transcrito delineando algumas idéias julgadas por ele como essenciais para a compreensão de como Marx empreende sua crítica ao pensamento econômico vigente. A primeira idéia diz Aron, é que a compreensão da primazia das relações sociais sobre o plano individual é um *a priori* metodológico de maior significância para o entendimento desse pensador pois somente a partir da análise das bases destas relações que estão assentadas nas estruturas, formas e relações produtivas é que se fará o estudo das relações do indivíduo com a sociedade, pois as relações sociais ultrapassam e se impõe a mera vontade individual.

A segunda idéia central é que em toda sociedade podemos perceber a base econômica ou *infra-estrutura*, constituída pelas forças e pelas relações de produção e a *superestrutura* que é constituída pelas instituições jurídicas e políticas, bem como pelos modos de pensar ou pela consciência social. A terceira idéia faz alusão a primeira já exposta acima, a de que o homem só pode ser compreendido a partir de suas relações sociais.

Na quarta idéia central, Aron define que as forças produtivas abrangem os meios de produção, como o desenvolvimento tecnológico, as fontes de energia disponíveis, a organização do trabalho coletivo, entre outros, enquanto que as relações de produção são constituídas pela propriedade econômica das forças produtivas, como a burguesia que detém, no capitalismo, o controle dos meios de produção dos bens de uma determinada sociedade. A título de resumo Aron expõe que a dialética da história é formada pelo movimento das forças produtivas, que entram em contradição, em certas épocas revolucionárias, com as relações de produção, isto é, tanto as relações de propriedade como a distribuição de renda entre os indivíduos ou grupos da coletividade.

Outra idéia que embora não esteja explicitamente delineada no referido trecho do prefácio e que é um dos pilares do referencial marxiano é a da luta de classes. Essa idéia, no entanto, pode ser logicamente introduzida quando o autor remete a questão da relação contraditória entre as forças e relações de produção em que as classes ao

assumirem determinado ponto desta intrincada relação de forças e desenvolvimento. Nesse processo as classes se opõem dialeticamente, pois assumem cada uma, o atual momento das relações ou o próximo nível de conformação produtiva.

Dessa forma, é perceptível que, no referencial marxiano, o trabalho ocupa o lugar de categoria fundamental e ontológica da constituição do homem e de suas relações com o meio e a sociedade. Lucáks³, um dos principais intérpretes de Marx, coloca, no entanto, que o trabalho deve ser visto em conjunto com outras categorias da práxis social, como a linguagem, cooperação e divisão do trabalho. Lessa⁴ relata que em Lucáks, a associação dessas categorias formariam um complexo ontológico pautado pela indissociabilidade desses elementos. Mas ainda assim, o trabalho possui dois traços decisivos: permite a mediação do homem com a natureza, produzindo bens materiais necessários à reprodução social, e permite a produção de algo “novo”, ou seja, opera transformações não só na natureza, mas no próprio cabedal de capacidades humanas, transformando indivíduo, sociedade e natureza.

Ao realizar essa transformação, movimento contínuo da reprodução social, o homem acumula conhecimentos que não possuía antes. A sociedade também se modifica frente a emergência desses novos conhecimentos, configurando o que Lessa relata que o processo de trabalho cria, sempre, uma nova situação sócio-histórica. O trabalho sempre se remete a algo além de si próprio, produzindo novas consequências históricas. Nesse sentido, o trabalho possui uma processualidade intrínseca e que Marx¹ estabeleceu os seguintes elementos componentes do processo de trabalho:

- a- A atividade adequada a um fim, o trabalho propriamente dito.
- b- O objeto de trabalho, a matéria ou outros objetos já transformados sobre o qual o trabalho se debruça.
- c- Os meios ou instrumentos de trabalho em que o conhecimento científico desempenha papel fundamental, pois permite o desenvolvimento da produção.

O trabalho e o desenvolvimento de seus instrumentos estariam intimamente relacionados com o nível de desenvolvimento das forças produtivas. Ao fim da transformação da matéria-prima, obtém-se um produto e este é um valor-de-uso, que nada mais é a matéria fixada e pronta para satisfazer uma necessidade humana, motivo pelo qual foi previamente concebida (Marx)¹.

Seguindo estas premissas iniciais propostas pelo pensamento marxiano, Gonçalves⁵, um dos pioneiros estudiosos do processo de trabalho em saúde, define instrumentos tecnológicos como aqueles componentes do processo de trabalho que intermedeiam e permitem a atuação do homem sobre o objeto de trabalho. Considerando que esse saber pode ser apreendido ao se exteriorizar nas representações dos trabalhadores e nas características do próprio processo de trabalho, de acordo com sua organização tecnológica.

De acordo com Leopardi⁶, os instrumentos de trabalho são de fundamental importância na organização tecnológica do trabalho: são os meios necessários para sua realização. Dessa forma, a escolha dos meios articula-se ao processo como um todo coerente. No campo da saúde, o objeto e a finalidade do trabalho são os mesmos, daí a importância qualificadora e diferenciadora dos instrumentos para cada segmento profissional. A finalidade do trabalho em saúde é a ação terapêutica de saúde. Sendo o seu objeto de trabalho o indivíduo ou os grupos doentes, sadios ou em risco que precisem sejam de medidas curativas ou preventivas. Seus instrumentais de trabalho são os saberes de saúde, consubstanciados em instrumentos e condutas de nível técnico. Seu produto final é a própria assistência em saúde que é produzida no mesmo momento em que é consumida (Pires)⁷.

Trevizan⁸, em seu trabalho sobre a função administrativa do enfermeiro em hospitais, analisa as influências das teorias de Taylor, Fayol e Weber sobre a profissão. Afirma que sob sua égide o enfermeiro passou a enfatizar a especialização, a divisão do trabalho, a eficiência e produtividade dos processos de trabalho. Para Trevizan, tal influência gerou grandes desvantagens, tais como: a fragmentação do cuidado, a frustração do pessoal devido a repetição e especialização das tarefas. Com isso, apareceram – também – a despersonalização do cuidado e a não responsabilização dos profissionais pelas ações. O que nos leva a questionar o papel desempenhado pela divisão social do trabalho e suas raízes no processo de anomia e alienação.

Os tipos de solidariedades e a divisão social do trabalho em Durkheim

Durkheim⁹ produziu um referencial teórico, muitas vezes mal compreendido, coerente com a sua situação e a sua visão em defesa de um novo papel da sociologia no

painel histórico e científico que então se constituía. Assim, Durkheim parte para uma demarcação das fronteiras do conhecimento sociológico. Inspirado nas premissas de René Descartes, o sociólogo francês propõem um seguimento rigoroso do método aliado a separação imperiosa entre sociologia e pesquisador. Assim, a sociologia seria uma ciência, portanto um saber que rompe com o senso comum e que permite, e somente assim, uma crítica distanciada sobre a realidade e o “mundo vivido”.

Sob a égide destas premissas iniciais, Durkheim construiu um método que se primava pelo esforço em afastar da análise sociológica o efeito das idiossincrasias e “pré-noções” do pesquisador que pudessem macular ou imprecisar o conhecimento dos fatos sociais, conceituados por Durkheim, enquanto maneiras de fazer e pensar, capazes de exercer influência coercitiva sobre as consciências individuais.

Para lograr esta separação entre pesquisador e o objeto do conhecimento Durkheim propõe a construção de *a priori*s conceituais que sirvam como dispositivos disciplinares da própria sociologia, sendo externos às opiniões do pesquisador e do pensamento vulgar. O sociólogo a maneira do cientista, deve então metodologicamente, partir das descrições dos do fenômeno estudado tal como ele é, para que se atinja uma definição, o que requer a utilização de conceitos anteriormente delimitados. Isto garantiria, na visão desse autor, a objetividade do conhecimento.

Para Durkheim o que importava não era a visão do pesquisador sobre algo mas sim a concepção de um grupo ou representações coletivas sobre determinadas instituições. Advogava o referido autor, que algumas representações portavam um poder de coercitividade inelutável sobre as consciências individuais, fato que as tornariam reais e definidas. Esse quadro conceitual metodológico de Durkheim está embasado em uma crítica aos postulados antropocêntricos que atribuíam as causas ao indivíduo negando a interferência das forças coletivas.

A visão durkheimeniana sobre a sociedade é a de um grande organismo, cujo funcionamento harmônico dependeria do adequado funcionamento e integração dos indivíduos que a maneira de órgãos, representariam as partes que se tornaram especializadas. No momento em que um dos componentes especializados entram em colapso seja por disfunção ou porque passa a buscar tão somente a realização de suas necessidades, centrando-se tão somente em sua atividade especializada, Durkheim aponta como sendo a origem da desintegração e esfacelamento dos liames que sustentam a ligação entre indivíduos e seus núcleos sociais. Tal fato, patológico,

porque estranho ao funcionamento harmônico e integrador do sistema, seria denominado de anomia, a antítese da solidariedade social.

Para Durkheim a solidariedade social é o traço constitutivo e gerador ou mesmo o elemento fundamental no estabelecimento da coesão entre os indivíduos e a sociedade, sendo possível encontrar dois tipos de solidariedade: a solidariedade mecânica e orgânica.

Durkheim descreve a solidariedade mecânica como aquela perceptível nas sociedades primitivas ou pré-capitalistas que passaram a se constituir e se organizar mais em clãs. Esses primeiros arranjos sociais possuiriam uma solidariedade derivada das similitudes parentais, normativas e religiosas. Portanto, nesse tipo de solidariedade, diz o grande autor francês, quanto mais se diferenciarem menos unidos se tornam pois que sua coesão está assentada na atração exercida pelos atributos e afinidades fisiológicas ou morais tornando o indivíduo parte indissociável do todo ou coletivo homogêneo e indiferenciado. Ou seja, esse tipo de solidariedade se estabelece no momento em que existe harmonia entre o ato individual e o coletivo.

É evidente que, segundo Durkheim, à medida que as relações entre os homens foram se modificando essa forma de socialidade caracterizada por essa solidariedade “amorfa” em que não se observava nenhuma diferenciação, vai sendo substituída por outra forma de solidariedade caracterizada agora não pela atração entre a parte e seu núcleo originário, e sim pela especialização que surge alavancada pelo incremento das trocas entre os núcleos sociais.

Este novo tipo de sociedade na qual inicia o império do modo de produção capitalista, é regida pela solidariedade orgânica caracterizada pela interdependência e autonomia dos indivíduos. Essa interdependência seria mantida pelas diferenças e não, ao contrário da solidariedade mecânica, pelas afinidades. As diferenças capitalizariam a necessidade de que cada indivíduo precisa ter sua função dentro do coletivo e assim, ao assumir seu lugar, ser capaz de cooperar e contribuir para o bem estar da sociedade.

A concepção durkheimeniana da divisão do trabalho pauta-se pela ótica de que este processo seria produzido pela transição das sociedades simples para as mais complexas. Sendo mesmo o princípio derivativo e derivador dessas modernas sociedades. A solidariedade orgânica é superior, diz Durkheim, pois os indivíduos à medida que se especializassem, cooperariam entre si não somente para manter a coesão social mas também para melhorarem a produtividade e a individualidade. Dessa maneira, a divisão do trabalho seria uma lei natural da sociedade com a função de

refazer o enfraquecimento da coesão social, naquelas sociedades regidas pela solidariedade mecânica. Segundo o autor:

[...] a divisão do trabalho desempenharia um papel muito mais importante do que se lhe atribui comumente. Ela não serviria apenas para dotar nossas sociedades de um luxo, invejável talvez, mas supérfluo; ela seria uma condição de existência da sociedade. Graças à divisão do trabalho, ou pelo menos por seu intermédio, se garantiria a coesão social; ela determinaria os traços essenciais da constituição da sociedade (Durkheim).

É importante sublinhar que o autor considera que esta solidariedade esteve em germinação durante a fase anterior, ie. mecânica, mesmo que restrita a separação sexual, fato que permitiria, explicar que seu surgimento não está atrelado somente a divisão do trabalho social.

Dessa forma para Durkheim, conforme atesta Giddens¹⁰ a complexa sociedade moderna não se destina inexoravelmente à desintegração a despeito da perda do significado da moral que nela se verificam, algo que foi interpretado a partir da coincidência histórica constatado nas taxas cada vez mais altas de suicídio e a industrialização das sociedades européias, a exceção da Inglaterra.

É perceptível nesta concepção durkheimiana, a visão estrutural-funcionalista da sociedade, pois à maneira daquela de outros animais, as sociedades humanas portariam determinados padrões lógicos de desenvolvimento e evolução, que ao partir de sociedades simples chegar-se-ia àquelas com características complexas e mais desenvolvidas. Nessas sociedades, ditas mais evoluídas, a luta pela vida é extremamente acentuada entre organismos do mesmo tipo, por isso surgiria o fenômeno da divisão social do trabalho, posto que esse mecanismo permitiria a sobrevivência através da complementaridade produzida pela especialização e, claro pelo acentuamento histórico do processo de trocas. Esta complementaridade seria possível por meio da solidariedade orgânica que surge no momento em que o indivíduo se conhece e reconhece como parte separada do coletivo e nessa separação, a especialização.

“De fato, de um lado, cada um depende tanto mais estreitamente da sociedade quanto mais for dividido

for o trabalho nele, e, de outro, a atividade de cada um e tanto mais pessoa quanto mais pessoal, quanto ela mais ela for especializada. Sem dúvida, por mais circunscrita que ela seja, ela nunca é completamente original, mesmo no exercício de nossa profissão, conformamo-nos a usos, a práticas que são comuns a nós e a toda a nossa corporação. Mas, mesmo nesse caso, o jugo que sofremos é muito menos pesado do que quando a sociedade inteira pesa sobre nós, ele proporciona muito mais espaço para o livre jogo da nossa iniciativa. Aqui, pois a individualidade do todo aumenta ao mesmo tempo em que cada um dos seus elementos te mais movimentos próprios. Essa solidariedade assemelha-se à que observamos entre os animais superiores. De fato, cada órgão tem aí sua fisionomia especial, sua autonomia, e contudo a unidade do organismo é tanto maior quanto mais acentuada essa individuação das partes. Devido a essa analogia propomos chamar de orgânica a solidariedade devida à divisão do trabalho (Durkheim).

Nota-se, claramente, no excerto acima, a influência da teoria da evolução de Charles Darwin. Uma forma de solidariedade surge substituindo ou abarcando a forma precedente em virtude do adensamento populacional e da conseqüente luta pela vida e pela, agora, difícil sobrevivência, fato que pressiona difusamente os indivíduos em direção à divisão do trabalho e das tarefas. Tal como o pensamento darwinista as transformações surgem em função da adaptação às mudanças ocorridas no meio interno e externo.

A divisão do trabalho segundo a ótica marxiana

A teorização sobre a tríade: trabalho, a emergência do capitalismo e o problema da consciência é crucial para o avanço no entendimento e nas implicações da grande obra do pensador alemão, Karl Marx, sobre o complexo tema do trabalho. É mediante esta articulação tríplice que vai se desenvolvendo de forma totalizante e abarcante até atingir o cerne da compreensão e crítica sobre o modo de produção capitalista, considerado enquanto o modo específico desse momento caracterizado pela apropriação da força de trabalho pelos donos dos meios de produção, ou seja os donos do capital.

O homem, segundo Marx, longe de ser ideal e místico, como pretendia Hegel e seus seguidores, é um ser natural vivo, corpóreo e sensível munido de determinadas forças naturais mas que sofre, porque carece, ou seja está em perpétua dependência e a realização ou satisfação dessa carência está fora de si. Restando, então a ele, a buscar fora de si esse objeto que o integrará em sua essência. O ser se torna objetivo a partir do momento em que se realiza na externalidade objetiva, ou seja a partir do momento em que se relaciona com a natureza e com o outro em busca de seu objeto carecente. E a forma como ele realiza essa carência se faz através do trabalho em que ele altera ou transforma a natureza.

Essa relação com a natureza, na ótica marxiana, longe de ser pacífica, é dialética e, portanto conflituosa. Pois ao mesmo tempo em que a ela se submete, às suas leis e condições materiais, procura transmutá-la, buscando através do trabalho, atividade humana por excelência, não só a satisfação de necessidades fisiológicas como também a necessidade de se humanizar.

O trabalho, nesta perspectiva, pode ser apreendido enquanto produção material das condições de sobrevivência; através do qual se lograria obter a objetivação humana. Nesse ponto, Marx vê a capacidade do ser de criar a atividade vital pela vontade e pela consciência, o que pode ser visualizado melhor no trecho que se segue:

“O engendrar de um mundo objetivo, a elaboração da natureza inorgânica é a prova do homem enquanto um ser genérico consciente, isto é, um ser que se relaciona com o gênero enquanto sua própria essência ou se [se relaciona] consigo enquanto ser genérico. É verdade que também o animal produz lateral[mente], enquanto o homem produz universal[mente]; o animal produz apenas sob o domínio da carência física imediata, enquanto o homem produz mesmo livre da carência física, e só produz, primeira e verdadeiramente, na [sua] liberdade [com relação] a ela; o animal só produz a si mesmo, enquanto o homem reproduz a natureza inteira; [no animal] o seu produto pertence imediatamente ao seu corpo físico. O animal forma apenas segundo a medida e a carência da espécie a qual pertence, enquanto o homem sabe só produz a segundo a medida de qualquer espécie, e sabe considerar, por toda a parte, a medida inerente ao objetivo; o homem também forma, por isso, segundo as leis da beleza” (Marx).

O legado marxiano concebe o tema da divisão do trabalho de forma divergente à proposta por Durkheim, ao afirmar que a divisão do trabalho é a responsável pelo aparecimento de uma sociedade de classes, fato que embora entrevisto pelo grande estudioso francês não é tratado como tônica analítica em sua análise da divisão social do trabalho, pois conforme visto acima, presume-se que tal fenômeno levaria à integração e formação de uma sociedade coesa, saudável e não-patológica. Transcrevemos um trecho d'O Capital, em Marx magnificamente desenvolve sinteticamente suas percepções acerca do tema:

“(...) O mecanismo específico do período manufatureiro é o próprio trabalhador coletivo – que é a composição de muitos trabalhadores parciais. As diferentes operações, que o produtor de uma mercadoria executa alternativamente e que vão se incorporando no conjunto de seu processo de trabalho, dele exigem capacidades diversas. Ele precisa mostrar às vezes mais força, às vezes mais habilidade, às vezes mais atenção; ora, o mesmo indivíduo não possui todas essas qualidades em grau idêntico. Quando as diferentes operações são separadas, isoladas e tornadas independentes, os operários são classificados e agrupados segundo suas aptidões específicas. Se suas peculiaridades naturais são a base sobre a qual vem implantar-se a divisão do trabalho, desenvolve-se a manufatura, ao ser introduzida, forças de trabalho, que por sua natureza, só são capazes de certas funções restritas.(...) Quanto mais incompleto e imperfeito for o trabalhador parcial, mais será ele perfeito como parte do trabalhador coletivo. O exercício de uma única função transforma-o em órgão infalível dessa função, ao mesmo tempo que a conexão do mecanismo total obriga-o a trabalhar com a regularidade de uma peça de máquina. Como as diferentes funções do trabalhador coletivo são mais ou menos simples ou complexas, inferiores ou superiores, seus órgãos – as forças de trabalho individuais – exigem diferentes graus de desenvolvimentos, e possuem portanto valores diferentes.”

A divisão do trabalho, no sistema capitalista em suas diversas formas, tem produzido o consenso pacífico e harmônico defendido pela ótica estrutural-funcionalista; e sim procura extrair o máximo das atividades produtivas do trabalhador,

para incrementar o acúmulo de capital, sendo o incentivo à produtividade e à competição os princípios reguladores e estimuladores contidos na ideologia do modo de produção capitalista. Embora seja mister ressaltar que Durkheim estava consciente dessa problemática ao afirmar que essa divisão, longe de produzir felicidade, produziria apenas uma amenização da fadiga resultante da luta pela sobrevivência. Fato sublinhado exaustivamente por diversos estudiosos atuais como Dejours e Minayo-Gomez.

A incidência da divisão do trabalho remonta desde as primeiras comunidades tribais cuja organização se fundava na separação entre os sexos e em suas diferenças físicas. A separação entre a cidade e o campo acelera esse processo o que por sua vez possibilitou a divisão entre trabalho manual e trabalho intelectual, ou seja, entre a execução e a concepção, com essa última atribuída ao detentor dos meios de produção, que direta ou indiretamente passam a ser os idealizadores intelectuais do produto e organizadores do processo de trabalho, cabendo ao trabalhador, tão somente, realizar os procedimentos diretos de produção de mercadorias.

Esse degrau evolutivo em que se configura a separação entre o trabalho manual e o trabalho intelectual terá inúmeras conseqüências dentre elas a transformação sendo que esse último passa a ser campo privilegiado das classes dominantes. É mesmo nessas últimas é possível distinguir a presença de dois grupos básicos, aqueles membros que se dedicam à prática da dominação e os membros intelectuais, responsáveis pela produção e reprodução ideológica, em que ilusões ou falsas idéias são criadas para manter a coesão e a dominação de classes por outra.

A perda desta organicidade entre o saber e a produção juntamente com a relação assimétrica e a luta entre possuidores e despossuídos dos meios de produção, *i.e* o capital, configura a base dialética explicativa do modo de produção capitalista (Marx).

Percebe-se que de modo semelhante à Durkheim, a divisão social do trabalho para Marx, acelera-se com o sistema de troca de mercadorias e insumos necessários à sobrevivência a cada comunidade.

A divisão do trabalho no sistema capitalista possui o propósito fundamental de proporcionar ao capitalista um controle hierárquico sobre os trabalhadores sob seu domínio, impedindo-os, concomitantemente, de terem uma visão geral do que produzem, o que levaria a uma perda de sua capacidade de se organizar e de utilizarem de seus recursos criativos. Além disto, a divisão em minuciosas tarefas, o que possibilita o surgimento da especialização, também permite que os trabalhadores sejam

minimamente treinados e qualificados, tornando-os fáceis de serem substituídos e assim privados de poder na relação com os donos do capital.

Alienação e anomia no processo de trabalho

Giddens aponta duas formas de alienação enraizadas no modo de produção capitalista: a alienação tecnológica e alienação de mercado. A primeira seria decorrente da atividade produtiva do homem calcada no processo de trabalho fragmentado e rotineiro, propiciando o desinteresse do trabalhador pelo fruto do seu esforço. A segunda forma ocorre devido ao fato de que as relações de trabalho são pautadas pela luta de classes, onde os detentores do capital exercem domínio e exploração sobre a classe trabalhadora.

Marx relata que é mais o trabalho que é alienado do que o trabalhador propriamente dito, pois o mesmo é precedido por uma cadeia de relações sociais que inicialmente torna o capital um bem privado, seguidamente, estabelece uma relação de troca entre os trabalhadores pelo salário, oferecendo a esses, pouco controle e pouca voz sobre o processo produtivo.

Marx salienta que ao produzir esta relação, cria também - por meio da divisão do trabalho e seu escopo de maior produtividade - uma separação entre produto e produtor, ocasionando o distanciamento ou estranhamento diante da coisa produzida. Assim, o trabalhador acaba por vivenciar seu processo de trabalho como algo enfadonho e por vezes como provação.

É possível entrever, a partir daí, as conseqüências no campo psicossocial, pois, indivíduos que participam desses sistemas sociais, em que impera a lógica capitalista, acabam por se sentir como parte tão somente mecânica de uma engrenagem, sentindo-se separados e isolados dentro de seus grupos e de sua composição mais intrínseca e integradora: o self, o que se transforma em um trabalho rotineiro, sem sentido, desumanizado e mecânico que além de dirigido por outras pessoas, é visto apenas como mercadoria a ser vendida nos mercados de trabalho.

“ O seu prazer é um assunto meramente secundário; o seu recreio está subordinado à produção, sendo pois um prazer calculista, econômico, pois considera os seus prazeres como um dispêndio de capital e não pode esbanjar mais do que possa ser repostos com lucro pela reprodução do capital. O seu prazer está pois subordinado ao

indivíduo que acumula capital, enquanto antigamente era o contrário que se verificava (Marx).”

Nesse ponto, tomemos a contribuição de Japiassu¹¹ que coloca a necessidade de se buscar a redução dessa profunda assimetria entre aqueles que detém as instâncias do saber – e do poder- e aqueles que são afetados por ele. Assim, a alienação é a despossessão, ao mesmo tempo de um bem e de uma essência, de uma terra e de uma história, de uma propriedade e de uma liberdade. Nesse processo, a racionalidade tecnocientífica cumpre importante papel, segundo o mesmo autor, pois essa contribui para a perda da humanidade na medida que torna estéril, oculta e desencanta o mundo em que vive, pois nessa dinâmica fabrica um mundo em que não o reconhece mais. O autor, ora citado, reproduz uma passagem de Châtelet:

“Não somente o indivíduo enquanto produtor sofre essa forma de alienação que chamamos de reificação, que é a própria de toda sociedade fundada na propriedade privada dos meios de produção ou na desigual repartição da renda da coletividade, mas ainda, enquanto indivíduo, ele está em contradição, na medida em que deve ser, simultaneamente e de modo disparatado, trabalhador e cidadão, consumidor e produtor, pai e filho, personagem objetivado e subjetivado, corpo manifesto e alma secreta, pulsão e reflexão; em suma que deve assumir ao mesmo tempo e estatuto de passividade ao qual o coage a diretividade social e o papel de sujeito decisor e responsável que dele exige o democratismo contemporâneo” (Japiassu).

Durkheim, cuja obra focalizou o entendimento de funcionamento, controle e ordem na sociedade, formulou o conceito de anomia, como uma situação social onde faltaria coesão e ordem, especialmente no tocante a normas e valores. Durkheim, por meio de seus estudos sobre o padrão de suicídio na Europa no século XIX, argumentou que os padrões de suicídio eram mais altos entre os protestantes porque esses atribuíam um significado maior à autonomia e à auto-suficiência, o que as tornavam mais susceptíveis a crises emocionais devido ao enfraquecimento de seus laços sociais (Durkheim).

Desta maneira, a anomia é o resultado da desintegração social originada pelo desapareço ou desprezo dos indivíduos às normas, o que pode ser observado em épocas de crises ou calamidades públicas. Sendo observado também, obviamente, na moderna sociedade capitalista, em que o indivíduo, é instado a desenvolver sua autonomia a ponto de identificar-se mais com seus interesses do que com os interesses do grupo ou comunidade (Durkheim)

Segundo Giddens, decerto Durkheim também reconhecia o alienamento produzido pelo processo de trabalho capitalista, em que o homem reproduzia mecanicamente e monotonamente os mesmos movimentos, aviltando sua natureza. No entanto, o sociólogo francês referido, propõe a consolidação da especialização na divisão do trabalho, o que levaria o surgimento da “solidariedade orgânica”, padrão por excelência, de interdependência funcional dentro das relações de trabalho a ser atingido pela nova sociedade moderna. Ou seja, não há espaço para o conflito na visão durkheimiana, pois todo “desvio” deveria ser absorvido ou reelaborado por conformações e mecanismos sociais e sistêmicos.

Na via oposta, Marx apostava na dissolução radical da divisão do trabalho como princípio transformador das relações humanas. Embora Marx não cresse na utopia de uma eliminação de toda e qualquer barreira entre o homem e seu objeto, quer dizer, na relação entre trabalhador e produto, o grande pensador alemão, acreditava na abolição do capitalismo e da divisão social do trabalho, em que, a partir desse momento, os indivíduos passariam a compartilhar universalmente dos meios de produção.

Interessa aqui, também reportar esta tênue ponte convergente que se produz entre o enunciado por autores tão díspares como Marx, Durkheim e Japiassu, pois ao passo que Marx introduziu, embora tenha abandonado mais tarde em sua principal obra, o conceito de alienação dentro do sistema capitalista de produção, Japiassu enfoca a reificação da tecnociência e a produção da crise pós-moderna por ela instaurada, é possível costurar, fugazmente, esse processo através da contribuição que Durkheim legou, ao trazer o conceito de anomia. Pois é nítido o efeito que a revolução tecnológica, seja no campo do trabalho ou da vida cotidiana, trouxe, a despeito de suas melhorias materiais, na relação alienada, que produz e reproduz nas relações do homem consigo ou na relação com os grupos de que faça parte.

Retomando os fios condutores do presente trabalho, recorreremos a Campos¹² que avalia que esta organização parcelar do trabalho em saúde e a fixação de cada profissional a uma etapa produz alienação que prejudica não somente o cliente como

também o próprio trabalhador. Segundo o mesmo autor, o trabalhador em saúde não se sente sujeito ativo no processo de reabilitação ou de intervenção programática para fins coletivos.

Mishima *et al.*¹³ adverte que tal situação tem levado à desumanização do trabalhador no que se refere ao sofrimento psíquico que lhe é imposto, à apatia, à falta de criatividade e à incapacidade de arriscar. Essas dificuldades têm influenciado sobremaneira a organização dos serviços de saúde. É preciso, continuam as autoras, reconstruir os conceitos fundados na racionalidade científica de forma que o desejo, a subjetividade e a capacidade emancipadora dos sujeitos possam sobreviver às contradições e aos conflitos do cotidiano, possibilitando a recriação de alternativas viáveis e realistas dentro de cada contexto sócio-cultural.

Esta forma alienante de trabalho, continuam as autoras supra-citadas, praticado nos serviços de saúde, ao fixar a inteligência e a disciplina em determinados atos esvaziados de sentido, embruteceria e aborreceria o trabalhador, tornando o trabalho um suplício. Sem querer adentrar na questão do sofrimento psíquico causado pelo trabalho alienado, reportamos que tem crescido o número de investigações como as de Maslach e Jackson, Ballone, Atance - todos citados por Marcolan sobre a síndrome de *burnout*, típica síndrome moderna do ambiente de trabalho em saúde, cujas características são a exaustão emocional, a despersonalização e a diminuição do envolvimento no trabalho.

É interessante citarmos essa síndrome, pois a mesma parece, analisando sob o prisma teórico aqui adotado, condensar várias das características tanto da alienação do trabalhador como da anomia, tal como descrita por Durkheim, pois ao surgir, leva a dificuldades nas relações intergrupais, baixa satisfação e envolvimento no trabalho, irritabilidade e maior chance de abandono do emprego e faltas ao trabalho (Marcolan).

Cabe ressaltar que inúmeros trabalhos, dentre eles, Araújo¹⁵ evidencia que o segmento de enfermagem possui frequências mais altas de doenças mentais em relação aos profissionais médicos. Dentre outros fatores para essa ocorrência cita-se a maior presença de trabalhadores do sexo feminino, dupla ou tripla jornada de trabalho, incompatibilidade entre a vida do trabalho e familiar, a qualidade das relações interpessoais e o tipo e organização do trabalho. Atance, citado por Marcolan também evidencia que quanto mais especializada é a atividade, mais elevados serão os valores referentes ao sofrimento psíquico.

Tais considerações sugerem uma relação de complementaridade ou de proximidade entre estes dois conceitos, a questão é se ambos surgem como relação de causa efeito e qual a relação de ordem entre eles. E a partir dessa problematização inicial, propõe-se o resgate de alguns conceitos considerados chaves para a compreensão da problemática proposta. A discussão destas idéias buscará evidenciar as complementaridades e dissensões do tema sob a ótica do legado durkheimiano e marxiano, buscando o esclarecimento das questões levantadas.

Considerações Finais

A proposta deste artigo visou resgatar alguns pontos que aliam e se distanciam no estudo de dois clássicos na sociologia: Marx e Durkheim e sua colaboração para a clarificação e entendimento das relações sociais estabelecidas no processo de trabalho, enfatizando posteriormente a relevância e atualidade de seus conceitos dentro da atual conjuntura do processo de trabalho gerencial de enfermagem.

O aporte durkheimiano sobre anomia e solidariedade, embora diverso da visão marxiana, possui contribuições importantes, e passíveis de uma convergência, desde que testada de forma cuidadosa, na medida em que enfatiza a importância da solidariedade e coesão sociais. Características estas, pouco desenvolvidas e incentivadas no mundo contemporâneo do trabalho, especialmente no trabalho em equipe de saúde, que tendo em vista o caráter complementar dos profissionais de saúde, e seu objeto deveria ser mais enfatizado e desenvolvido, não só no cotidiano profissional como nas etapas de formação, ainda no seio dos aparelhos formadores.

Já no extenso e caudal corpo teórico proposto por Marx, o trabalho alienado que surge da divisão e especialização do trabalho, deve ser superado ao se eliminar a exploração burguesa, mas antes de tudo, busca-se sua superação, mais entretanto no reencontro do homem com sua plena razão e autonomia, num reencontro consigo mesmo e com seu trabalho. O estudo da obra de Marx possibilita uma reflexão profunda, atual e oportuna, cujas posições nesse sentido, ainda estão longe de serem superadas, principalmente, no campo do trabalho em saúde e notadamente no trabalho de enfermagem, devido aos fatores já discutidos anteriormente e que o tornam mais vulnerável à exploração do sistema capitalista e seus efeitos sobre a organização do processo de trabalho e por sua vez no atendimento de saúde prestado a sociedade.

Referências

1. Marx, Karl. A ideologia alemã. São Paulo: Martins Fontes, 2002.
_____, K. Manuscritos econômicos-filosóficos. São Paulo: Boitempo Editoria, 2004
_____, K. O Capital (Livro I). RJ: Civilização Brasileira, 1980.
2. Aron, R. O marxismo de Marx. São Paulo: Arx, 2003.
3. Lucáks, G. História e Conciencia de classe. São Paulo: Martins Fontes, 2003.
4. Lessa, M. Lucáks e a ontologia do social. São Paulo: Martins Fontes, 2001.
5. Gonçalves, R. B. M. Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1994.
6. Leopardi, M. T. Instrumentos de trabalho na saúde: razão e objetividade. In: Leopardi, M. T. *et al.* Processo de trabalho em saúde: organização e subjetividade. Florianópolis: Papa-livros, 1999.
7. Pires, D. Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil. São Paulo: Annablume, 1998.
8. Trevizan, M. A. Enfermagem hospitalar: administração e burocracia. Brasília, Universidade de Brasília, 1988.
9. Durkheim, E. A divisão Social do Trabalho. IN: Rodrigues, José Albertino Durkheim. São Paulo: Ed. Ática, 7ª ed.
_____, E. O Sucício. IN: Rodrigues, José Albertino Durkheim. São Paulo: Ed. Ática, 7ª ed.
10. Giddens, A. (1976). Capitalismo e Moderna Teoria Social. Lisboa/Rio de Janeiro: Presença/Martins Fontes.

11. Japiassu, H. *Ciência e Destino Humano*. Rio de Janeiro: Imago, 2005.
12. Campos, G. W. S. *Subjetividade e administração de pessoal: Considerações sobre Modos de Gerenciar o Trabalho em Equipes de Saúde*. IN: Merhii , EE; Onocko,R (org). *Agir em Saúde: Um Desafio para o Público*. São Paulo /Buenos Aires: Hucitec/Lugar Editoria, 1997.
13. Mishima, S. M. *et al*. *Organização do processo gerencial no trabalho em saúde pública*. IN: Almeida, MCP; Rocha. SM. *O Trabalho de Enfermagem*, São Paulo: Cortez, 1997.
14. Marcolan, J. F. *Trabalho e produção de sofrimento nas organizações de Saúde*. IN: Santos, Álvaro da Silva (org) Miranda, Sônia M. R. *A Enfermagem na Gestão em Atenção Primária à Saúde*.Barueri, SP: Manole, 2007.
15. Alves, M. *et al* *Perfil dos gerentes de Unidades Básicas de Saúde*. Brasília (DF): *Rev. Brasileira de Enfermagem*, 2004, jul/ago;57(4):441-6.