



**Universidade do Estado do Rio de Janeiro**

**Centro Biomédico**

**Faculdade de Enfermagem**

**Luanna Klaren de Azevedo Amorim**

**O trabalho do enfermeiro: reconhecimento e valorização  
profissional**

**Rio de Janeiro**

**2013**

Luanna Klaren de Azevedo Amorim

**O trabalho do enfermeiro: reconhecimento e valorização  
profissional**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Enfermagem, Saúde e Sociedade.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dra. Norma Valéria Dantas de Oliveira Souza

Rio de Janeiro

2013

CATALOGAÇÃO NA FONTE  
UERJ/REDE SIRIUS/CBB

A524 Amorim, Luanna Klaren de Azevedo.  
O trabalho do enfermeiro: o reconhecimento e valorização  
profissional / Luanna Klaren de Azevedo Amorim. - 2013.  
97 f.

Orientadora: Norma Valéria Dantas de Oliveira Souza.  
Dissertação (mestrado) – Universidade do Estado do Rio de  
Janeiro, Faculdade de Enfermagem.

1. Enfermagem do trabalho. 2. Enfermeiros – Satisfação no  
trabalho. 3. Doentes hospitalizados. 4. Equipe de Enfermagem. I.  
Souza, Norma Valéria Dantas de Oliveira. II. Universidade do Estado  
do Rio de Janeiro. Faculdade de Enfermagem. III. Título.

CDU  
614.253.5

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial  
desta dissertação, desde que citada a fonte.

---

Assinatura

---

Data

Luanna Klaren de Azevedo Amorim

**O trabalho do enfermeiro: reconhecimento e valorização profissional**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Enfermagem, Saúde e Sociedade.

Aprovada em 28 de junho de 2013.

Banca Examinadora:

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Norma Valéria Dantas de Oliveira Souza (Orientadora)  
Faculdade de Enfermagem - UERJ

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Sheila Nascimento Perreira de Farias  
Escola de Enfermagem Anna Nery - UFRJ

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Lucia Helena Garcia Penna  
Faculdade de Enfermagem - UERJ

Rio de Janeiro  
2013

## DEDICATÓRIA

As queridas pessoas que fizeram do exercício da profissão de professor/educador uma forma de expressar o seu dom e tocar vidas. Em especial destaco alguns professores que participaram da minha educação básica: Tia Mary, Paula Antunes e Wallace Nogueira. Ressalto ainda aqueles que são fontes de exemplo e inspiração para a enfermeira que a cada dia busco ser: Adriana Lenho, Adriana Reis, Alexandre Vicente, Célia Caldas, Lucia Penna, Eloa Carneiro, Maysa Ludvice e Norma Valéria. Muito obrigada por acreditarem que o processo de educar pode ser transformador, libertador e uma das ferramentas mais eficazes para construir uma sociedade melhor.

Sabe o que eu quero de verdade?! Jamais perder a sensibilidade, mesmo que às vezes ela arranhe um pouco a alma. Porque sem ela não poderia sentir a mim mesma...

*Clarice Lispector*

## AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus, autor da minha vida, pelo seu amor, cuidado e proteção!

Aos meus pais, William e Harialda, minha base, meu referencial de família! Pelo amor e educação que sempre me deram e por serem o exemplo, que quero seguir, de companheirismo e união.

Ao meu irmão, Thiago por ser meu primeiro amigo, parceiro e companheiro da vida. Por sonharmos e compartilharmos juntos! Pela ajuda, força e incentivo durante todo o processo do mestrado.

À toda a minha família, tantos os Azevedos como os Amorins. E em especial aquelas com quem convivi diariamente durante toda a minha infância e parte da minha adolescência: a minha avó Isa e minhas tias, Marilane, Marinete, Elizabete, Elizete e Vanda. Exemplos de mulheres guerreiras e batalhadoras! Com vocês me divirto muito nos nossos momentos em família e sempre relembro aquela música “Essa família é muito unida e também muito ouriçada. Brigam por qualquer razão, mas acabam pedindo perdão”. Amo-as e admiro-as, hoje e sempre!

À minha querida mãedrinha Elizete, por ter aberto a porta de sua casa e de seu coração em 2005 e me fazer integrante de seu lar e vida. Não tenho palavras para agradecer todo o amor, dedicação e cuidado que me dedica, como se fosse sua filha.

Ao João Luiz, Luiza por todo o carinho e momentos agradáveis, e por ter me dado uma linda surpresa em novembro de 2010, ser madrinha (torta) do loirinho mais lindo do mundo, Mateus. A dinda te ama muito!

Aos meus amigos de Seropédica Daiane, Rogério, Gabriela, Victor, Rodrigo, Mariza, Jeferson e Miliane por me acompanharem e incentivarem desde o início da minha caminhada acadêmica. Muito obrigada pelo carinho, força mesmo com a distância e compreensão nos momentos em que estive ausente.

A minha querida amiga Camila, por estar ao meu lado em todos os momentos sejam eles bons, alegres e divertidos ou difíceis, tristes e estressantes. Muito obrigada por ser uma companhia constante, por ter ouvidos atentos e um coração generoso, por fornecer momentos de risos transbordantes, e é obvio por ser minha amiga chiclete!

Ao querido casal Danielle (a mamãe de 2013) e Tiago, por toda amizade, companheirismo e carinho. E agora pela chegada do mascote do grupo de amigos da Tijuca, seja muito bem vindo Rafa!

Um agradecimento muito especial a Norma Valéria, minha querida orientadora, que cumpre muito além do papel acadêmico/científico que lhe é devido. Obrigada por ser uma orientadora mãe e amiga. Obrigada até mesmo por todas as dicas, broncas, elogios, incentivos e força! Por ter me ajudado em um momento difícil de minha vida. Quando penso em toda essa trajetória me remeto a música "I'll remember", e a você dedico essa canção!

As meninas que participam do projeto de extensão, por acompanhar o crescimento e evolução de cada uma. Em particular a Eliane e Mariana por toda a ajuda e contribuição no período de coleta de dados dessa pesquisa. Muito obrigada meninas!

## RESUMO

AMORIM, Luanna Klaren de Azevedo Amorim. **O trabalho do enfermeiro: reconhecimento e valorização profissional.** 2013. 97 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2013.

A presente pesquisa tem como objeto de estudo [re]conhecimento que os usuários de um hospital geral detêm sobre o trabalho do enfermeiro. Seu objetivo geral é discutir o entendimento dos usuários de um hospital geral do Rio de Janeiro sobre o trabalho do enfermeiro, à luz do seu reconhecimento profissional, e seus objetivos específicos são: identificar o [re]conhecimento que os usuários possuem sobre o trabalho do enfermeiro e analisar o [re]conhecimento dos usuários sobre o trabalho dos enfermeiros, buscando aproximações e distanciamentos das competências do enfermeiro. Esta pesquisa apoia-se nas concepções teóricas da psicodinâmica do trabalho desenvolvidas por Dejours, se apropriando mais profundamente, da discussão sobre a dinâmica do reconhecimento, na qual acredita que o reconhecimento pode ser um meio que possibilita a transformação do sofrimento no trabalho em prazer. Com o intuito de respeitar os princípios éticos e a Resolução 196/96, essa pesquisa foi encaminhada ao Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos/SR-2/UERJ e obteve parecer favorável com protocolo nº 49.3.2012. Trata-se de um estudo exploratório-descritivo de abordagem quantitativa e desenho transversal. A população foram clientes internados nas enfermarias cirúrgicas e clínicas do referido hospital. Para melhor caracterizar o perfil da clientela internada foi utilizado o Sistema de Classificação de Pacientes elaborado por Perroca (1996) que baseia-se nas necessidades individualizadas de cuidado de enfermagem, com o intuito de identificar o grau de dependência que o sujeito apresenta da equipe de enfermagem. Os 65 participantes da pesquisa foram selecionados por meio de uma amostra intencional. O instrumento de coleta de dados utilizado foi um formulário contendo 22 perguntas, sendo 18 fechadas e 04 abertas. As informações foram coletadas no período de agosto a outubro de 2012 e analisadas utilizando-se da estatística descritiva simples. A apresentação dos dados foi através de tabelas e a sua discussão teve quatro tópicos, são eles: Perfil sociodemográfico da população; Experiências hospitalares anteriores; Conhecimento da população sobre o enfermeiro e o seu trabalho; O trabalho do enfermeiro e seu reconhecimento. Os resultados mostraram que o perfil sociodemográfico da população é composta por uma maioria feminina; a faixa etária predominante é de 55 a 64 anos e o grau de escolaridade da população é baixo. Para 75,4% dos sujeitos a atual internação hospitalar não é a primeira. No que se refere ao conhecimento que o participante tem sobre o enfermeiro, constatou-se que eles relatam saber quem é o profissional, qual é o seu grau de escolaridade, porém um número significativo não conhecia a composição da equipe de enfermagem (41,5%), demonstrando ser esse um fato contraditório. No que se refere ao reconhecimento conferido ao enfermeiro e seu trabalho, os participantes consideraram importante tanto o trabalho desenvolvido pelo enfermeiro, como também a sua atuação na equipe de saúde, e declararam a pouca valorização social que é imputada à profissão. As principais formas de reconhecimento atribuídas nesta pesquisa estavam relacionadas a sentimentos afetuosos positivos que a figura do enfermeiro gera e a excelência na prestação de cuidados de enfermagem. Palavras-chaves: Enfermagem do Trabalho. Reconhecimento profissional. Cliente hospitalizado.

## ABSTRACT

The present research has as object of study the [re]cognition that users of a general hospital have about the work of the nurse. Its general objective is to discuss the understanding of users of a general hospital in Rio de Janeiro about the work of the nurse, in the light of their professional recognition, and its specific objectives are: to identify the [re]cognition that users have on the work of nurse and analyze the [re]cognition of users, seeking approaches and distances of the competence of the nurse. This research is based on the theoretical concepts of the psychodynamics of work developed by Dejours, appropriating more deeply, the discussion on the dynamics of the recognition, in which believes that recognition can be a means that enables the transformation of suffering at work in pleasure. In order to respect the ethical principles and the resolution 196/96, this survey was forwarded to the Ethics Committee and Research with Human Beings/SR-2/UERJ and obtained assent with Protocol number 49.3.2012. This is a descriptive-exploratory study of quantitative approach and cross design. The population were patients hospitalized in clinical and surgical wards of the hospital in question. To better characterize the profile of hospitalized clients, was used the Patient Classification System prepared by Perroca (1996), that is based on individualized nursing care needs, in order to identify the extent of dependence degree that subject features of nursing staff. The 65 participants of the survey were selected through an intentional sample. The data-gathering instrument used was a form containing 22 questions, being 18 closed questions and 04 open questions. The information has been collected in the period from August to October 2012 and analyzed using simple descriptive statistics. The presentation of the data was through tables and their discussion had four topics, they are: Socio-demographic profile of the population; Previous hospital experiences; Knowledge of the population about the nurse and his work; The work of nurses and its recognition. The results showed that the demographic profile of the population is made up of a female majority; the predominant age group is from 55 to 64 years, and the educational level of the population is low. To 75.4% of the subjects the current hospitalization is not the first. With regard to the knowledge that the participants have about the nurse, it was found that they report to know who is professional, which is your level of education, but a significant number did not know the composition of the nursing staff (41.5%), demonstrating that this is a contradictory fact. With regard to the recognition given to the nurse and his work, the participants considered important to both the work done by the nurse, as well as their performance in the health team, and declared the little social value that is attributed to the profession. The main forms of recognition granted in this survey were related to positive affectionate feelings that figure of the nurse raises and excellence in nursing care.

Keywords: Occupational Health Nursing. Professional recognition. Hospitalized client.

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –	Frequência simples e relativa dos tipos de cuidados de enfermagem prestado aos clientes internados segundo o Sistema de Classificação de Pacientes (Perroca, 1996). Rio de Janeiro, 2013.....	45
Tabela 2 –	Distribuição das frequências simples e relativa das características sociodemográficas dos clientes internados. Rio de Janeiro, 2013.....	49
Tabela 3 –	Distribuição das frequências simples e relativa das profissões dos clientes internados. Rio de Janeiro, 2013.....	50
Tabela 4 –	Frequência simples e relativa das internações hospitalares anteriores da população estudada. Rio de Janeiro, 2013.....	51
Tabela 5 –	Frequência simples e relativa sobre o conhecimento dos clientes internados acerca do enfermeiro. Rio de Janeiro, 2013	52
Tabela 6 –	Frequência simples e relativa sobre a identificação da equipe de enfermagem segundo os clientes internados. Rio de Janeiro, 2013.....	53
Tabela 7 –	Frequência simples e relativa sobre a importância dos profissionais de saúde na dinâmica do trabalho hospitalar segundo a opinião dos clientes internados. Rio de Janeiro, 2013.....	54
Tabela 8 –	Frequência simples e relativa sobre as atribuições do enfermeiro na equipe de saúde, segundo os clientes internados. Rio de Janeiro, 2013.....	55
Tabela 9 –	Frequência simples e relativa sobre do conhecimento dos clientes internados acerca das atribuições profissionais do enfermeiro. Rio de Janeiro, 2013.....	56
Tabela 10 –	Frequência simples e relativa da lista de atividades desenvolvidas pelo enfermeiro segundo a opinião dos clientes internados. Rio de Janeiro, 2013.....	57

Tabela 11 –	Frequência simples e relativa sobre o reconhecimento do trabalho desenvolvido pelo enfermeiro segundo a opinião dos clientes internados. Rio de Janeiro, 2013.....	58
Tabela 12 –	Frequência simples e relativa das categorias formada por palavras que descrevem o enfermeiro e seu trabalho segundo a opinião dos clientes internados. Rio de Janeiro, 2013.....	59

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Distribuição dos artigos selecionados na revisão bibliográfica sobre Identidade Profissional do Enfermeiro. Rio de Janeiro, 2013.....	83
Quadro 2 – Frequências simples das categorias formada por palavras que descrevem o enfermeiro e seu trabalho, segundo a opinião dos clientes internados. Rio de Janeiro, 2013.....	90

## SUMÁRIO

	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	14
1	<b>REFERÊNCIAL TEÓRICO</b> .....	25
1.1	<b>Psicodinâmica do trabalho: dinâmica do reconhecimento</b> .....	25
2	<b>FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</b> .....	29
2.1	<b>Processos de configuração do enfermeiro: história da enfermagem e sua identidade profissional</b> .....	29
2.1.1	<b><u>A história da enfermagem no mundo e no Brasil</u></b> .....	29
2.1.2	<b><u>A identidade profissional do enfermeiro</u></b> .....	33
2.2	<b>O trabalho do enfermeiro na saúde</b> .....	37
3	<b>MATERIAIS E MÉTODO</b> .....	41
3.1	<b>Tipo de estudo</b> .....	41
3.2	<b>Campo de Pesquisa</b> .....	42
3.3	<b>População</b> .....	43
3.4	<b>Instrumento de coleta de dados</b> .....	45
3.5	<b>Aspectos Éticos do Estudo</b> .....	46
3.6	<b>Estratégias e técnica de coleta de dados</b> .....	48
3.7	<b>Método de Análise</b> .....	48
4	<b>APRESENTAÇÃO DOS DADOS</b> .....	49
5	<b>DISCUSSÃO DOS DADOS</b> .....	61
5.1	<b>Perfil sociodemográfico da população</b> .....	61
5.2	<b>Experiências hospitalares anteriores</b> .....	63
5.3	<b>Conhecimento da população sobre o enfermeiro e o seu trabalho</b> .....	64
5.4	<b>O trabalho do enfermeiro e seu reconhecimento</b> .....	68
6	<b>CONCLUSÃO</b> .....	71
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	74
	<b>APÊNDICE A - Quadro da distribuição de artigos</b> .....	83
	<b>APÊNDICE B - Termo de consentimento livre e esclarecido</b> .....	84
	<b>APÊNDICE C - Instrumento de coleta de dados</b> .....	85
	<b>APÊNDICE D - Carta de Solicitação/Autorização</b> .....	88
	<b>APÊNDICE E - Carta de Apresentação</b> .....	89

<b>APÊNDICE F – Quadro de categoria das palavras.....</b>	<b>90</b>
<b>ANEXO A - Instrumento de classificação de paciente.....</b>	<b>92</b>
<b>ANEXO B - Carta de aprovação do Comissão de Ética em Pesquisa.....</b>	<b>97</b>

.

## INTRODUÇÃO

O presente estudo teve como tema o reconhecimento do trabalho do enfermeiro. O desejo em investigar essa temática surgiu da crença de que o reconhecimento no e pelo trabalho gera inúmeros benefícios tanto para o trabalhador quanto para a organização do trabalho e a produtividade. Além disso, autores como Dejours, Gernet, Abdoucheli, Jayet (2010) salientam que a valorização do trabalhador pelo reconhecimento de seu envolvimento e bom trabalho desenvolvido resulta em benefícios à saúde mental do trabalhador, age como estímulo para a manutenção do processo de trabalho, fortalece sua identidade, como também proporciona prazer e realização.

A inquietação sobre o tema surgiu ao longo da minha trajetória na graduação de enfermagem na Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), fortalecendo-se na prática profissional. Na graduação vivi momentos de grandes contradições entre o encantamento da importância da profissão e de seu papel na sociedade e a dura realidade que se colocava no dia a dia, na qual muitas vezes observei que o enfermeiro era pouco reconhecido como elemento importante na dinâmica do trabalho em saúde e até mesmo pelo usuário do serviço.

Essas contradições emergiam também porque durante minha formação acadêmica pude compreender a relevância do enfermeiro para a qualidade do trabalho em saúde, a importância da sua inserção no sistema de saúde. Porém, ao me inserir como trabalhadora do sistema de saúde, verifiquei que a realidade mostrava-se algo distante de meu aprendizado e minhas crenças. Inicialmente, evidenciei salários baixíssimos, um dos melhores indicadores da importância de uma profissão numa sociedade. Posteriormente, verifiquei a precarização das condições de trabalho em que se encontram os profissionais de enfermagem. Além disso, pude observar a pouca clareza do usuário sobre quem era o enfermeiro e o que ele desenvolve na dinâmica do trabalho em saúde e enfermagem, percebendo também que as pessoas reconhecem o enfermeiro e o seu trabalho de forma fragmentada e estereotipada.

Primeiramente pude perceber a existência desta problemática através de pessoas próximas, que acompanhavam a minha jornada de estudos teóricos e práticos na graduação, as quais faziam questionamentos do tipo: “Existe faculdade

de enfermagem? Não sabia!”, “Não sabia que tinha divisão na equipe de enfermagem! Pensava que todo mundo era enfermeiro!” “Enfermeiro faz consulta de pré-natal? Pensei que só o médico podia fazer!” e também “O que um enfermeiro pode e não pode fazer?”.

À medida que estes questionamentos surgiam, refletia sobre eles e, algumas questões pareciam ficar mais claras, como por exemplo, nós, os enfermeiros, somos os principais agentes de transformação desta realidade, através da consciência interna de quem somos e qual é o nosso trabalho. Nesse sentido, crescia em mim a vontade de pesquisar algum tema que se relacionasse com o reconhecimento do enfermeiro.

Já em minha prática profissional também pude perceber que vários enfermeiros não viam o seu trabalho como relevante, pois acabavam por incorporar a visão do senso comum sobre o trabalho do enfermeiro, ou seja, pensamentos do tipo: o trabalho do enfermeiro é complementar ou subalterno ao do médico. Ademais, outras queixas referentes ao pouco reconhecimento relacionavam-se às instituições de saúde, por se sentirem “explorados”. Isto é, sobrecarga de funções e responsabilidades, ritmo de trabalho elevadíssimo, retorno financeiro muito aquém de suas expectativas. A partir dessas reflexões, percebi empiricamente que o enfermeiro e seu trabalho são reconhecidos de forma superficial por muitas pessoas, não estando tão consolidada e/ou delimitada como outras profissões da saúde.

Considero que esta problemática precisa ser transformada, pois no Brasil a equipe de saúde é composta majoritariamente por profissionais de enfermagem, que constituem 49,6% da força de trabalho em saúde (PROFAE, 2012). Ou seja, apesar de a enfermagem ser a maior equipe na área da saúde, não é necessariamente a que tem maior reconhecimento perante a sociedade, a outros profissionais de saúde e usuários do cuidado de enfermagem.

O meu interesse em estudar o enfermeiro, e não toda a equipe de enfermagem, primeiramente se deu pelo fato de ser essa a profissão que eu escolhi, logo o desejo que tenho em estudá-la e conhecê-la mais profundamente, principalmente no que tange o reconhecimento, valorização e identidade profissional do enfermeiro. Por ser esse um profissional com uma formação única e específica que demanda muito dispêndio teórico, prático, financeiro e temporal (SOUZA et al, 2006). Por entender que o enfermeiro é o profissional responsável pela equipe de enfermagem, como também pela sua formação, sendo este um fator de grande

importância devido à expressão numérica que o mesmo tem na saúde brasileira (LEOPARDI, 1999).

Outro fator impulsionador para estudar este grupo em específico é o de compreender como o enfermeiro é importante para o planejamento, desenvolvimento, execução e organização no processo de trabalho em saúde no nosso país, apesar do mesmo passar despercebido. Kreischer (2008), em um estudo sobre a percepção de enfermeiros sobre a organização do trabalho em um centro cirúrgico, analisa que devido às características do trabalho imaterial dos enfermeiros, e dado sua inserção em uma sociedade capitalista, há grande dificuldade em valorizar e reconhecer o trabalho destes profissionais, que muitas vezes é “invisível”, mas de extrema importância para a dinâmica do trabalho em saúde.

Cabe ressaltar que para entender o presente, é importante compreender o passado, para a partir daí, pensar estratégias e soluções para transformar realidades consideradas obsoletas. Desse modo, faz-se relevante uma breve contextualização histórica sobre a profissão de enfermagem.

Sendo assim, torna-se importante considerar alguns acontecimentos que configuraram a história da enfermagem. Como fundadora da enfermagem moderna alude-se à figura de uma mulher visionária, Florence Nightingale, cujo marco histórico de sua participação como enfermeira foi a guerra da Criméia em 1854. Desta forma, há de se ressaltar que a profissão é relativamente nova, ou seja, possui menos de 200 anos. Neste sentido, podemos considerar que o processo de formação e consolidação de uma identidade profissional e reconhecimento social, ainda está em construção devido ao seu caráter dinâmico, que acompanha os eventos da história. Segundo Costa (2009, p. 662), “O grande mérito de Florence Nightingale foi dar voz ao silêncio daqueles que prestavam cuidados de enfermagem, que provavelmente não percebiam a importância dos rituais que seguiam, que já indicavam uma prática profissional.”.

Por outro lado, cabe uma reflexão: a figura de Florence Nightingale influencia até hoje a imagem da enfermagem e do enfermeiro, que muitas vezes, está ligada a submissão à ordem vigente, ao poder instituído e ao grupo que está revestido do poder. Andrade (2007) relata sobre como o trabalho de enfermagem era submetido a uma forte organização disciplinar, inicialmente ordenada pelos médicos. O modelo biomédico era o único instituído no período, considerado o científico. Diante disso, o

trabalho de enfermagem era visto como menos importante, secundário, pois era encarado como complementar e de manutenção do modelo vigente.

Ao longo da história observamos avanços e retrocessos na visibilidade, autonomia e reconhecimento da profissão de enfermeiro. No entanto, atualmente o que se observa majoritariamente é uma desvalorização do trabalho do enfermeiro. Por exemplo, muitas instituições privadas têm em sua política interna meios que geram uma ação reducionista das atividades realizadas por enfermeiros, não valorizando o trabalho dos mesmos. Tal fato pode ser observado através da forma em que os enfermeiros são tratados nessas instituições (em algumas os profissionais não podem entrar na instituição pela recepção principal, e sim pelos fundos), a carga de trabalho abusiva, o dimensionamento de pessoal que não cumpre a resolução do COFEN nº 293/2004, ou seja, não havendo o número de profissionais que deveria, gerando assim maior desgaste do profissional (COFEN, 2004; JESUS, 2010; KURCGANT, 2005).

Porém, reações do coletivo profissional têm sido instituídas a fim de buscar visibilidade positiva, reconhecimento social e profissional. Neste sentido, a enfermagem vem se preocupando em ter ascensão acadêmica por meio do fortalecimento de suas bases científicas. Tal fato é explicitado através do incremento da produção do conhecimento científico, do aumento quantitativo e qualitativo de cursos de pós-graduação *stricto sensu* (SALES, 2010). De acordo com Andrade (2007, p 97):

A enfermagem, como qualquer atividade humana, possui um conjunto de idéias e modos de atuar que constituem o conhecimento, o saber em que se baseia sua prestação de serviço à sociedade. Na década de 50 do século XX, surgiram muitos questionamentos em torno do agir tecnicamente orientado, quando então as enfermeiras passaram a enfatizar a aplicação de princípios científicos nos seus procedimentos. A partir daí, aumentaram as reflexões sobre a necessidade de se desenvolver um corpo de conhecimento específico que pudesse conferir identidade e autonomia à profissão.

Com o passar do tempo percebeu-se a necessidade do estabelecimento de acordos, regras de condutas e leis para o exercício profissional da enfermagem. No Brasil, em 1973, foi criado o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), que tem a função de “normatizar e fiscalizar o exercício da profissão de enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, zelando pela qualidade dos serviços prestados pelos participantes da classe e pelo cumprimento da Lei do Exercício Profissional”.

Segundo a Lei nº 7.498/86, de 25 de junho de 1986, que regulamenta o exercício da enfermagem, no artigo 2, parágrafo único dispõe que: “A Enfermagem é

exercida privativamente pelo Enfermeiro, pelo Técnico de Enfermagem, pelo Auxiliar de Enfermagem e pela Parteira, respeitados os respectivos graus de habilitação.” Na equipe de enfermagem existe uma divisão de acordo com a formação acadêmica de cada profissional. O enfermeiro é aquele com graduação e também o responsável pelos outros participantes da equipe. O técnico deve possuir o ensino médio e o auxiliar o ensino fundamental e, ambos, possuem uma formação complementar em enfermagem (COFEN, 1986).

Porém, acatando a reformulação das Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Profissional de Nível Técnico, Resolução CNE/CEB Nº 04/99, na qual ficou definido que para haver a habilitação profissional de nível técnico em saúde, a carga horária mínima deveria ser de 1.200 horas. Dessa forma, houve a extinção do curso de formação de auxiliares de enfermagem, pois o mesmo não cumpria com essa exigência. Neste sentido, percebe-se que, com o passar dos anos, haja uma mudança no quadro funcional da enfermagem brasileira, sendo a mesma composta apenas por técnicos de enfermagem e enfermeiros.

O fato de haver uma divisão social na equipe de enfermagem, isto é, a mesma é composta por profissionais com formação e funções distintas, dificulta o senso comum e, até a própria profissão, de delimitar as atribuições e papéis profissionais, influenciando na valorização e no reconhecimento profissional e social (LEOPARDI, 1999; KURCGANT, 2005). Nesta perspectiva, durante minha atuação profissional pude observar que os usuários do serviço de saúde recebiam os cuidados de enfermagem e não diferenciavam de qual membro da equipe de enfermagem haviam recebido os cuidados.

Outro fator que corrobora esse fato é o do contingente de auxiliares e técnicos de enfermagem ser em maior número do que o de enfermeiros. Em nível nacional, a equipe de enfermagem é composta por 57% desse contingente, já em nível regional, mais especificamente no Rio de Janeiro, os dados de 2011 revelam que a equipe é composta por 84,2% de técnicos e auxiliares de enfermagem e 15,8% de enfermeiros (COREN-RJ, 2011; PROFAE, 2012). Desta forma, o enfermeiro numericamente é marcadamente menor e, portanto, aparece menos na dinâmica do trabalho em saúde, neste sentido, o usuário tem menos contato com esse profissional. O que pode se traduzir em desvantagem para dar visibilidade e reconhecimento para sua prática.

Ainda fazendo uso da lei que dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem, podemos perceber que a mesma é muito clara sobre as atividades privativas do enfermeiro, como também da sua participação como integrante da equipe de saúde. Apesar de todas as leis e órgãos que reconhecem o enfermeiro como profissional da saúde e delimitam as suas funções, atribuições, direitos e deveres, não podemos esquecer que o objeto de trabalho do enfermeiro é o cuidado. Segundo Borges e Silva (2010, p 854):

Toda profissão precisa justificar a necessidade da sua prestação de serviços, delimitar seu campo de competência e dar provas de sua indispensabilidade. Todavia, estudos revelam que as enfermeiras não têm clareza acerca do objeto de seu trabalho (o cuidado). Esse fato prejudica a delimitação do campo de competência da enfermagem, bem como a definição de sua identidade profissional.

Segundo a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), o enfermeiro é reconhecido como uma ocupação, como também a mesma dispõe de algumas especializações. Porém, como foi discutido no relatório final da Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde, intitulado “A empregabilidade e trabalho dos Enfermeiros no Brasil”, realizado em 2006, o número de especializações dessa ocupação reconhecida pela CBO (total de 18) é muito menor do que existe atualmente pelo COFEN (total de 43), que está disposta na Resolução COFEN 290/2004. A busca por um maior grau de especialização é uma característica que ao longo do tempo vem crescendo na enfermagem brasileira. Este é um fator que gera grandes benefícios para o desenvolvimento da categoria profissional, porém não podemos deixar de considerar que parte desta modificação é devido às exigências do mercado de trabalho, que a cada dia vem buscando profissionais mais capacitados em áreas específicas para compor a equipe de saúde.

Sobre a participação do enfermeiro como integrante da equipe de saúde vale lembrar que a mesma está assegurada na lei que regulamenta o exercício profissional da enfermagem. Esta equipe é composta por diferentes tipos de profissionais, o que classificamos como equipe multiprofissional de saúde (KURCGANT, 2005; LEOPARDI, 1999). Como exemplo cita-se a composição, de forma genérica, de equipe em uma instituição hospitalar formada por vários profissionais como: assistentes sociais, enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, médicos, nutricionistas, psicólogos entre outros. Porém, atualmente

um novo conceito tem sido abordado, o de interdisciplinaridade (MATOS, PIRES, RAMOS, 2010).

Essa nova proposta visa muito além da participação isolada de cada membro da equipe e sim a participação de cada um é considerada importante, pois traz uma visão única, qualificada, expondo o seu objeto de trabalho. Matos, Pires e Ramos (2010, p 60) discorrem sobre a importância de equipes interdisciplinares na saúde:

A atuação em equipe interdisciplinar na saúde constitui uma tentativa de superação do modo hegemônico de produção de conhecimentos e de cuidados de saúde ao se propor considerar as necessidades dos usuários em suas múltiplas dimensões e desenvolver formas mais motivadoras e criativas de realização do trabalho. Além disso, essa perspectiva se contrapõe à prática tradicional de organização do trabalho em saúde, desenvolvida de modo fragmentado, na qual cada grupo profissional realiza suas ações isoladamente, sem integração e articulação entre os saberes e fazeres das diversas profissões.

De fato, a proposta das equipes interdisciplinares é uma nova forma de organização do trabalho coletivo, o que é extremamente enriquecedora para o processo de trabalho em saúde. E, sobretudo, busca valorizar e reconhecer o trabalho de cada profissão que compõe essa equipe, destacando sua importância na complexidade do trabalho em equipe. Neste sentido, considera-se que a interdisciplinaridade pode ser uma estratégia positiva que possa dar autonomia e reconhecimento ao trabalho dos enfermeiros, abandonando o velho modelo biomédico que confere visibilidade apenas a uma ou duas equipes do trabalho em saúde (SCHERER; PIRES, 2011).

Considerando-se a contextualização inicial tecida acerca da temática e relatando as inquietações profissionais destacadas ao longo do texto, selecionou-se como objeto do estudo: [re]conhecimento dos usuários de um hospital geral sobre o trabalho do enfermeiro.

Para tornar claro o objeto, considerou-se relevante explicitar o entendimento das palavras conhecimento e reconhecimento. Segundo o Mini-Aurélio o dicionário da língua portuguesa (2008) conhecer significa “1. Ato ou efeito de conhecer. 2. Informação ou noção adquiridas pelo estudo ou pela experiência. 3. Consciência de si mesmo”. e reconhecer é “1. Identificar (algo ou alguém que já havia conhecido anteriormente) [...] 5. Observar ou avaliar o estado ou situação. 6. Considerar ou admitir que (alguém ou algo) possua certa qualidade.”

A fim de dar conta do objeto de estudo, avaliou-se como relevante lançar mão do referencial teórico de Christophe Dejours, que trata sob a Psicodinâmica do

Trabalho, e neste constructo teórico, o autor discorre sobre a dinâmica do reconhecimento (DEJOURS, 2011; GERNET; DEJOURS, 2010).

Neste sentido, Dejours (2011) salienta a relevância que o reconhecimento tem na conquista da identidade. Para ele o reconhecimento é o termo intermediário entre a sequência: sofrimento – trabalho – reconhecimento – prazer. Ou seja, o reconhecimento pode ser um meio que possibilita que o sofrimento no trabalho seja transformado em prazer. Ele ainda analisa que: “a falta de reconhecimento é tema recorrente no universo do trabalho. Não se trata de uma reivindicação marginal, mas de proposição fundamental da psicodinâmica da cooperação” (DEJOURS, 2011, p. 86).

Dejours desenvolve a idéia que o reconhecimento é compreendido de duas formas, através da *gratidão* das contribuições realizadas pelos trabalhadores para a organização do trabalho, e também como constatação da realidade que representa a contribuição “sem as quais a organização do trabalho prescrito não chegaria a bom termo” (DEJOURS 2011, p 308). Porém, o reconhecimento ainda passa por dois tipos de julgamentos específicos: o julgamento da utilidade e o da beleza (ou estética). De forma bem sucinta, pois essa abordagem foi aprofundada no referencial teórico sobre a Psicodinâmica do Trabalho e a dinâmica do reconhecimento, podemos dizer que:

- a) julgamento da utilidade “é proferido essencialmente pelo outro na linha vertical, ou seja, pelos sujeitos hierárquicos e os subordinados, eventualmente pelos clientes”;
- b) julgamento da beleza “é proferido essencialmente na linha horizontal, pelos pares, pelos colegas e membros da equipe, ou comunidade”.

No presente estudo, a intenção foi pesquisar a dinâmica do reconhecimento no que tange a um grupo de pessoas que proferem o julgamento da utilidade, neste caso, já que a pesquisa ocorreu em uma instituição hospitalar, esse grupo de pessoas foram os clientes internados que recebem os cuidados do profissional enfermeiro.

Nessa perspectiva, foi selecionado como problema de pesquisa: qual é o entendimento que o usuário de uma instituição hospitalar tem sobre o trabalho do enfermeiro?

Com o intuito de responder ao problema pontuado, foram definidos os seguintes objetivos para esta pesquisa:

- a) objetivo geral: Discutir o entendimento dos usuários de um hospital geral do Rio de Janeiro sobre o trabalho do enfermeiro, à luz do seu reconhecimento profissional;
- b) objetivos específicos:
  - identificar o [re]conhecimento que os usuários possuem sobre o trabalho do enfermeiro;
  - analisar o [re]conhecimento dos usuários sobre o trabalho dos enfermeiros, buscando aproximações e distanciamentos das competências do enfermeiro.

Para conseguir responder de forma mais efetiva este problema foi realizada uma pesquisa quantitativa, e para tal é necessário a formulação de uma hipótese. Segundo Rudio (2007, p 97), “Hipótese é uma suposição que se faz na tentativa de explicar o que se desconhece. Esta suposição tem por característica o fato de ser provisória, devendo, portanto ser testada para se verificar sua validade”. Com base neste conceito definimos como hipótese investigativa para o estudo: o usuário de uma instituição hospitalar tem um entendimento pouco claro sobre o trabalho do enfermeiro; em contrapartida temos como hipótese nula: o usuário de uma instituição hospitalar tem um bom entendimento do trabalho do enfermeiro.

O número muito pequeno de pesquisas sobre o reconhecimento profissional do enfermeiro segundo a compreensão dos clientes/usuários de saúde torna-se uma justificativa para a realização desta pesquisa. Em uma busca realizada na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), que tem indexado importantes bases de dados como: LILACS, IBECs, MEDLINE, Biblioteca Cochrane e SciELO, foram utilizadas as palavras “reconhecimento / enfermeiro” por serem esses os temas centrais do estudo. Dos 76 trabalhos que apareceram apenas um discutia sobre o trabalho do enfermeiro segundo o cliente, o qual intitula-se “Percepção do usuário da estratégia saúde da família sobre a função do enfermeiro” (SANTOS; RIBEIRO, 2010). Porém, outros três trabalhos, com a visão de pessoas distintas sobre o trabalho do enfermeiro foram encontrados e considerados interessantes para este estudo. Os títulos dos trabalhos são:

- a) a visibilidade do enfermeiro segundo a percepção de profissionais de comunicação (KEMMER; SILVA, 2007);

- b) a psicodinâmica do reconhecimento no trabalho de enfermagem (TRAESEL; MERLO, 2009);
- c) percepção de estudantes de enfermagem acerca da profissão (SOUSA et al, 2010).

Este estudo foi relevante na medida em que oportunizou conhecer uma nova visão, um outro lado do reconhecimento profissional, além do que normalmente encontramos nas bases de dados, pois traz à tona o entendimento que o usuário de saúde tem sobre o trabalho do enfermeiro. Considerando alcançar o resultado das ações de enfermagem, destacando o planejamento, o desenvolvimento, a execução, a avaliação do cuidado e a prática profissional em si, percebe-se que as ações visam prestar um serviço de saúde com qualidade para o indivíduo e ao coletivo.

Por isso, conhecer mais profundamente o entendimento que o usuário tem sobre o trabalho do enfermeiro pode ajudar a responder alguns questionamentos. Pois o cliente é capaz de levantar considerações que não foram feitas anteriormente, analisar possíveis erros e acertos cometidos ao longo da história da enfermagem, como também gerar ferramentas que possibilitem o fortalecimento do processo de reconhecimento, identidade e autonomia do enfermeiro.

Além disso, possibilita a discussão de um tema atual e frequentemente discutido pela enfermagem, tanto no meio acadêmico, como no dia a dia na prática profissional dos enfermeiros, ainda mais se considerarmos que o reconhecimento profissional é um processo de construção dinâmico, no qual ocorrem sucessivas transformações (GERNET; DEJOURS, 2010; TRAESEL; MERLO, 2009). Neste caso, o surgimento de novas pesquisas irá gerar maior riqueza para a análise desse processo.

Este trabalho também visou contribuir como uma nova fonte bibliográfica para os graduandos de enfermagem, para os enfermeiros e profissionais da área de saúde que desejam ampliar seus conhecimentos acerca do tema, já que verificou-se o pouco material bibliográfico disponível sobre essa temática. Sendo assim, esta pesquisa poderá contribuir para minimizar a carência de conhecimento sobre a temática em questão.

Além dessas contribuições, considera-se que o estudo possa fortalecer a produção científica de uma das linhas de pesquisa da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (FENF/UERJ) denominada “O Trabalho e a Formação em Saúde e Enfermagem”. Essa linha se propõe estudar a formação e

a saúde do trabalhador, assim como o processo de trabalho no contexto das políticas governamentais para os setores públicos e privados e da organização dos sistemas de saúde, segurança e trabalho.

## 1 REFERENCIAL TEÓRICO

### 1.1 Psicodinâmica do trabalho e a dinâmica do reconhecimento

A psicodinâmica do trabalho surgiu em decorrência de estudos sobre a psicopatologia do trabalho. A psicopatologia do trabalho pode ser definida como “a análise do sofrimento psíquico resultante do confronto dos homens com a organização do trabalho” (DEJOURS, 2011, p. 59). De forma geral, a psicopatologia direciona-se para identificar síndromes e doenças mentais características de uma organização de trabalho, por meio de um modelo psicanalítico de causa e efeito, ou seja, a organização do trabalho como causa e a doença mental como efeito (DEJOURS, 2011).

Christophe Dejours, o idealizador da psicodinâmica do trabalho, é um pesquisador francês, médico do trabalho, psiquiatra e psicanalista, diretor científico do Laboratoire de Psychologie du Travail et de l'action no Conservatoire National des Arts et Métiers. Inicialmente suas pesquisas eram voltadas para a psicopatologia do trabalho, disciplina inaugurada nos anos 50 e 60. Porém Dejours em seu livro “A loucura do trabalho: estudo sobre a psicopatologia do trabalho” já demonstrava ter uma visão diferenciada e mais ampla sobre o trabalho e sua relação com a saúde e doença. Sobre isso, o próprio Dejours afirma que optou por não focalizar suas análises nas doenças e distúrbios mentais, e sim, no sofrimento, nas formas de defesas contra esse sofrimento e sua transformação para o prazer no trabalho (DEJOURS, 2010, 2011).

Nos anos 90 Dejours começa a entender e a defender a idéia que a relação entre o trabalhador e a organização de trabalho é dinâmica, ou seja, as situações advindas dela não poderiam ser analisadas apenas como uma relação de causa e efeito. Um fator importante para isso foi observar que os trabalhadores desenvolviam maneiras para se protegerem diante dos constrangimentos organizacionais que causavam sofrimento. Ou seja, os trabalhadores não eram passivos e utilizavam estratégias de defesa individual e coletiva contra possíveis efeitos nocivos a sua saúde mental e manutenção/aumento da produtividade. Outro fato que intrigou

Dejours foi a vivência dialética, sofrimento e prazer, diante da organização do trabalho (DEJOURS 2011).

Diante disso, a “normalidade” surge como um equilíbrio frágil entre o sofrimento e as defesas contra esse. Desta forma, a normalidade não é a falta de sofrimento, e sim uma luta de forma individual ou coletiva contra o sofrimento no trabalho, tendo por vezes o papel de mascarar ou encobrir um sofrimento patogênico. Sobre a normalidade Dejours ainda discorre:

Ao se propor a normalidade como objeto, a psicodinâmica abre caminho para perspectivas mais amplas, que como veremos, não abordam apenas o sofrimento, mas, ainda, o prazer no trabalho: não mais somente o homem, mas o trabalhador; não mais apenas a organização do trabalho, mas as situações de trabalho nos detalhes de sua dinâmica interna. (DEJOURS, 2011, p. 64)

Conforme a psicodinâmica se estruturava e mostrava a sua relevância, Dejours questionou a utilidade da psicopatologia do trabalho, visto que a mesma analisava e revelava os problemas existentes no trabalhador, porém considerava a organização do trabalho um bloco engessado e pouco importante nesta problemática. Desta maneira, ela não tinha por vocação propor ações, deixando isso a cargo dos próprios trabalhadores, ou seja, a revelação de suas análises poderia trazer aflição, desencorajar e desagregar, contribuindo para o crescimento do sofrimento. Em contrapartida, para o autor, a psicodinâmica do trabalho é uma práxis, além de ser uma modalidade de intervenção é uma disciplina produtora de conhecimento (DEJOURS 2011; TRASAEL, 2007).

Para Dejours, o processo de desenvolvimento da psicopatologia do trabalho em direção à psicodinâmica do trabalho está alicerçada em reconhecer que a realidade é dinâmica, a relação entre a organização do trabalho e o trabalhador não é algo imutável ou rígido. O autor aprofunda salientando que “a estabilidade aparente desta relação está assentada em um equilíbrio livre e aberto à evolução e transformações, um equilíbrio dinâmico, em contínuo deslocamento” (DEJOURS, 2001, p.70).

Os avanços nos estudos da psicodinâmica demonstraram ainda algo que hoje é muito discutido por estudiosos e na Academia, o hiato existente entre o trabalho prescrito e o trabalho real nas organizações de trabalho. É neste hiato, muitas vezes, que o trabalhador pode expressar a sua engenhosidade e capacidade de criação, o que lhe gera prazer, porém também são nesses hiatos que os

trabalhadores têm medo de cometerem erros e serem repreendidos pela organização. Outra contribuição trazida pela psicodinâmica do trabalho, foi a constatação que as organizações quase engessam o processo de trabalho, por meio de tantas normas, leis e regras, que a priori devem organizar e facilitar as atividades, mas acabam por deixá-las praticamente impossível de executá-las (DEJOURS 2011; TRASAEL, 2007).

Outro importante foco de discussão realizado por Dejours e o grupo de pesquisa ao qual coordena, é o reconhecimento do trabalho. O reconhecimento tem um caráter importante na manutenção da saúde mental do trabalhador frente à organização do trabalho, pois ele pode ser considerado o termo intermediário entre o sofrimento e o prazer na dinâmica laboral (DEJOURS, 2011).

O reconhecimento do trabalho participa, de maneira preferencial, da realização do “eu” no campo social. A dinâmica do reconhecimento do trabalho permite, de modo singular, compreender como, graças ao trabalho, alguns sujeitos logram estabilizar sua identidade e conjurar, às vezes ao longo da vida, o risco de doença mental e somática (GERNET, DEJOURS, 2010)

O reconhecimento, segundo Dejours, tem duas diferentes dimensões. A primeira está relacionada ao sentido de *constatação*, definido como “reconhecimento da realidade que representa a contribuição individual, específica à organização do trabalho”, ou seja, nela é necessário que os envolvidos hierarquicamente na organização do trabalho admitam as suas falhas no processo de trabalho e reconheçam a importância do trabalhador na mesma. A segunda dimensão é em relação ao sentido de *gratidão*, ou seja reconhecer a contribuição dos trabalhadores na organização dos trabalhadores (DEJOURS, 2011,p. 85).

Qualquer reconhecimento passa por um julgamento de utilidade e valorização social, que em nada é espontâneo ou natural. Porém, o julgamento ocorre sobre o fazer e não sobre a pessoa que faz, contudo ao reconhecer a qualidade do trabalho que foi feito, logo aparece a esfera da personalidade como ganho no registro da identidade. Ainda sobre o julgamento, Dejours (2011, p. 242) o classifica em dois, conforme apontado no capítulo introdutório:julgamento da utilidade, que “é o julgamento sobre a utilidade social, econômica ou técnica do trabalho feito pelo sujeito no campo”; e o julgamento da beleza (estético), que por ser realizado pelos pares o qual é muito mais rigoroso, pelo fato dos mesmos saberem como se dá o modo de fazer no processo de trabalho (DEJOURS, 2011).

Para o desenvolvimento da dinâmica do reconhecimento, utilizam-se de conceitos de F. Sigaut (1990), fazendo uma relação entre o reconhecimento e a alienação mental e social. Para Gernet e Dejours (2010), o reconhecimento pelo outro é indispensável, “quando o sujeito está apartado do real e do reconhecimento pelo outro, ele é remediado à solidão da loucura, conhecida pelo nome de alienação mental” (p.64). Já a alienação social ocorre quando a ligação que o sujeito tem com a realidade é intermediada pelo trabalho, porém o mesmo não é reconhecido pelo outro, estando assim condenado a solidão alienante.

Sobre a importância que o reconhecimento tem, ele expressa que:

Se a dinâmica do reconhecimento está paralisada, o sofrimento não pode mais ser transformado em prazer, não pode mais encontrar sentido: só pode gerar acúmulos que levarão o indivíduo a uma dinâmica patogênica de descompensação psíquica ou somática (DEJOURS, 2011, p. 90).

O autor ainda acrescenta que “Se falta reconhecimento, os indivíduos engajam-se em estratégias defensivas para evitar a doença mental, com sérias consequências para a organização do trabalho, que corre o risco de paralisia” (DEJOURS, 2011, p.91).

Diante do exposto é possível perceber que a psicodinâmica do trabalho com ênfase na dinâmica do reconhecimento é um conceito que se adequa ao objeto desta pesquisa, acreditando-se que tal referencial teórico possibilitará análises mais aprofundadas sobre a problemática. Além disso, o reconhecimento é uma das molas propulsoras para a realização de um trabalho prazeroso e, portanto, de qualidade. Neste sentido, há de se compreender este conceito e os fatores determinantes e condicionantes do mesmo, para assim, pensar formas de buscar maior reconhecimento para enfermagem.

## 2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

### 2.1 Processos de configuração do enfermeiro ao longo da história: identidade e reconhecimento profissional

#### 2.1.1 A história da enfermagem no mundo e no Brasil

Esta seção surgiu pela necessidade de contextualizar como a história da enfermagem influencia na construção e na transformação da identidade da categoria em geral, e na do enfermeiro em particular. Para isso há de se fazer uma retomada ao passado com enfoque primário no surgimento da enfermagem moderna através de Florence Nightingale, da formação da enfermagem brasileira e posteriormente discutir a atual identidade profissional do enfermeiro.

Ao pensar na história da profissão logo surge a imagem de Florence Nightingale, pelo fato de ela ter sido um divisor na história da enfermagem moderna. Vinda de uma família aristocrata inglesa, Florence viveu dificuldades de aceitação, tanto familiar como social, para se estabelecer como enfermeira. Essas dificuldades se davam também porque, inicialmente, na Inglaterra as mulheres que cuidavam de enfermos eram as religiosas e posteriormente, devido à reforma protestante, esta função passou a ser realizada por pessoas marginalizadas pela sociedade. Desta forma, as atividades ligadas ao cuidado de enfermagem eram executadas por pessoas sem preparo, que tinham uma carga de trabalho pesada, eram mal remuneradas, trabalhavam em um ambiente insalubre e, muitas vezes, eram pessoas de moral duvidosa (COSTA, 2010; JESUS et al, 2009).

Florence já percebia que o cuidar precisava de técnica, conhecimento e habilidades específicas para se prestar uma assistência com qualidade. Em 1854, Miss Nightingale participou da guerra da Criméia, prestando cuidado aos combatentes feridos, e é neste espaço que seu trabalho e técnica ganham reconhecimento. Uma de suas ações mais importantes no meio a tantas dificuldades, foi a priorização da organização do ambiente, separando os enfermos de acordo com o grau de gravidade e pela sintomatologia que apresentava. Vale

ressaltar que esta ação iniciada por Florence é até hoje utilizada como um importante princípio para o controle de infecções hospitalares (COSTA, 2010; JESUS et al, 2009).

É após a sua participação na guerra da Criméia que Florence busca maior conhecimento e aprimoramento, com isso em 1860 ela funda uma escola de enfermagem, no hospital St. Thomas, onde estabelece o modelo de ensino nightingaleano. Tal fato contribuiu para a consolidação da enfermagem na Inglaterra assim como em vários países do mundo (COSTA, 2010; JESUS et al, 2009).

Uma característica marcante que até hoje mantém uma visão estereotipada da enfermagem, logo influenciando a identidade profissional, é o fato de ao longo do tempo a mesma ter sido praticada majoritariamente por mulheres. A mulher no decorrer da história vem fortalecendo o seu reconhecimento social, através da sua inserção no mercado de trabalho, sua participação ativa no capital financeiro, dentre outros fatores. Porém, essa é uma conquista que demandou tempo e muitas lutas, pois as mulheres não eram consideradas importantes diante de uma sociedade machista, suas ações e contribuições sempre eram inferiorizadas ou descartadas, e no mundo do trabalho assumiam as funções consideradas menores, secundárias.

Essas características de forma direta e indireta foram incorporadas à enfermagem. Spindola e Santos (2005, p.157) discorrem sobre essa relação de gênero e a enfermagem da seguinte maneira:

Quanto à enfermagem como opção profissional decorre do fato de ser uma profissão de mulheres, do gênero feminino, que envolve representações sociais inerentes às “características” da mulher ideal numa sociedade ainda dominada pelos homens, tais como: submissão, abnegação, disciplina, pureza, humildade e domesticidade. Assim sendo, foi só deslocar uma cultura pronta, que era da mulher, mãe e esposa no espaço privado cuidando da casa, dos filhos e do marido, para o espaço público: substituíse, neutralizando, a casa pelo hospital, os filhos pelos sujeitos do cuidado, o povo e o marido pelo médico.

Neste sentido, verifica-se que a história, identidade e reconhecimento da enfermagem, estão permeadas por questões de gênero, extremamente presentes em nossa sociedade, a qual ainda permanece androcêntrica e desvalorizando a mulher (SPINDOLA; SANTOS, 2005).

No ano de 1922, houve as comemorações do I Centenário da Independência do Brasil, tendo como parte dessas comemorações o Congresso Nacional dos Práticos, que contou com a presença de diversos médicos brasileiros e da enfermeira americana Ethel Parsons. Essa enfermeira participou da arena de debate

médico versus enfermeiras visitadoras e confeccionou o relatório “As enfermeiras de saúde pública”, que tinha como um dos objetivos: mudar o conceito que a sociedade fazia da enfermagem. Sua estratégia era mostrar o padrão das enfermeiras modernas baseado na racionalidade do trabalho, a padronização de condutas e atitudes da enfermeira em relação à sociedade (PORTO; AMORIM, 2007).

A criação da Escola de Enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde Pública, no início da década de 1920, ocorreu em uma conjuntura de forte influência americana nos aspectos concernentes a economia e tecnologia. Era preciso então formar enfermeiras neste padrão. Em 1922, foi então, veiculado um panfleto de divulgação do curso de enfermeiras, em que enunciava que era uma profissão que conferia à mulher a oportunidade de ocupar posições de destaque no campo da saúde, diante da aquisição de capital escolar sobre as questões relativas a saúde. O objetivo era preparar moças que iam ocupar posições de responsabilidade no departamento, nos hospitais do Brasil e nos domicílios onde houvesse doentes. Era necessário para ingressar na escola que a candidata tivesse entre 20 a 35 anos, atestado de boa saúde e bom comportamento, diploma de escola normal ou curso secundário equivalente, carta de referência, ter experiência em direção de casa, serviços educativos ou comerciais (PORTO; AMORIM, 2007).

A escola começou a funcionar em 1923 e oferecia moradia, alimentação e lavagem de roupa com auxílio para custear a instrução mensal para compra de livros, uniformes e outros gastos. O curso teve duração de 28 meses. Em 1925 teve-se a primeira formatura em grande estilo. A criação da Escola de Enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde Pública fez surgir uma nova mentalidade referente ao desempenho das enfermeiras no novo programa de saúde oferecido à população. Esta escola implantou a enfermagem moderna no país, por meio do modelo anglo americano de ensino da enfermagem, rompendo pela primeira vez com o controle dos médicos nas direções de escola de enfermagem (PORTO; AMORIM, 2007).

Ao longo da história a enfermagem vem se adaptando às diversas alterações políticas, sociais, econômicas, tecnológicas e culturais que ocorrem no mundo. Algumas dessas mudanças trouxeram benefícios para a categoria, como o incentivo e crescimento educacional que pode ser observado através do aumento de faculdades de enfermagem, igualmente por meio do crescimento de programas de pós-graduação lato e stricto sensu, conseqüentemente verifica-se o fortalecimento

nas áreas de pesquisas científicas. Contudo deve-se ter um olhar crítico sobre a qualidade desses novos serviços educacionais, os quais nem sempre estão comprometidos com a qualidade do ensino e com a excelência do cuidado, e sim pautados sob a lógica dos lucros econômicos. (SALLES; BARREIRA, 2011)

O modelo econômico vigente, o neoliberalismo, trouxe consigo grandes transformações e adaptações na prestação dos cuidados de enfermagem, por meio de um maior quantitativo de tecnologias duras, leve-duras e leves na assistência em saúde e em enfermagem, principalmente nos serviços hospitalares. Essas tecnologias auxiliam na dinâmica do trabalho de enfermagem, que busca excelência na assistência prestada, porém também trazem alguns transtornos, pois os profissionais de enfermagem necessitam dedicar grande parte do seu tempo para a manipulação desses equipamentos. Além disso, necessitam aprender e apreender sobre tais tecnologias, as quais são inseridas ininterruptamente no cotidiano do trabalho, demandando tempo e energia psicossomática dos trabalhadores, resultando em desgastes psicofísico, fazendo da enfermagem a terceira profissão mais estressante do serviço público (OLIVEIRA; SOUZA, 2012).

Devido ao modelo neoliberal, atualmente verifica-se na enfermagem uma precarização nas formas de contratação de emprego. A cada dia vem aumentando consideravelmente o número de contratação por empresas terceirizadas, com baixos salários e/ou cargas de trabalhos abusivas. Com isso é necessário ao profissional de enfermagem ter mais de um emprego, para complementar a sua renda familiar. Porém, tal fato influencia tanto direta como indiretamente na prestação de cuidados aos clientes devido ao cansaço, as poucas horas de sono que o profissional tem por causa dos efeitos da acumulação da escala de serviços (MEDEIROS et al, 2006; SOUZA et al, 2009).

Neste sentido, o que se observa na atualidade é uma enfermagem explorada e precarizada diante do modelo neoliberal vigente, instituído na área da saúde, para aumentar a produtividade sem necessariamente promover qualidade nos serviços prestados. No entanto, também se constata que os profissionais de enfermagem estão mais críticos e reflexivos, com uma consciência de classe mais coesa, politizada e produzindo conhecimento, o que reflete numa prática profissional Baseada em Evidências Científicas. (SOUZA et al, 2009).

Nesta perspectiva, evidencia-se aumento no reconhecimento por parte dos clientes e dos demais profissionais do serviço de saúde, uma vez que a enfermagem

vem empreendendo esforços para produzir saber e aplicá-lo a favor da qualidade da assistência, do processo de trabalho e da organização laboral. Verifica-se, inclusive, que a profissão com maior crescimento na área da pesquisa – Ciências da Saúde -, segundo último relatório da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), foi a enfermagem. Este fato aponta para uma visibilidade positiva e para transformações que há muito estava consolidada na profissão, que era uma prática realizada a partir de um empirismo e ou atrelada ao saber médico e biomédico (CAPES, 2013; SALLES; BARREIRA, 2011; SOUZA et al, 2006; )

Enfim, para se investigar sobre [re]conhecimento do enfermeiro é preciso considerar o contexto histórico, e igualmente o contexto político, cultural, econômico e social contemporâneo, com o fito de apreender os múltiplos e contraditórios elementos que permeiam a profissão de enfermeiro, para assim, traçar caminhos que consolidem o [re]conhecimento social e profissional da Enfermagem.

### 2.1.2 A identidade profissional do enfermeiro

Com o intuito de trazer uma visão atual e aprofundada sobre a identidade profissional do enfermeiro foi feita uma revisão de literatura a qual foi guiada pela seguinte pergunta: o que os estudos mostram sobre a identidade profissional dos enfermeiros no Brasil? (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Para a seleção dos artigos foi utilizada como base de dados a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Os critérios de inclusão dos artigos foram: resumos disponíveis na base de dados; artigos publicados em português, inglês e espanhol; período compreendido entre junho de 2001 a junho de 2011; e que retratasse a realidade dos enfermeiros brasileiros. Os descritores utilizados foram “autonomia profissional” e “papel profissional de enfermagem”. A busca foi realizada pelo acesso on-line, e devido os critérios de inclusão apenas cinco artigos foram selecionados (APÊNCICE A).

Cabe ressaltar que este número reduzido de produções relaciona-se ao fato de buscar apenas estudos sobre a identidade profissional do enfermeiro e não da enfermagem como um todo. Dentre os cinco artigos selecionados quatro destes utilizaram como referencial teórico-metodológico a teoria das representações

sociais. Porém o presente estudo não fará uso desta teoria como apoio para o seu referencial teórico-metodológico.

Um dos estudos elencados demonstra que apesar de a enfermagem moderna ter surgido há quase dois séculos, o desconhecimento sobre o seu objeto de trabalho, o cuidado/cuidar, por parte dos enfermeiros ainda é grande. E a dificuldade não está em apenas identificar o cuidado como também em delimitá-lo. Tal fator prejudica na definição da identidade profissional do enfermeiro, dentre outros fatores, como a trajetória histórica da construção e composição da enfermagem mundial e brasileira (BORGES; SILVA, 2010).

Borges e Silva (2010, p.827) trazem os simbolismos que a palavra cuidar teve para os sujeitos de sua pesquisa. A mesma foi relacionada às palavras amor, atenção, dedicação e respeito. Nesta perspectiva, o cuidado de enfermagem “requer escolher e adotar uma atitude empática, de colocar-se no lugar daquele que é cuidado, a fim de identificar, pelo sentir, suas reais necessidades”. Já a representação da palavra tratar, foi relacionada com conhecimento e medicar, tendo uma característica mais voltada para algo técnico, uma função profissional, relembrando o modelo biomédico, voltado para o objetivo curativo da doença, não valorizando o indivíduo como um todo.

Segundo as mesmas autoras, o desafio em realizar o cuidado de enfermagem é “resgatar e incorporar, na prática cotidiana moderna, os valores estruturantes, fundamentais e inalienáveis que fundaram a profissão de enfermagem e permanecem imutáveis na concepção do cuidar”. Elas continuam dizendo que é importante criar estratégias que viabilizem a todos que o cuidado e práticas de enfermagem são insubstituíveis (BORGES; SILVA, 2010, p. 828).

Gomes e Oliveira (2010), em seu estudo relatam sobre a representação central que os enfermeiros têm acerca da enfermagem, ou seja, sua profissão. Nos resultados os elementos centrais das falas foram amor e dedicação, demonstrando a dimensão afetiva que a profissão ainda exerce sobre os enfermeiros, apesar dos outros elementos que se contrapõem a este nos resultados, como: doação, luta e pouco reconhecida.

Ambos os estudos demonstram o amor como elementos centrais, tanto para o objeto do trabalho de enfermagem, o cuidar, como para a representação acerca da enfermagem. No entanto, o cuidado como objeto de trabalho do enfermeiro não está claro para este coletivo profissional, o qual também alude o ser humano ou as

técnicas de enfermagem como objeto laboral. Esta contradição enfraquece a identidade profissional e fragiliza o reconhecimento social e profissional da enfermagem, pois se as próprias profissionais não sabem seu objeto de trabalho, a finalidade de sua profissão, então quem vai saber? Este é um aspecto que deve ser transformado na busca por reconhecimento e valorização (BORGES; SILVA, 2010; GOMES; OLIVEIRA, 2010).

Ao longo dos textos outras questões relacionadas diretamente a identidade profissional do enfermeiro foram discutida. Dentre elas destaca-se a importância que as práticas cotidianas e os cuidados de enfermagem têm na formação da identidade profissional do enfermeiro, porém essas práticas passam por grandes contradições. Um exemplo é sobre o trabalho prescrito e o trabalho real (BORGES; SILVA, 2010; GOMES, OLIVEIRA, 2005 e 2011; NETTO; RAMOS, 2004). Tal fato ocorre, pois os cenários onde essas práticas são desenvolvidas, ou seja, nas unidades de saúde, são dinâmicos e sua execução depende das relações interpessoais, e essas se dão de forma muito específica (NETTO; RAMOS, 2004).

As autoras Netto e Ramos (2004), em sua pesquisa realizaram uma análise observacional das práticas cotidianas de enfermeiras, em sua grande maioria, e de outros profissionais de saúde também, com o intuito de saber no que as práticas influenciam no processo de construção da identidade profissional. Ao longo da pesquisa concluíram que o enfermeiro é um ser que se constrói no tempo, no espaço e nas relações do cotidiano, demonstrando assim suas percepções e expressões mais ou menos materializáveis, na dinamicidade que se dá o processo de identidade profissional (NETTO; RAMOS, 2004).

Neste sentido, sabendo-se que a identidade profissional, assim como o reconhecimento são dinâmicos e mutáveis, há de se ter estudos e implementação de medidas, viabilizadas principalmente pelos órgãos de classe e pelos aparelhos formadores, para garantir o fortalecimento da identidade profissional, o sentimento de pertencimento ao grupo, para desse modo, obter reconhecimento profissional. Ademais, entende-se que esta é uma problemática multifacetada, e que ações isoladas ou reduzidas são difíceis de garantir o fortalecimento da identidade profissional e o reconhecimento da enfermagem.

Outra temática que merece destaque no desenvolvimento desta discussão é a imagem do enfermeiro diante de seus pares e dos usuários de saúde. A imagem do enfermeiro foi discutida na pesquisa de Gomes e Silva (2005), como também a sua

contribuição para a construção da identidade profissional, que devido as diferentes imagens acerca do enfermeiro, há a separaram em dois grupos, a autoimagem, ou seja, a imagem que os próprios enfermeiros têm sobre sua prática profissional, e a heteroimagem, que os enfermeiros acreditam que a clientela e os profissionais tem sobre eles.

Sobre a autoimagem que os sujeitos da pesquisa relataram, foram construídos três blocos de significado, são eles: o enfermeiro como referência para a equipe de enfermagem; a autoimagem inespecífica, ou seja, não reconhecem com facilidade atividades que sejam únicas do enfermeiro; e a imagem de argamassa, preenchendo os espaços vazios deixados por outros profissionais (GOMES; OLIVEIRA, 2005).

Em relação a heteroimagem foram construídos quatro blocos de significado: o de administrador, função que os outros profissionais não querem ou não sabem fazer e fica sob a responsabilidade do enfermeiro; imagem invisível para a equipe de saúde, que muitas vezes não reconhece a capacidade e potencial do profissional; imagem positiva para a população, que identifica neles profissionais acessíveis e bondosos; e de sobreposição a outros profissionais, pois algumas vezes é confundido com o médico, hora com o auxiliar e técnico de enfermagem (GOMES; OLIVEIRA, 2005).

A discussão realizada sobre a imagem do enfermeiro pelos autores op citi, corrobora para esta pesquisa no sentido que fortalece a realização da mesma, pois demonstra a importância de conhecer além da heteroimagem que temos do enfermeiro e do seu trabalho, e sim investigar o real entendimento que os usuários têm sobre o enfermeiro , logo como isso influencia na imagem e no reconhecimento construídos socialmente.

Um fator que tem grande influencia na identidade profissional de qualquer categoria ou trabalhador é o grau de autonomia conferido ao mesmo. Logo, ao falarmos de autonomia profissional é importante ressaltar a relação existente entre a mesma e o reconhecimento que um profissional tem sobre o seu trabalho. Perante isso podemos citar como exemplo o grande reconhecimento que o médico tem comparado com os outros profissionais de saúde. Um fator determinante para tal reconhecimento é decorrente de sua autonomia, pois a ele é permitido a globalidade do ato assistencial, o que é vetado aos outros profissionais incluindo os enfermeiros (PIRES, 2009).

Referenciando o estudo de Gomes e Oliveira (2008) sobre a representação dada por 83 enfermeiros acerca de sua autonomia profissional, as palavras que emergiram foram: responsabilidade, conhecimento e conquista, caracterizando os elementos centrais. Nesta perspectiva, a palavra responsabilidade está relacionada às ações e ao posicionamento dos enfermeiros frente ao seu cotidiano, devendo ter uma postura atenciosa, demonstrando assim que a autonomia profissional ainda é um processo em construção. Desta forma, a palavra conquista está diretamente ligada à responsabilidade, pois ainda há de se construir a autonomia profissional, por meio da formação acadêmica e relações profissionais e institucionais (GOMES; OLIVEIRA, 2008).

Sobre o conhecimento, acredita-se que com ele é possível criar para a enfermagem um caráter mais científico e logo mais aceito, pois supera a prática tradicional baseada no empirismo. Desta forma, a apropriação deste conhecimento gera a credibilidade e confiabilidade dos enfermeiros para os outros profissionais, clientela e instituições empregadoras, fortalecendo a autonomia profissional (GOMES; OLIVEIRA, 2008).

## **2.2 O trabalho do enfermeiro na saúde**

Todo trabalho traz em si um significado, a nível individual, coletivo, de utilidade, de contribuição, dentre outros. Segundo Machado (apud, Pires 2009, p. 740), resgatando a produção da Sociologia das profissões:

as características de uma profissão são: domínio de um conjunto de conhecimentos esotéricos adquiridos por um longo processo de formação; oferecimento de serviços especializados ao público; ser desenvolvida por indivíduos com vocação e regidos por um código de ética; a existência de regras para controle do exercício profissional elaboradas pelo grupo através de entidades que os representem na sociedade; desenvolvimento da atividade em tempo integral, sobrevivendo desta remuneração; e gozar de autonomia profissional.

Logo, a enfermagem enquanto profissão é desenvolvida por um grupo de trabalhadores heterogêneos que são capacitados para cumprirem funções específicas. Historicamente houve uma divisão do trabalho dentro da enfermagem no que se refere a gerenciamento e execução do cuidado ao cliente. Esta separação

ficou muito clara através da figura das "lady nurses", que realizavam as funções de organização, supervisão e ensino, e as nurses que prestavam o cuidado direto ao cliente (KURCGANT, 2005). Esta divisão ainda perdura de maneira muito clara atualmente, ficando sob a responsabilidade do enfermeiro as funções exercidas pelas lady nurses, e aos técnicos e auxiliares de enfermagem as atividades realizadas pelas nurses (PEDUZZI; ANSELM, 2002).

Sobre o trabalho assistencial do enfermeiro podemos dividi-lo em dois processos, o de cuidar e do administrar (KURCGANT, 2005). Relacionadas ao processo de cuidar podemos explicitar algumas atividades que são voltadas mais diretamente ao cliente como consulta de enfermagem, prescrição de enfermagem, exame físico, aprazamento de medicação, cuidados específicos e/ou semi-intensivos e intensivos (KURCGANT, 2005; PEDUZZI; ANSELM, 2002; SOUZA et al, 2006).

Já as atividades que estão ligados ao processo de administrar podemos destacar a: organização da unidade, supervisão de técnicos e auxiliares, realização da rotina da unidade, escala da equipe, recrutamento e treinamento de pessoal, gerenciamento de materiais e equipamentos, educação continuada, participação de grupos de pesquisa e conselhos. Essas atividades são de suma importância para a sobrevivência de qualquer unidade de saúde, porém as mesmas assumem um caráter quase invisível para organização do trabalho e para os profissionais. Tal fato prejudica diretamente o fortalecimento do reconhecimento do trabalho do enfermeiro, se levarmos em consideração que essas atividades são as que consomem a maior atenção e tempo do enfermeiro no seu dia-a-dia (KURCGANT, 2005; PEDUZZI; ANSELM, 2002).

Uma importante contribuição a ser feita é que as atribuições, competências e ações do enfermeiro vão muito além das prescritas pelas regulações existentes, o que nos remete ao tema desenvolvido por Dejours, o trabalho prescrito e trabalho real. O enfermeiro, diariamente em sua prática profissional precisa fazer diversas modificações em seu processo de trabalho para conseguir dar conta de um universo de ações que necessitam ser planejadas, reformuladas, organizadas, executadas. Porém, por seu trabalho ser considerado imaterial, ou seja, gera um bem que é consumido ao mesmo tempo em que é produzido, muitas vezes não percebido o resultado de suas ações, podendo ser interpretadas por alguns como algo pouco importante (DEJOURS 2011; TRAESEL, 2007). Complementando essa análise Traesel (2011, p. 41) faz a seguinte inferência:

Assim, no trabalho de enfermagem, inserido no modelo atual do capital cujo foco está na polivalência, na flexibilidade, nos resultados e na exigência de altos níveis de performance, há uma forte tendência a não valorizar a contribuição deste trabalhador, com fortes impactos sobre a sua saúde.

Com o objetivo de realizar eficientemente o cuidado ao ser humano, visto que este é considerado o objeto de trabalho desta profissão, a enfermagem necessita se apropriar de diversas disciplinas do conhecimento, além das disciplinas da saúde, como por exemplo, as disciplinas humanas, por entender que a pessoa não é um ser isolado no mundo e sim complementar a ele. Logo os fatores externos interferem em sua condição de saúde, tão positivamente, quanto negativamente. Esses fatores contribuem para a ampliação da enfermagem, pois através disto a mesma consegue ter inserção em diferentes campos de atuação dentro da área da saúde como fora (PIRES, 2009).

Nesta perspectiva para prestar um cuidado de qualidade em saúde é necessário compartilhar o processo de trabalho do enfermeiro com as pessoas que fazem a saúde. No entanto, os enfermeiros não podem ficar restritos apenas aos profissionais de saúde, pois existem sujeitos ligados a saúde como administradores, pessoal de limpeza, segurança, dentre outros que colaboram para a manutenção e funcionamento da mesma, com distintas intenções. Reconhecendo a importância e buscando a participação de todos pode-se pensar e fazer saúde de forma mais eficaz (MATOS, 2002).

Porém, para fazer o trabalho em saúde não é necessário apenas profissionais, como também a inserção de tecnologias do cuidar, que são classificadas em tecnologias duras (as máquinas e instrumentos); tecnologias leveduras (o conhecimento teórico, os saberes) e as tecnologias leves (são as relações de trabalho). Com o estabelecimento da relação profissionais e tecnologias é possível realizar uma reestruturação produtiva na saúde, ou seja, estabelecer mudanças nas formas de cuidar, pensar/planejar a saúde (LEOPARDI, 1999; PIRES, 1998).

No que tange o trabalho na equipe de saúde, a abordagem interdisciplinar apresenta vantagens em desenvolver um trabalho em conjunto. Segundo a exposição de Scherer e Pires (2011, p.73):

Algumas razões justificam, no plano prático, a existência da interdisciplinaridade: a expansão da ciência demanda uma organização interna da pesquisa, para a qual, por exemplo, diversas disciplinas se associam na resolução de problemas, compartilhando equipamentos ou

profissionais, focando ao mesmo tempo na economia e na eficácia; e a complexidade dos problemas implica no entendimento interdisciplinar para a sua solução.

Porém, no trabalho coletivo em saúde, há a necessidade de conseguir conciliar os saberes e as diferenças existentes neles. Quando isso não ocorre pode causar conflitos internos e relações tensas, o que contribui negativamente para o desenvolvimento das atividades em equipe, logo compromete a qualidade da assistência prestada (PIRES, 2009).

No âmbito do trabalho coletivo, os diferentes grupos de trabalhadores com formações profissionais distintas, desenvolvem parte do ato assistencial, com maior ou menor autonomia técnica e maior ou menor entendimento a respeito de seu objeto de trabalho e das necessidades que demandaram a assistência de saúde. O entendimento sobre características e necessidades do objeto de trabalho, bem como o maior ou menor domínio sobre o processo de trabalho, tem conseqüências na capacidade dos profissionais intervirem, mais ou menos criativamente, na definição de suas ações, com vistas a atingir as finalidades do seu trabalho

### 3 MATERIAIS E MÉTODOS

#### 3.1 Tipo de estudo

Este foi um estudo exploratório-descritivo de abordagem quantitativa e desenho transversal. As pesquisas exploratórias “têm como objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito ou a constituir hipóteses” (GIL, 2002, p.41). Já as pesquisas descritivas “têm como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou, então, o estabelecimento de relações entre variáveis” (GIL, 2002, p.42).

Sobre os estudos transversais destacam-se como pontos fortes o fato dos mesmos serem de duração relativamente curta, das medições serem feitas em um único momento, de baixo custo, além de oferecer informações descritivas sobre prevalência e razão de prevalência (HULLEY, 2008; POLIT, BECK, HUNGLER, 2004).

Vale ressaltar que apesar deste estudo utilizar a psicodinâmica do trabalho como referencial teórico, não utilizamos a proposta metodológica desenvolvida por Dejours, que tem uma abordagem qualitativa. Ao realizar um levantamento sobre a utilização das obras de Christophe Dejours pela enfermagem brasileira pude observar dois dados que são interessantes para este estudo. O primeiro revelou que dos 43 trabalhos selecionados nenhum utilizou a proposta metodológica desenvolvida por Dejours; e que 58% dos trabalhos utilizaram a psicodinâmica do trabalho como referencial teórico e 42% apenas utilizou uma das obras e publicações de Dejours em seu trabalho.

Diferente da maioria dos trabalhos que utilizam a abordagem qualitativa na psicodinâmica do trabalho, esta pesquisa optou por uma abordagem quantitativa, pois neste momento essa abordagem foi a que melhor se adequou ao objeto do estudo, como também a possibilidade de poder agregar um número maior de pessoas através de uma amostra representativa.

Como bem descreveram Minayo e Sanches (1993), assim como Dias et al (2004), nenhum tipo de abordagem é absoluta, tanto a qualitativa quanto a

quantitativa oferecem vantagens e desvantagens, como também existe uma complementaridade em ambas.

Nenhum tipo de abordagem é absoluto ou completo para a compreensão da realidade. Um bom método é aquele que: permite uma construção correta dos dados, é apropriado ao objeto da investigação, oferece elementos teóricos para análise e é exequível operacionalmente. (Dias et al, 2004, p.134).

Assim sendo, na presente pesquisa optou-se por este desenho metodológico devido às características do objeto e à natureza do problema e, ao longo do desenvolvimento da pesquisa, verificou-se pertinência dessa opção.

Este estudo não foi financiado por nenhuma instituição de pesquisa e não houve um orçamento preestabelecido. Qualquer gasto no desenvolvimento da pesquisa foi da responsabilidade da autora.

### **3.2 Campo de Pesquisa**

A pesquisa foi realizada em um hospital geral público de grande porte localizado no município do Rio de Janeiro. O hospital ocupa a área de 44 mil m<sup>2</sup>, onde funcionam a parte ambulatorial, de internação hospitalar e pesquisa. Para o seu funcionamento a instituição utiliza o quadro permanente de funcionários, com diversas formas de contratação profissional além da presença de estagiários, internos, residentes e pós-graduandos. O mesmo tem como missão prestar assistência integrada, humanizada e de excelência à saúde, sendo agente transformador da sociedade através do ensino, pesquisa e extensão (HUPE, 2011).

De acordo com relatórios do hospital, o mesmo conta com mais de 60 especialidades e subespecialidades. E segundo dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNESNet) (2011) atualmente a instituição disponibiliza 501 leitos para o SUS, sendo esses divididos pelas seguintes áreas: cirúrgico, clínico, complementar (unidades de tratamento intermediário e intensivo), obstétrico, pediátrico, hospital dia e outras especialidades.

O local escolhido para a realização desta pesquisa foram as enfermarias pertencentes à área clínica e cirúrgica. A exclusão das demais áreas, que foram descritas anteriormente, ocorreu pois os clientes internados e/ou a área destinada a

tais clínicas apresentam características que impossibilitariam a coleta de dados devido as suas condições clínicas dos clientes (como no caso das unidades de tratamento intermediário e intensivo), psíquicas dos mesmos (setor de psiquiatria), legais (enfermarias pediátricas e de adolescente) e também devido a ter uma configuração organizacional própria, diferindo do restante do hospital (maternidade/obstetrícia).

As áreas clínica e cirúrgicas disponibilizam um total de 326 leitos. Cada área ainda tem uma subdivisão interna que está relacionada com a patologia e clínica do cliente. De forma geral, cada uma dessas subdivisões resulta em uma enfermaria. Vale ressaltar que nem todas as enfermarias foram contempladas, pois o perfil da clientela e/ou a dinâmica do setor não correspondiam ao critério de inclusão dos sujeitos, descrito abaixo.

Foram selecionadas 11 enfermarias no total, sendo 06 da área cirúrgica (02 cirurgia geral, 01 vascular, 01 torácica, 01 ortopedia e 01 urologia) e 05 da área clínica (03 clínicas médicas, 01 neurologia e 01 cardiologia) que totalizavam 202 leitos. Porém no período de coleta de dados o hospital estava com o seu quantitativo de leitos reduzidos devido a uma reforma na sua infraestrutura. Devido a isso, dos 202 leitos existentes apenas 126 estavam disponíveis para receberem clientes com indicação de internação hospitalar.

### **3.3 População**

Este estudo foi desenvolvido com parte da população de 126 clientes internados, que correspondiam ao número de leitos disponíveis, tendo como método de seleção a amostragem de conveniência. Desta forma não foi realizado cálculo amostral e técnica de amostragem, pois esse tipo de amostragem é “composta por indivíduos que atendem os critérios de entrada e são de fácil acesso ao investigador” (HULLEY, 2008, p.50) . A população deste estudo foi composta por 65 clientes internados nas áreas clínicas e cirúrgicas. Alguns critérios de seleção foram aplicados a essa população.

Os critérios de inclusão dos clientes para a participação na pesquisa foram:

- a) estar internado há pelo menos 48 horas, devido ao grande impacto psicológico que este processo traz ao cliente;
- b) aceitar participar da pesquisa;
- c) estar em boa condição clínica e psicológica para responder o formulário;
- d) não ter nenhuma formação profissional na enfermagem e
- e) ter assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido-TCLE (APÊNDICE B).

Considerando os critérios de inclusão elencados para o estudo, obteve-se então, um total de 65 informantes, correspondendo a um percentual de 51,5% do total da amostra inicial (126). Durante a coleta de dados algumas pessoas recusaram-se a participar da pesquisa, o que diminuiu a possibilidade de mais informantes.

Como forma de melhor conhecer e delimitar a população investigada foi utilizado um instrumento de classificação de clientes baseado nas necessidades individualizadas de cuidado de enfermagem desenvolvido por Perroca (1996), com o intuito de identificar o grau de dependência que o cliente, informante desta pesquisa, tinha da equipe de enfermagem. (CARMONA; ÉVORA, 2002; FONSECA; ECHER, 2003; PERROCA, 1996; PERROCA; GAIDZINSKI, 1998;)

Tal instrumento (ANEXO A) é composto por 13 indicadores: estado mental e nível de consciência, oxigenação, sinais vitais, nutrição e hidratação, motilidade, locomoção, cuidado corporal, eliminações, terapêutica, educação à saúde, comportamento, comunicação, integridade cutâneo mucosa. Cada indicador tem uma gradação de um a cinco, que aponta a intensidade crescente da complexidade assistencial. Após a soma de todos os indicadores, classifica-se o tipo de cuidados de enfermagem que o cliente deverá receber: mínimo, intermediários, semi-intensivos e intensivos. (PERROCA, 1996).

Tabela 1 - Frequência simples e relativa dos tipos de cuidados de enfermagem prestado aos clientes internados segundo o Sistema de Classificação de Pacientes (Perroca, 1996). Rio de Janeiro, 2013

<b>Variáveis</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Cuidados Mínimos	62	95,4
Cuidados Intermediários	3	4,6
Cuidados Semi-Intensivo	0	0,0
Cuidados Intensivos	0	0,0
<b>Total</b>	<b>65</b>	<b>100,0</b>

Os dados obtidos com esse instrumento revelaram que 95,4% dos clientes internados que participaram desta pesquisa necessitavam de cuidados mínimos, ou seja, tinham pouca dependência da enfermagem. Isso também ocorreu devido aos critérios de inclusão e exclusão da pesquisa. Contudo os indicadores do SCP que apresentaram maiores valores foram os relacionados à terapêutica medicamentosa do cliente; às eliminações fisiológicas (por exemplo, se utilizavam de fraldas a bolsas de estomas) e forma com que se locomoviam, dependentes ou com auxílio. Necessitando de cuidados intermediários apresentam-se apenas 4,6% da população e com cuidados semi-intensivos e intensivos não ocorreu frequência para esses quesitos.

### 3.4 Instrumento de coleta de dados

O tipo de instrumento de coleta de dados escolhido foi o formulário. Segundo Marconi e Lakatos (2003, pg.212) “o formulário é um dos instrumentos essenciais para investigação social, cujo sistema de coleta de dados consiste em obter informações diretamente do entrevistado”. Esse formulário foi composto por uma série de perguntas ordenadas, cujo preenchimento deve ser realizado pelo próprio pesquisador, em contato face a face com o informante. Gil (2002, p. 119) ressalta que “ao fazer as perguntas, o pesquisador deve, ainda ter a preocupação de formulá-las exatamente como se encontram redigidas”.

O formulário apresenta algumas vantagens como ser uma das técnicas mais eficientes e práticas de coleta de dados, pois pode ser aplicado a vários segmentos da população, um exemplo é o de poder ser realizado em pessoas alfabetizadas ou não, e é a técnica mais adequada nas pesquisas de opinião e mercado. Como desvantagens cita-se: o entrevistado ter menos liberdade nas respostas pelo fato da presença do entrevistador, como também ter um tempo menor para responder (GIL, 2002; MARCONI; LAKATOS, 2003).

O formulário deste estudo (APÊNDICE B) foi elaborado e desenvolvido para esta pesquisa, pois após buscar em base de dados não foi encontrado nenhum outro instrumento que se adequasse ao que se desejava investigar. Foram seguidas as recomendações presentes nas literaturas como: ter como características a fidedignidade e validade, ser organizado e sistematizado para que se atinja o objetivo de alcançar as informações esperadas, as perguntas serem separadas por temas ou afinidades; iniciar com perguntas neutras colocando as mais complexas e com caráter íntimo para o final; e ter uma redação clara, simples e neutra (MARCONI; LAKATOS, 2003; POLIT, BECK, HUNGLER, 2004; RUDIO, 2007; HULLEY et al, 2008).

Este formulário continha um total de 22 perguntas, sendo 18 fechadas e 04 abertas. O mesmo foi dividido em 4 partes, sendo elas: perfil sociocultural, o enfermeiro e o seu trabalho, o enfermeiro como membro da equipe de enfermagem, o enfermeiro como membro da equipe de saúde.

### **3.5 Aspectos Éticos do Estudo**

Essa estudo percorreu todo percurso necessário para cumprir os princípios éticos de pesquisas com seres humanos (APÊNDICE D e E). O projeto de pesquisa deste estudo foi encaminhado para avaliação da Comissão de Ética em Pesquisa (COEP) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro UERJ/SR2 tendo parecer favorável (ANEXO B). Após aprovação foi feito um contato com os chefes das enfermarias nas quais os clientes estavam internados; foram expostos os objetivos da pesquisa e esclarecidos os benefícios esperados com a presente investigação,

tanto para os clientes quanto para os chefes das unidades elencadas para a coleta de dados.

Após terem sido feitos todos os esclarecimentos e retiradas as dúvidas acerca do estudo solicitou-se a assinatura “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido” (APÊNDICE B). O entrevistado recebeu uma cópia do termo onde constavam o telefone, e-mail, endereço da instituição de pesquisa, meios pelos quais os entrevistados poderiam retirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação em qualquer momento sem gerar prejuízos ao seu tratamento.

Esta pesquisa cumpriu os princípios éticos previstos na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Segundo Polit, Beck e Hungler (2004) uma pesquisa deve respeitar 3 princípios:

- a) beneficência, ou seja, não causar dano a ninguém. Para que isso aconteça é necessário preservar a integridade física e psicológica dos participantes da pesquisa, não causar nenhuma desvantagem ou expor a situação que não foram informadas anteriormente, ou seja não promover risco ao participante em prol o benefício da pesquisa;
- b) respeito pela dignidade humana, que inclui o direito da autodeterminação, ou seja, o direito que a própria pessoa tem de participar ou não da pesquisa, como também o direito da revelação total na qual o pesquisador deverá informar totalmente a natureza e os objetivos do estudo. Além disso, o participante deverá dar o seu consentimento para a realização da mesma;
- c) justiça, ou seja, “o participante tem o direito ao tratamento justo antes, durante e depois da pesquisa”. Outro fator importante é que a pesquisa mantenha o anonimato e o sigilo tanto do participante como das informações fornecidas. Os dados coletados só deverão ser utilizados para fins científicos e os resultados divulgados em eventos e revistas científicas.

### **3.6 Estratégias e técnica de coleta de dados**

Após a aprovação da COEP foi estabelecida uma dinâmica para que a coleta fosse realizada. O período de coleta ocorreu entre agosto a outubro de 2012. Primeiramente foi realizado um contato com a enfermeiro (a) responsável pelo setor e explicado ao mesmo os objetivos da pesquisa. Esse profissional então indicava quais os clientes tinham condições clínicas e psicológicas para participar da pesquisa. Esta conduta foi tomada já que alguns clientes estavam em uma enfermaria que não contemplavam integralmente as suas necessidades clínicas, como o caso de clientes que precisavam do suporte de uma Unidade Intermediária e permaneciam em uma enfermaria de clínica médica, por exemplo.

Após a indicação dada pela enfermeiro (a), eram selecionados os clientes que estivessem dentro do critério de inclusão para participar da pesquisa e, em seguida, aplicava-se o formulário.

### **3.7 Método de Análise**

O processamento das informações obtidas no formulário foi sistematicamente executado com o intuito de facilitar a organização dos dados, desta forma contribuindo para a elaboração da futura análise. Primeiramente, as respostas foram ordenadas e organizadas, posteriormente codificadas e tabuladas por meio do programa Excel Office XP®, utilizando-se da estatística descritiva simples, por meio das frequências simples e relativas. (POLIT, BECK, HUNGLER, 2004; RUDIO, 2007). A apresentação dos dados foi através de tabelas e a discussão foi organizada em quatro tópicos, são eles: Perfil sociodemográfico da população; Experiências hospitalares anteriores; Conhecimento da população sobre o enfermeiro e o seu trabalho e O trabalho do enfermeiro e seu reconhecimento. A discussão foi baseada no referencial teórico e nas bases conceituais que apoiaram o estudo.

#### 4 APRESENTAÇÃO DOS DADOS

A construção deste capítulo tem como finalidade apresentar os dados, os quais foram obtidos através da aplicação do formulário da pesquisa. Os mesmos foram expostos em forma de tabelas e organizados de acordo com assuntos afins. Neste sentido, adotou-se uma lógica de apresentação dos dados em que as informações de caráter sociodemográficas ficassem reunidas em uma única tabela. Posteriormente, explicitaram-se os dados referentes ao estado laboral dos participantes da pesquisa, para em seguida apresentar tabelas com dados estreitamente vinculados ao objeto de estudo.

Assim sendo, apresenta-se a seguir a Tabela 2, a qual explicita os dados sociodemográficos dos participantes da pesquisa.

Tabela 2 - Distribuição das frequências simples e relativa das características sociodemográficas dos clientes internados. Rio de Janeiro, 2013.

<b>Variáveis</b>	<b>N =65</b>	<b>%</b>
<b>Sexo</b>		
Feminino	38	58,5
Masculino	27	41,5
<b>Idade</b>		
15 - 25	3	4,6
25 - 35	11	16,9
35 - 45	9	13,8
45 - 55	12	18,5
55 - 65	16	24,6
65 - 75	9	13,8
75 - 85	5	7,7
<b>Escolaridade</b>		
Analfabeto	10	15,4
Ensino fundamental incompleto	17	26,2
Ensino fundamental completo	6	9,2
Ensino médio incompleto	8	12,3
Ensino médio completo	17	26,2
Ensino superior incompleto	5	7,7
Ensino superior completo	2	3,1
Pós-graduação	0	0,0

Verifica-se que esta primeira tabela reúne as variáveis: sexo, idade e escolaridade, as quais informam os dados sociodemográficos dos 65 sujeitos da

pesquisa. Pode-se constatar que a população foi composta em sua maioria por pessoas do sexo feminino (58,5%).

Em relação à idade dos sujeitos a maior frequência foi entre o intervalo de 55 a 64 anos, com média de 51 anos, e mediana de 53. Já a moda das idades, ou seja, a idade que mais se repete, na verdade não foi apenas uma e sim seis. Foram elas 32, 53, 56, 60, 63, 73, sendo que elas se repetiram 3 vezes cada. O valor máximo encontrado de idade foi 81 anos e o valor mínimo foi 18 anos.

No que se referem ao nível de escolaridade, as duas maiores frequências foram ensino fundamental incompleto e ensino médio completo com 26,2% cada. Dos entrevistados nenhuma pessoa possui pós-graduação. É possível observar que a população do estudo tem baixo nível de escolaridade, sendo que uma parte significativa é de analfabetos e de pessoas que tem ensino fundamental incompleto e completo (50,8%).

A tabela a seguir apresenta os dados referentes à situação laboral dos participantes do estudo.

Tabela 3 - Distribuição das frequências simples e relativa das profissões dos clientes internados. Rio de Janeiro, 2013. (continua)

<b>Nº</b>	<b>Profissão</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
1	Do Lar	11	16,9
2	Aposentado	9	13,8
3	Doméstica	4	6,2
4	Vendedor	4	6,2
5	Pedreiro	3	4,6
6	Vendedor autônomo	3	4,6
7	Auxiliar de serviços gerais	2	3,1
8	Comerciante	2	3,1
9	Estudante	2	3,1
10	Motorista	2	3,1
11	Vigilante	2	3,1
12	Auxiliar administrativo	1	1,5
13	Bancária	1	1,5
14	Bombeiro	1	1,5
15	Cabeleireira	1	1,5
16	Caminhoneiro	1	1,5
17	Contador	1	1,5
18	Cozinheiro	1	1,5
19	Costureira	1	1,5
20	Dançarino	1	1,5

21	Eletricista	1	1,5
22	Frentista	1	1,5
23	Marceneiro	1	1,5
24	Marinheiro	1	1,5
25	Montador de estrutura naval	1	1,5
26	Montador de Móveis	1	1,5
27	Operadora de telemarketing	1	1,5
28	Pintor	1	1,5
29	Produtor de eventos musicais	1	1,5
30	Recreadora	1	1,5
31	Representante comercial	1	1,5
32	Técnico de raios-X	1	1,5
<b>Total</b>		<b>65</b>	<b>100,0</b>

Conforme se pode constatar através dos dados explicitados, foram contabilizadas 32 profissões distintas, sendo a mais frequente, com 16,9%, a de mulheres que se consideram “do lar”, ou seja, desenvolvem somente as tarefas domésticas. Apesar dessa ocupação não ser remunerada, considerou-se como uma atividade produtiva. Houve também um número expressivo de pessoas aposentadas (13,8%), sendo esta a segunda maior frequência.

Vale ressaltar que das profissões apresentadas na Tabela 3, 21 não se repetiram, ou seja, são profissões exercidas por apenas um dos 65 sujeitos da pesquisa. Desta forma obtendo uma grande variedade de profissões.

A Tabela 4 apresenta os dados referentes ao número de internações hospitalares que os participantes da pesquisa já vivenciaram.

Tabela 4 - Frequência simples e relativa das internações hospitalares anteriores da população estudada. Rio de Janeiro, 2013.

<b>Variáveis</b>	<b>N=65</b>	<b>%</b>
<b>Internação Anterior</b>		
Sim	49	75,4
Não	16	24,6
<b>Número Internações</b>		
1   3	29	59,2
3   6	14	28,6
6   9	4	8,2
9   12	1	2,0
12   15	0	0,0
15   18	0	0,0
18   21	1	2,0

Através dos dados apresentados na Tabela 4, verificou-se que 24,6% nunca tiveram outra internação hospitalar, a não ser a que estavam vivenciando no momento da coleta dos dados. Em contrapartida, a grande maioria já havia experienciado outras internações hospitalares, verificando-se um percentual de 75,4%. Desse percentual, o maior número (29 – 59,2%) encontrava-se na faixa de 1 a 3 internações, exclusive. Destaca-se que apenas um indivíduo ocupou a faixa de 18 a 21 internações, exclusive.

A seguir apresentam-se as informações mais estreitamente vinculadas ao objeto de estudo, ou seja, o conhecimento do cliente acerca do que faz o profissional de enfermagem, em especial o enfermeiro. Nesta perspectiva, a Tabela 5 explicita os seguintes dados: a convivência ou não com profissionais de enfermagem; se os participantes conseguem identificar o enfermeiro na dinâmica do trabalho hospitalar e da enfermagem; sobre a escolaridade demandada para um enfermeiro; e por fim, o conhecimento acerca da composição da equipe de enfermagem.

Tabela 5 - Frequência simples e relativa sobre o conhecimento dos clientes internados acerca do enfermeiro. Rio de Janeiro, 2013.

<b>Variáveis</b>	<b>N =65</b>	<b>%</b>
<b>Convivem com profissionais de enfermagem</b>		
Sim	20	30,8
Não	45	69,2
<b>Sabe quem é o profissional enfermeiro</b>		
Sim	45	69,2
Não	20	30,8
<b>Escolaridade mínima do enfermeiro</b>		
Ens. Fundamental	5	7,7
Ens. Médio	17	26,2
Ens. Superior	42	64,6
Não soube informar	1	1,5
<b>Conhece a composição da equipe de enfermagem</b>		
Sim	38	58,5
Não	27	41,5

O resultado apresentado na Tabela 5 mostrou que a grande maioria, 69,2%, não convive com profissionais de enfermagem, e que o mesmo percentual de

participantes (69,2%) conseguiram identificar na dinâmica do trabalho hospitalar e de enfermagem, quem é o profissional enfermeiro.

Sobre o grau de escolaridade mínima que o enfermeiro deve ter verificou-se que a maior percentagem (64,6%) dos sujeitos sabem que o enfermeiro é um profissional de nível superior. No entanto, é importante destacar que 33,9% não souberam informar corretamente a escolaridade, aparecendo o ensino médio (26,2%) e o ensino fundamental (7,7%) respectivamente. Essa tabela também demonstra que 58,5% souberam que a equipe de enfermagem é composta por enfermeiro, técnico e auxiliar de enfermagem. Contudo pôde-se também identificar um percentual relativamente próximo daqueles que não sabem a composição da referida equipe (41,4%).

No instrumento de coleta de dados havia perguntas que buscavam investigar se os participantes tinham condições de diferenciar, durante a assistência de enfermagem, quem era o profissional auxiliar, o técnico de enfermagem e o enfermeiro. Assim como, pesquisou-se se esses profissionais identificavam-se quando prestavam o cuidado de enfermagem. Neste sentido, a Tabela 5 mostra os resultados desses questionamentos.

Tabela 6 - Frequência simples e relativa sobre a identificação da equipe de enfermagem segundo os clientes internados. Rio de Janeiro, 2013.

<b>Variáveis</b>	<b>N=65</b>	<b>%</b>
<b>Conseguem identificar o membro da equipe de enfermagem</b>		
Sempre	11	16,9
Na maioria das vezes	14	21,5
Poucas vezes	19	29,2
Nunca	21	32,3
<b>Os profissionais de enfermagem se identificam antes de realizar algum procedimento</b>		
Sempre	32	49,2
Na maioria das vezes	6	9,2
Poucas vezes	13	20,0
Nunca	14	21,5

O resultado apresentado na Tabela 6 revelou que a maior parte dos participantes do estudo (32,3%) não conseguia diferenciar os três profissionais que

compunham a equipe de enfermagem. Também se ressalta que o segundo maior percentual desta tabela (29,2%), mostrou que poucas vezes os participantes identificavam quem eram os profissionais de enfermagem que lhes prestavam assistência. Com um percentual mais baixo neste quesito, de 16,9%, verificou-se que 11 dos 65 participantes sempre identificava os três membros da equipe de enfermagem.

Constatou-se que 49,2% dos participantes responderam que os integrantes da equipe de enfermagem sempre se identificaram ao prestarem assistência ao cliente, e 9,2% da população informou que na maioria das vezes tais profissionais fizeram este tipo de procedimento. No entanto, constatou-se que 21,5% dos participantes referiram que nunca os membros da equipe de enfermagem se identificaram quando da realização dos cuidados. Além disso, 20,0% aludiram que poucas vezes os trabalhadores de enfermagem identificaram-se, deixando o cliente sem saber o nome e qual profissional lhes prestaram cuidados.

Sobre a equipe de saúde, os sujeitos foram questionados se consideravam algum profissional da saúde, como também a sua atuação, mais importante que outro.

Tabela 7 - Frequência simples e relativa sobre a importância dos profissionais de saúde na dinâmica do trabalho hospitalar segundo a opinião dos clientes internados. Rio de Janeiro, 2013.

<b>Há algum profissional mais importante</b>	<b>N (=65)</b>	<b>%</b>
Sim	13	20,0
Não	52	80,0
<b>Profissional da Saúde</b>	<b>N (=13)</b>	<b>%</b>
Enfermeiro	2	15,4
Fisioterapeuta	1	7,7
Médico	8	61,5
Psicólogo	2	15,4

Os dados apresentados na Tabela 7 evidenciaram que, na opinião dos participantes do estudo, não houve profissional mais importante que outros na dinâmica do trabalho em saúde, com um percentual dessa resposta de 80,0%. No entanto, para aqueles que consideraram que há maior importância de um profissional em relação a outro, total de 13 participantes, 61,5% consideraram o

médico o profissional mais relevante no processo de trabalho em saúde, e o fisioterapeuta o menos importante.

A Tabela 8 explicita o resultado acerca do conhecimento dos participantes da pesquisa sobre as atividades desempenhadas pelos enfermeiros como também a relevância do trabalho do enfermeiro para a dinâmica do trabalho hospitalar.

Tabela 8 - Frequência simples e relativa sobre as atribuições do enfermeiro na equipe de saúde, segundo os clientes internados. Rio de Janeiro, 2013.

Variáveis	N =65	%
<b>Identifica as atividades realizadas pelo enfermeiro no trabalho hospitalar</b>		
Sempre	21	32,3
Na maioria das vezes	22	33,8
Poucas vezes	10	15,4
Nunca	12	18,5
<b>Papel do “enfermeiro” como integrante da equipe de saúde</b>		
Importante	63	96,9
Pouco importante	1	1,5
Irrelevante	0	0,0
Não tenho uma opinião formada	1	1,5

Os dados da Tabela 8 demonstram que a maior parte da população, 33,8%, referiram que conseguiram identificar, na maioria das vezes, as atividades desenvolvidas pelo enfermeiro no processo laboral no hospital. Sendo que 32,3%, uma porcentagem bem próxima á anterior, sempre identificaram. Já 18,5% dos entrevistados relataram que nunca conseguiram identificar as atividades desenvolvidas pelo enfermeiro e a menor parte da população, 15,4% conseguiu identificar poucas vezes essas atividades.

Quando questionados sobre a relevância do enfermeiro como integrante da equipe de saúde um número expressivo de clientes (63 - 96,9%) consideraram a presença do enfermeiro muito importante. Nenhum entrevistado considerou a participação do enfermeiro na equipe de saúde como irrelevante.

Uma outra questão levantada no instrumento de coleta de dados foi sobre o qual o conhecimento que o sujeito afirma ter acerca das atribuições profissionais do enfermeiro. Os dados foram expostos na Tabela 9.

Tabela 9 - Frequência simples e relativa sobre do conhecimento dos clientes internados acerca das atribuições profissionais do enfermeiro. Rio de Janeiro, 2013.

<b>Variáveis</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Pleno conhecimento	25	38,5
Parcial conhecimento	30	46,2
Nenhum conhecimento	4	6,2
Nunca tive curiosidade em conhecer	6	9,2
<b>Total</b>	<b>65</b>	<b>100,0</b>

A maioria da população (46,2%) refere ter parcial conhecimento sobre as atribuições profissões do enfermeiro. No entanto, a segunda maior frequência (38,5%) foi de clientes que relataram ter pleno conhecimento, sendo este um valor bem próximo da primeira frequência. Constatou-se que 9,2% da população afirmou que nunca teve curiosidade em conhecer e 6,2% não tem nenhum conhecimento sobre as atribuições do enfermeiro.

Com o intuito de identificar qual o conhecimento que os clientes internados tinham sobre o trabalho desenvolvido por enfermeiros, foi solicitado aos mesmos que pontuassem três atividades que conheciam deste trabalho. Desta forma, a Tabela 10 foi elaborada de acordo com a ordem respectiva das atividades, ou seja, primeira, segunda e terceira atividade, descritas pelos sujeitos.

A primeira atividade foi composta por 12 itens, a segunda e terceira atividade por 13 itens cada. Unindo as três atividades foi obtido o total de 19 itens. Vale ressaltar que vários itens se repetiram, logo muitos itens tiveram frequências iguais. Desta forma foi optado destacar as três primeiras frequências de cada atividade.

Tabela 10 - Frequência simples e relativa da lista de atividades desenvolvidas pelo enfermeiro segundo a opinião dos clientes internados. Rio de Janeiro, 2013.

<b>1ª Atividade</b>		<b>N=65</b>	<b>%</b>
1	Administrar medicação	21	32,3
2	Tratamento de feridas	15	23,1
3	Higiene pessoal do cliente	7	10,8
4	Acolher o paciente	5	7,7
5	Avaliar o paciente	5	7,7
6	Coleta de sangue	4	6,2
7	Sinais vitais	3	4,6
8	Auxiliar o médico	1	1,5
9	Primeiros socorros	1	1,5
10	Punção venosa	1	1,5
11	Sondagem nasal e vesical	1	1,5
12	Não respondeu	1	1,5
<b>2ª Atividade</b>		<b>N=65</b>	<b>%</b>
1	Administrar Medicação	16	24,6
2	Acolher o paciente	9	13,8
3	Tratamento de feridas	9	13,8
4	Higiene pessoal do cliente	8	12,3
5	Sinais Vitais	7	10,8
6	Liderança e supervisão de enfermagem	5	7,7
7	Punção venosa	3	4,6
8	Não Respondeu	2	3,1
9	Avaliar o paciente	2	3,1
10	Fornecer oxigenioterapia	1	1,5
11	Primeiros Socorros	1	1,5
12	Retirada de cateter	1	1,5
13	Trabalhar junto com os médicos	1	1,5
<b>3ª Atividade</b>		<b>N=65</b>	<b>%</b>
1	Administrar Medicação	14	21,5
2	Higiene Pessoal do cliente	10	15,4
3	Tratamento de feridas	9	13,8
4	Acolher o Paciente	8	12,3
5	Avaliar o paciente	5	7,7
6	Liderança e supervisão de enfermagem	4	6,2
7	Sinais Vitais	4	6,2
8	Não Respondeu	3	4,6
9	Exame Físico	3	4,6
10	Primeiros socorros	2	3,1
11	Limpa o chão	1	1,5
12	Retirar pontos	1	1,5
13	Ser um bom profissional	1	1,5

Na primeira atividade o item “Administrar medicação” teve a maior frequência (32,3%), seguido de “Tratamento de feridas” (23,1%) e “Higiene pessoal do cliente” (10,8%). Como segunda atividade o item “Administrar medicação” obteve 24,6%, sendo esta a maior frequência, “Acolher o paciente” e “Tratamento de feridas” tiveram a segunda maior incidência com 13,8% e “Higiene pessoal do cliente” teve 12,3%. A terceira atividade foi, respectivamente “Administrar medicação” com 21,5%, “Higiene pessoal do cliente” com 15,4% e “Tratamento de feridas” com 13,8%. Diante desses dados foi observado que “Administrar medicação” foi a maior frequência nas três atividades. Da mesma forma os itens “Tratamento de feridas” e “Higiene pessoal do cliente” se repetiram e também ficaram entre as três primeiras frequências nas distintas atividades.

A Tabela 11 apresenta os dados sobre o reconhecimento do trabalho do enfermeiro pelos participantes do estudo, como também sobre o reconhecimento que a sociedade dá a este profissional, segundo a visão destes depoentes.

Tabela 11 - Frequência simples e relativa sobre o reconhecimento do trabalho desenvolvido pelo enfermeiro segundo a opinião dos clientes internados. Rio de Janeiro, 2013.

Variáveis	N =65	%
<b>Opinião dos clientes acerca do trabalho desenvolvido pelo enfermeiro</b>		
Importante	63	96,9
Pouco importante	0	0,0
Irrelevante	1	1,5
Não tenho uma opinião formada	1	1,5
<b>Opinião do cliente se o trabalho do enfermeiro é reconhecido pela sociedade</b>		
Sempre	19	29,2
Na maioria das vezes	16	24,6
Poucas vezes	25	38,5
Nunca	5	7,7

A maior parte dos sujeitos, 96,9% afirma que para eles o trabalho do enfermeiro é importante. Verifica-se que 1,5% consideraram irrelevante o trabalho desenvolvido e a mesma porcentagem não tem opinião formada sobre o assunto. Nenhum cliente internado considerou o trabalho do enfermeiro pouco importante.

No que tange a opinião do sujeito sobre se o trabalho do enfermeiro é reconhecido pela sociedade 38,3% consideraram que este ele é poucas vezes

valorizado. Já a segunda maior frequência (29,2%) declara que o reconhecimento sempre acontece. No entanto 24,6% afirmam que na maioria das vezes a sociedade reconhece, seguido de 7,7% que consideram que este reconhecimento nunca ocorre.

As informações a seguir compõem a Tabela 12, a última tabela proveniente dos dados obtidos do questionário desta pesquisa. Foi solicitado aos participantes que dissessem uma palavra para caracterizar o significado do profissional enfermeiro para ele, e uma palavra para que descrevesse o trabalho desenvolvido por esse profissional. Para a primeira pergunta foram obtidas 37 palavras diferentes e para a segunda 38 palavras. Porém, muitas dessas palavras tinham, em essência, significados bem próximos ou iguais. Diante disto foi feita uma categorização de acordo com o significado que as mesmas expressavam. As palavras estão expostas na íntegra no Apêndice F.

Tabela 12 - Frequência simples e relativa das categorias formada por palavras que descrevem o enfermeiro e seu trabalho segundo a opinião dos clientes internados. Rio de Janeiro, 2013.

<b>Variáveis</b>	<b>N=65</b>	<b>%</b>
<b>Palavra para descrever o Enfermeiro</b>		
Sentimentos Afetivos Positivos	19	29,2
Visão hospitalocêntrica	16	24,6
Características Profissionais Empáticas	15	23,1
Trabalho de Excelência	6	9,2
Não Respondeu	3	4,6
Condições Penosas de Trabalho do Enfermeiro	2	3,1
Sentimentos Negativos	2	3,1
Figura Subalterna a Medicina	2	3,1
<b>Palavra para Trabalho desenvolvido pelo enfermeiro</b>		
Trabalho de Excelência	20	30,8
Sentimentos Afetivos Positivos	17	26,2
Características Profissionais Empáticas	15	23,1
Condições Penosas de Trabalho do Enfermeiro	6	9,2
Visão hospitalocêntrica	3	4,6
Não Respondeu	2	3,1
Sentimentos Negativos	1	1,5
Figura Subalterna a Medicina	1	1,5

Em relação as categorias que descreveram o profissional enfermeiro a categoria “Sentimentos afetivos” obteve a maior frequência (29,2%), no entanto a diferença para as duas subsequentes é pouca, como podemos observar: “Visão hospitalocêntrica” (24,6%) e “Características profissionais empáticas” (23,1%). A frequência mais baixa de categoria das palavras (3,1%) se repetiu três vezes, foram elas: “Características relacionadas a condições de trabalho do enfermeiro”, “Sentimentos negativos” e “Figura subalterna a medicina”.

Sobre as categorias para descrever o trabalho do enfermeiro a que teve o maior percentual foi “Gestão de qualidade” com 30,8%. Não diferente das que foram abordadas anteriormente as porcentagens das outras duas categorias seguintes apresentavam-se bem próximas com 26,2% para “Sentimentos afetivos” e 23,1% para “Características profissionais empáticas”. Em relação às frequências mais baixas, elas permaneceram com a mesma porcentagem e categorias da anterior.

## 5 DISCUSSÃO DOS DADOS

Este capítulo destina-se a discussão dos dados, o qual foi elaborado a partir da lógica de apresentação das tabelas do capítulo anterior, como também se estruturou o presente capítulo pelos temas explicitados na metodologia, ou seja, cinco grandes temáticas que agruparam assuntos afins.

### 5.1 Perfil sociodemográfico da população

Os dados sociodemográficos mostraram que a maior parte das pessoas que participaram da pesquisa era mulheres (58,5%). Esse dado está relacionado com o fato de que as mulheres, de uma forma geral, se preocupam mais com a saúde do que os homens, utilizando regularmente os serviços de saúde. Tal realidade não é apenas da população deste estudo, e sim de todo o Brasil, tanto que várias entidades científicas e de saúde uniram-se ao Ministério da Saúde para criar em 2008 a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) (SCHWARZ et al, 2012).

Outro dado importante é que as mulheres também procuram mais os serviços primários de saúde, que valorizam a promoção e prevenção da saúde, enquanto os homens vão em busca de diminuição de agravos. Neste sentido, os homens tendem a procurar as unidades assistenciais apenas para sanar os sintomas das doenças instaladas, fato que diminui consideravelmente a ida da população masculina às unidades de saúde (SILVA et al, 2012).

Corroborando para esta análise destaca-se que do total dos homens que participaram da pesquisa (41,5%), eles somente procuraram o serviço de internação porque suas condições de saúde impossibilitavam as ações de vida diária, principalmente suas atividades laborais. Portanto, cuidar da saúde naquele momento – da coleta dos dados - era uma situação que não havia opção. É possível relacionar esta informação com justificativas utilizadas para a criação da PNAISH:

Uma questão apontada pelos homens para a não procura pelos serviços de saúde está ligada a sua posição de provedor. Alegam que o horário do funcionamento dos serviços coincide com a carga horária do trabalho. Não

se pode negar que na preocupação masculina a atividade laboral tem um lugar destacado, sobretudo em pessoas de baixa condição social, o que reforça o papel historicamente atribuído ao homem de ser responsável pelo sustento da família (Ministério da Saúde, p.6).

No que se refere à faixa etária da população, pode-se constatar que o intervalo mais expressivo foi de 55 a 64 anos com 24,6%, ou seja, pessoas que estão na transição da vida adulta para a idosa. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (2010), no censo brasileiro realizado em 2010, a população brasileira vem mudando o seu perfil etário, pois houve um declínio nas taxas de fecundidade e mortalidade, com isso vem ocorrendo um aumento de idosos em nosso país. Neste sentido, os dados coletados espelham esta inversão na pirâmide etária, que antes era mais significativa a população infantil, e como se pode constatar, o intervalo de idade mais expressivo foi de adulto a idoso.

Outro fenômeno decorrente de tal característica da pirâmide etária é a elevação do número de doenças crônicas não transmissíveis nesta faixa de idade, como por exemplo: hipertensão, diabetes e câncer; o que repercute no aumento dos índices de internação e reinternação, e também no aumento da procura de serviços de saúde da população na faixa adulta-idosa (NUNES, 2004). Essa análise pode ser corroborada quando da discussão acerca do número de internações vivenciadas pelos participantes da pesquisa (tabela 4), que em média apresentaram entre uma a três internações, no entanto, houve aparições de 18 internações.

Em relação ao grau de escolaridade, verificou-se um número elevado de pessoas com baixo grau de instrução formal. Entre pessoas analfabetas e pessoas com o ensino fundamental completo, houve um total de 50,8%, ou seja, mais da metade dos entrevistados. O IBGE (2010) constatou no último censo que o nível de escolaridade da população brasileira vem crescendo. Em 2000, o índice foi de 65,1% de brasileiros analfabetos ou com o ensino fundamental incompleto, já em 2010 esse número caiu para 50,2%. Apesar de se registrar o aumento da escolaridade, há de se evidenciar que ainda é precária a escolaridade de uma parcela significativa da população brasileira.

Tal fato interfere na percepção acerca do objeto de estudo, pois no caso da enfermagem, em que a mídia pouco contribui para distinguir os papéis profissionais das três categorias que compõem a equipe de enfermagem, as características de escolaridade da população investigada podem ser um fator que dificulta a adequada

distinção das tarefas dos enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem (KEMMER; SILVA, 2007).

Por conseguinte, se se correlacionar os dados apreendidos sobre o nível de escolaridade e as atividades laborais dos participantes, pode-se inferir que a maioria das profissões registradas pelos participantes do estudo demanda pouca escolaridade. Também é importante destacar a profissão “do lar” ou “dona de casa”, uma vez que a maior incidência foi de mulheres, na faixa etária de 55 a 64 anos. Historicamente esta população, em tal faixa etária, normalmente não possui uma escolaridade elevada, e nem era estimulada ao trabalho renumerado fora do âmbito doméstico. A partir da discussão desses dados pode-se apontar que os participantes tendendo à faixa de idosos, com pouca escolaridade, com mulheres que não vivenciam o mundo do trabalho, há de se analisar que este perfil é um dificultador para a adequada percepção das atribuições e papéis da equipe de enfermagem, em especial do enfermeiro (BALASSIANO; SEABRA; LEMOS, 2005).

## 5.2 Experiências hospitalares anteriores

Na Tabela 4 foram apresentados os dados referentes às internações hospitalares anteriores dos participantes da pesquisa, e um número expressivo (75,4%) já haviam tido alguma outra internação. Além disto, das pessoas que afirmaram ter vivenciado internações anteriores, 87,8% tiveram entre 2 a 5 internações ao longo de sua vida.

Assevera-se que ao passar por várias internações hospitalares, a pessoa adquire um conhecimento mais amplo da dinâmica do trabalho em saúde, dos profissionais que colaboram com este processo laboral e conseguem identificar algumas peculiaridades, relevância dos trabalhadores no funcionamento da organização do trabalho e atribuições dos profissionais. Nesta perspectiva, ter vivenciado internações anteriores pode ser um fator positivo para a correta identificação dos papéis dos profissionais de enfermagem, assim como na construção de um reconhecimento e valorização relacionados aos enfermeiros a partir de experiências vividas (FREIRE, 2006).

### 5.3 Conhecimento da população sobre o enfermeiro e o seu trabalho

Uma parte significativa dos participantes da pesquisa (69,2%) relatou que não convivia com nenhum profissional de enfermagem. O mesmo percentual de pessoas declarou saber quem é o profissional enfermeiro na dinâmica do trabalho hospitalar, sendo capaz de identificá-lo. Este é um dado positivo, pois apesar de grande parcela dos participantes não conviver com tal profissional, o que daria subsídios para eles apreenderem papéis e atribuições, mesmo assim relatam identificar este profissional durante a prestação da assistência.

Santos e Ribeiro (2010) constataram em uma pesquisa feita com usuários da Estratégia Saúde da Família em Diamantina, que a maioria dos participantes também era capaz de identificar o enfermeiro. As autoras analisaram que a identificação do enfermeiro perante os usuários não deve ser encarada como um produto e sim um processo contínuo e dinâmico. Nesta perspectiva, pode-se inferir que ao vivenciar um processo de convivência com a equipe de enfermagem durante internações, e mediante uma postura e posicionamento profissional de tais trabalhadores, o usuário da saúde depreende quem é o profissional, a relevância para o cuidado com sua saúde e para o processo de trabalho hospitalar.

Os dados sobre o conhecimento que os participantes têm em relação ao trabalho do enfermeiro demonstram algumas questões contraditórias. Sobre a escolaridade mínima necessária para obter a formação de enfermeiro, 64,6% dos clientes demonstraram conhecer que é necessário o ensino superior completo. No entanto, um percentual expressivo (41,5%) da população afirma não conhecer a composição da equipe de enfermagem, e nem a escolaridade de seus integrantes. Logo, depreende-se um aspecto paradoxal, uma vez que, eles relataram que o enfermeiro deve ter nível superior, mas não sabem quem são os membros da equipe e o nível instrucional. Pode-se então, inferir que tais usuários percebem que todos da equipe de enfermagem têm nível superior, o que é um equívoco.

Ao serem questionados sobre se conseguiam identificar os membros da equipe de enfermagem, obteve-se um percentual de 29,2% de participantes que poucas vezes percebiam as diferenças entre auxiliares, técnicos e enfermeiros, e 32,3% nunca conseguiam fazer tal diferenciação. Este dado vem somar-se ao

anterior, quando os participantes registraram que não sabiam sobre a escolaridade dos membros desta equipe. Portanto, se desconhecem este dado extremamente relevante (diferenças de escolaridades) dificulta-se assim, a distinção de papéis e de reconhecimento do profissional.

Na introdução deste estudo, foi ressaltada a incipiência de pesquisas que investigam a visão que o usuário tem sobre o trabalho do enfermeiro. Porém, trabalhos acerca da identidade profissional do enfermeiro (BORGES; SILVA, 2010; GOMES; OLIVEIRA, 2005, 2007, 2010; NETTO; RAMOS, 2004;) destacam que muitas vezes ocorre a sobreposição da figura/atribuição do enfermeiro diante de outros profissionais de enfermagem, como também de outros profissionais da equipe multiprofissional. Além dessa análise, ressalta-se que o objeto de trabalho do enfermeiro, o cuidado, não está totalmente consolidado na visão dos usuários e profissionais, o que acarreta alguns prejuízos para o fortalecimento de sua identificação profissional.

Os estudos citados no parágrafo anterior inferem que os motivos da dificuldade de diferenciação de papéis entre os membros da equipe de enfermagem, por parte dos usuários, relacionam-se a não identificação do profissional quando da prestação do cuidado de enfermagem; correlaciona-se com a conduta profissional do enfermeiro, que fica mais distanciado do cuidado direto ao paciente devido ao quantitativo elevado de tarefas administrativas; e também está relacionado ao número menor de enfermeiros comparado aos demais integrantes da equipe de enfermagem, que é infinitamente menor. Segundo Conselho Regional de Enfermagem do Rio de Janeiro (COREN-RJ), em 2012 apenas 18% da população de profissionais inscritos no conselho eram enfermeiros, enquanto 51% eram de técnicos e 31% de auxiliares de enfermagem (PEDUZZI; ANSELMINI, 2002).

No caso do cenário investigado, verificou-se que o percentual de profissionais de enfermagem correspondeu à mesma realidade divulgada nos dados do COREN-RJ. Pois, 18,5% dos profissionais de enfermagem que trabalhavam no hospital estudado eram de enfermeiros, enquanto a grande maioria, 81,5%, era de auxiliares e técnicos de enfermagem. Este dado fortalece a análise anterior sobre a dificuldade que os clientes internados possam ter sobre a identificação correta do profissional de enfermagem que lhe presta o cuidado.

Continuando a análise referente aos dados tratados na tabela 6, registra-se que 20,0% dos profissionais de enfermagem poucas vezes se identificam durante a

assistência de enfermagem e 21,5% referiram que nunca o profissional de enfermagem se identificou antes de prestar algum cuidado. Ao somar esses dois percentuais obteve-se quase a metade da população (41,5%).

Este dado foi considerado preocupante e corrobora com pesquisas comentadas anteriormente (PIRES, 2009; SOUSA et al, 2010; SOUZA et al, 2006). A preocupação fundamenta-se no fato de que durante a formação profissional é ensinado e reforçado sistematicamente a importância da identificação profissional para o usuário, pois este se sente acolhido terapêuticamente; há os aspectos legais sobre o consentimento de realização de algum procedimento no corpo do paciente somente após a identificação do profissional e o consentimento do paciente; além de fundamentar-se nas normas básicas da vida em sociedade. Porém, com todo este conteúdo sendo destacado nas Academias e escolas de enfermagem os trabalhadores de enfermagem ainda não apreenderam a importância desta relevante conduta (MASCARENHAS; ROSA, 2010).

O usuário não revelou diferenciação significativa em relação à valorização de um profissional em detrimento do outro, ou seja, 80% consideram todos os profissionais importantes na dinâmica do trabalho hospitalar. Porém, os 20% dos que conferiram relevância a algum profissional, destacaram o médico como o mais importante. Este fato pode ser explicado porque a figura médica é quem detém o poder sobre o processo de trabalho neste espaço laboral, uma vez que é ele quem determina a admissão, a terapêutica e a alta hospitalar, além de fornecer o óbito (PIRES, 2009). Somado a isso, é possível também aludir ao poder do médico no ambiente hospitalar, pois esse profissional que foi apoiado pelo Estado para dominar institucionalmente o atendimento ao processo saúde-doença nos hospitais (FOUCALT, 2005). Sendo assim, o médico está milenarmente dominando o ambiente hospitalar, o que dificulta a atuação mais autônoma e destacada dos demais profissionais que compõem a equipe multiprofissional. Dessa forma, está consolidado no senso comum sua posição profissional de destaque e sua relevância social.

Em relação aos dados da Tabela 8, os participantes em sua maioria, conseguiam identificar as atividades realizadas pelos enfermeiros na dinâmica da equipe multiprofissional. Contudo, há de se fazer uma análise acerca do percentual daqueles que poucas vezes (15,4%) e nunca (18,5%) depreendiam as atividades dos enfermeiros na equipe multiprofissional – total de 33,9%. Esse dado também se

revela preocupante, pois está consolidado na sociedade que o enfermeiro é o profissional que cuida, atribuição que se distancia da maioria das atribuições dos outros profissionais que compõem a equipe de saúde - médicos, nutricionistas, psicológicos, assistentes sociais, fisioterapeutas (MATOS; PIRES, 2009; SAAR; TREVIZAN, 2007).

Ainda em relação à análise efetuada no parágrafo anterior, pode-se asseverar que se essa população não consegue identificar o que o enfermeiro faz no processo de trabalho em saúde, e porque há um distanciamento entre o usuário e o enfermeiro, pois esse profissional não está prestando cuidados diretos. Corroborando com esta apreciação, Souza et al (2009) ressaltam que a sobrecarga de trabalho imputada ao enfermeiro diante da precarização do trabalho hospitalar público, faz com que esse profissional despenda tempo e energia em busca de material em outras unidades de internação e/ou adaptando e improvisando insumos hospitalares para assegurar que o cuidado seja efetuado. Desse modo, o enfermeiro gasta tempo precioso, que poderia estar junto ao usuário, providenciando materiais e/ou atuando distanciado de suas reais atribuições.

Para finalizar a análise em relação ao tema sobre o “Conhecimento da população sobre o enfermeiro e o seu trabalho”, infere-se que os participantes resumem seu conhecimento sobre as atribuições profissionais do enfermeiro como parcial (46,2%) e 38,5% determinaram como pleno conhecimento acerca das tarefas desse profissional. Considera-se que há uma distorção neste “pleno conhecimento”, pois a própria categoria sofre com confusões de papéis entre a própria equipe e, frequentemente, com atribuições de outros profissionais da saúde (PIRES, 2009). Desse modo, questiona-se como participantes que tenham nível de escolaridade em geral baixo; que não convivem com profissionais de saúde; que têm dificuldades de diferenciar os membros da equipe de enfermagem e as tarefas dos enfermeiros frente à equipe multiprofissional; possam declarar esse conhecimento aprofundado? Sendo assim, este foi outro paradoxo apreendido durante a análise dos dados.

#### 5.4 O trabalho do enfermeiro e seu reconhecimento

Sobre a análise do trabalho do enfermeiro segundo a visão do usuário, na Tabela 10 foram listadas as principais atividades realizadas pelos enfermeiros de acordo com o conhecimento e observação dos clientes internados. Entre todas as atividades a que teve o maior destaque foi “administrar medicação”. Esta atividade está diretamente relacionada com a dinâmica do trabalho hospitalar da enfermagem, pois a administração de medicamentos (independentemente da sua via de administração: oral, intramuscular e/ou endovenosa) é uma prática realizada, em sua maioria, por técnicos e auxiliares de enfermagem. Porém, como foi discutido anteriormente, infere-se uma dificuldade por parte dos usuários, em identificar corretamente os membros da equipe de enfermagem, logo a função que é exercida por técnicos de enfermagem foi conferida ao enfermeiro (PEDUZZI; ANSELMINI, 2002).

Um aspecto interessante encontrado na análise foi a relação existente entre a discussão dos dados do parágrafo anterior e os resultados obtidos no Sistema de Classificação de Paciente utilizado neste estudo (PERROCA, 1996). O referido Sistema é composto por 13 indicadores de saúde (ANEXO A), sendo que nesta pesquisa o indicador com maior frequência (11,5%) foi a “terapêutica”, que está relacionado com a utilização dos diversos agentes terapêuticos medicamentosos prescritos para a manutenção da saúde dos clientes internados. Desta forma, é possível inferir que a maior demanda dos cuidados de enfermagem, a administração de medicamentos, foi corretamente apreendida pelos depoentes, que destacaram esta como a principal atividade desenvolvida pelo enfermeiro.

Porém cabe reafirmar um equívoco de percepção dos sujeitos, pois a administração de medicamentos, no hospital investigado, é uma atividade realizada eminentemente pelos técnicos e auxiliares de enfermagem. Por conseguinte, também cabe inferir que está consolidado no senso comum que quem “aplica injeções” é a enfermagem, por sua vez, na compreensão dos usuários, os enfermeiros também realizam tal atividade.

Outras atividades que se destacaram foram: “higiene pessoal do cliente” e “tratamento de feridas”. Essas atividades igualmente estão bastante presentes na rotina laboral da equipe de enfermagem, porém ressalta-se que o “tratamento de

feridas” é uma atividade exercida, ou deveria ser, exclusivamente pelo enfermeiro, pois essa configura-se em uma especialidade profissional, a estomaterapia (FERREIRA; BOGMAIL; TORMENA, 2008). Por conseguinte, uma atividade que não ganhou tanto destaque foi a “liderança e supervisão de enfermagem”. Contudo, sabe-se que esta é uma das atividades predominantemente desempenhadas pelos enfermeiros na dinâmica hospitalar, sendo necessário, muitas vezes, o afastamento do enfermeiro do cuidado direto ao paciente para realizar tarefas administrativas, que envolvem a gerência de unidade hospitalar. Deste modo, infere-se que tal distanciamento interfere diretamente na imagem que o usuário tem sobre o trabalho do enfermeiro (GOMES; OLIVEIRA, 2005; PEDUZZI; ANSELMINI, 2002).

No que se refere ao reconhecimento conferido pelo usuário ao trabalho do enfermeiro, a maioria (96,9%) dos participantes da pesquisa consideraram importante. Durante o preenchimento do questionário, muitos dos participantes referiram que consideravam que tanto o enfermeiro como a equipe de enfermagem era relevante, pois essa equipe fazia a enfermagem funcionar. Contudo, no que diz respeito ao reconhecimento que a sociedade confere ao trabalho do enfermeiro, 38,5% referiu que este é poucas vezes reconhecido. Alguns fatores podem corroborar para tal situação, como: o baixo retorno financeiro que a profissão oferece, com isso a enfermagem não é considerada uma atividade que gere status social; por ser considerada, por muitos, uma categoria subalterna à figura médica; ter uma imagem estereotipada e estigmatizada pelos meios de comunicação (ANDRADE, 2010; COSTA et al, 2010).

Com relação ainda ao reconhecimento do trabalho do enfermeiro, pode-se salientar os dados obtidos na Tabela 12. Grande parte dos participantes da pesquisa utilizaram palavras que expressavam sentimentos afetivos positivos (29,2%) para descrever o enfermeiro. Somado a isso, 23,1% relataram características profissionais empáticas dirigidas ao enfermeiro. Pesquisas anteriores (BORGES; SILVA, 2010; GOMES; OLIVEIRA, 2011; PORTO; AMORIM, 2007;) destacavam que os clientes, frequentemente, relacionam a figura do enfermeiro a uma visão de carinho, afeto, amizade e proteção. Além de ser lembrado como aquele profissional que estaria mais próximo a eles e conhece as suas necessidades. Essas características podem ser apreendidas por ser o cuidado o objeto de trabalho da enfermagem.

Em relação às palavras que caracterizavam o trabalho realizado pelo enfermeiro, as que obtiveram maior frequência (29,2%) correspondiam a um trabalho considerado de excelência. Acredita-se que este atributo de qualidade pode colaborar para o crescimento e fortalecimento da imagem e do reconhecimento profissional da enfermagem. Contudo para alcançar tal valorização, muitas vezes esses profissionais são exigidos ao máximo em seu ambiente de trabalho, com intensa carga horária; número pequeno de funcionário, o que gera uma sobrecarga de atividades; condições físicas, materiais e estruturais inadequadas, principalmente nos hospitais públicos (SOUZA et al., 2009). Estas características laborais também foram destaque na categoria “Condições penosas de trabalho do enfermeiro”, com uma frequência de 10,8%, que emergiu através dos registros dos sujeitos que observaram mais atentamente a dinâmica do trabalho hospitalar da equipe de enfermagem.

## 6. CONCLUSÃO

Para a realização deste capítulo faz-se necessário recordar de alguns assuntos abordados na introdução do presente estudo. Esta pesquisa teve o intuito de saber qual é o entendimento que o usuário de uma instituição hospitalar tem sobre o trabalho do enfermeiro. Para obter a resposta para tal questionamento foi realizada uma investigação, por meio de formulário, com os clientes internados nas áreas cirúrgicas e clínicas de um hospital de grande porte do Rio de Janeiro.

Após serem feitos e respeitados todos os processos metodológicos estabelecidos, foi possível apresentar os dados da pesquisa, como também realizar a discussão dos mesmos. No que se refere ao perfil da população pesquisada, constatou-se que ela é composta por maioria feminina; a média de idade predominante é de adultos que estão iniciando a vida idosa; a escolaridade dos participantes foi considerada baixa, logo as suas atividades laborais utilizam mais a força física do que aspectos cognitivos mais elaborados. Diante dessas características concluiu-se que a população apresentaria algumas dificuldades no real conhecimento de quem é o enfermeiro e o trabalho desenvolvido por este profissional. No entanto, acreditou-se que um fator que poderia auxiliar neste conhecimento, seria a alta taxa de internações hospitalares anteriores que os participantes da pesquisa tinham, devido a vivência repetida das atividades desenvolvidas pela equipe de enfermagem na prática hospitalar.

No que se refere diretamente ao conhecimento que o usuário tem sobre o enfermeiro, concluiu-se que este apresenta alguns equívocos, pois eles afirmam saber quem é o enfermeiro, em sua maioria indicaram corretamente a sua escolaridade, porém uma parte significativa da população não conhecia a composição da equipe de enfermagem. Outro dado que corroborou para essa conclusão foi que os participantes relataram que poucas vezes conseguiam identificar quem eram os membros da equipe de enfermagem, em contrapartida na hora de prestarem algum cuidado, esses profissionais não se identificavam.

A partir desses dados é perceptível a importância que o próprio enfermeiro tem, na sua prática profissional, de promover ações que gerem um maior reconhecimento de sua profissão, de suas atribuições e papel profissional no processo de trabalho em saúde. A adoção de uma conduta “natural”, instituída na

sociedade, como se identificar através da notificação de seu nome e função, contribui para gerar maior reconhecimento, como também aprendizado sobre a enfermagem e o enfermeiro. Tal conduta pode servir de estratégia para que o usuário saiba o que faz o enfermeiro, valorizando sua atuação profissional no contexto da saúde.

Salienta-se também a importância de reforçar esta prática de identificação ao longo de toda a formação do enfermeiro, pois é durante os períodos mais precoces da faculdade que se deve começar um processo de sedimentação de algumas atitudes e condutas que podem ser esquecidas durante os anos de vida profissional.

O estudo também concluiu que, sobre o trabalho e/ou atividades desenvolvidas pelo enfermeiro, a população apesar de considerar ter conhecimento parcial a total sobre essas funções, tem um conhecimento pouco claro sobre quais são as reais atribuições do trabalho do enfermeiro e dos demais integrantes da equipe de enfermagem.

Na perspectiva do reconhecimento conferido ao enfermeiro e seu trabalho, os participantes consideraram importante tanto o trabalho desenvolvido pelo enfermeiro, como também a sua atuação na equipe de saúde, e declararam a pouca valorização social que é imputada à profissão. As principais formas de reconhecimento atribuídas nesta pesquisa estavam relacionadas a sentimentos afetuosos que a figura do enfermeiro gera e a excelência na prestação de cuidados de enfermagem fornecidos ao clientes internados.

Acredita-se que os objetivos da pesquisa foram alcançados, pois se conseguiu identificar o [re]conhecimento que os participantes da pesquisa possuíam sobre o trabalho do enfermeiro. Além disso, ressalta-se que se elaborou uma análise buscando-se as aproximações e os distanciamentos com as competências e atribuições esperadas para o enfermeiro, segundo a lei do exercício profissional e o perfil do enfermeiro contido nas Leis de Diretrizes e Bases do Ensino de Enfermagem. Além dos objetivos alcançados, vale ressaltar que a hipótese investigativa dessa pesquisa também foi confirmada, pois através dos dados obtidos e da análise realizada, foi possível constatar que os usuários internados nesta instituição hospitalar tem um entendimento pouco claro sobre o enfermeiro e seu trabalho.

Porém, vale ressaltar que esta pesquisa também teve limitações, sendo necessário alguns novos planejamentos e adaptações para que fosse alcançado o

objetivo final do estudo. Um exemplo foi a utilização do Sistema de Classificação de Paciente desenvolvido por Perroca (1996). Inicialmente esse sistema seria um dos instrumentos utilizados como ICD e seus dados seriam analisados juntamente com o formulário utilizado. Contudo realizar tal ação gerou um esforço muito maior do que se tinha idealizado, pois seria necessário realizar a triangulação dos dados. Dessa forma, as informações obtidas pelo SCP foram utilizadas como uma forma de melhor caracterizar a clientela internada, ou seja, a população do estudo.

Diante dos resultados apreendidos e da análise efetuada, pôde-se concluir que a população desse estudo tem uma [re]conhecimento pouco claro e/ou distorcido sobre o enfermeiro e o seu trabalho, o que interfere diretamente na valorização e visibilidade social desse profissional. Algumas condições apresentada neste estudo podem ter alterado o [re]conhecimento do enfermeiro por parte da população, como o perfil sociodemográfico dos clientes internados, as contradições que ocorrem entre os papéis realizados pelos enfermeiros e os demais profissionais de enfermagem na instituição investigada, como também o distanciamento do enfermeiro do cuidado direto ao cliente devido a dinâmica do trabalho hospitalar de enfermagem.

Com este estudo espera-se contribuir para a produção brasileira da Enfermagem no que diz respeito ao processo de valorização e reconhecimento do trabalho do enfermeiro, pois esse é um processo contínuo e dinâmico que sempre necessita de novas informações sobre sua configuração. E, deseja-se também suscitar maiores discussões sobre a temática nas Academias e centros de pesquisa, sensibilizando alunos, professores e pesquisadores através dos dados e análise apresentados neste estudo, pois se buscou a expressão dos que recebem o cuidado de enfermagem – pacientes / clientes / usuários – acreditando-se que estes podem fornecer um novo olhar sobre como buscar cotidianamente uma maior valorização e reconhecimento profissional do enfermeiro.

## REFERÊNCIAS

ANDRADE, A.C. A enfermagem não é mais uma profissão submissa. **Rev.Bras. Enferm.**, Brasília, v.60, n.1, Feb. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v60n1/a18v60n1.pdf>>. Acesso em: 23 jul. 2010.

BALASSIANO, M; SEABRA, A. A.; LEMOS, A.H. Escolaridade, salários e empregabilidade: tem razão a teoria do capital humano?. **Rev. adm. Contemp.**, Rio de Janeiro, vol.9, n.4, pp. 31-52, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rac/v9n4/v9n4a03.pdf>>. Acesso em: 03 mai 2013.

BRASIL. **Classificação Brasileira de Ocupações**. Disponível em: <<http://www.mtecbo.gov.br/cbsite/pages/home.jsf>>. Acesso em: 12 dez 2011

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem**. Plano de Ação Nacional (2009-2011). Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/plano\\_saude\\_homem](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/plano_saude_homem)>. Acesso em: 30 abr 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (PROFAE)** - <[http://portal.saude.gov.br/saude/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=18414](http://portal.saude.gov.br/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=18414)>

\_\_\_\_\_. Ministério de Educação. **Resolução CNE/CEB Nº 04/99** - Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Profissional de Nível Técnico. Disponível em: <[http://portal.mec.gov.br/setec/arquivos/pdf/RCNE\\_CEB04\\_99.pdf](http://portal.mec.gov.br/setec/arquivos/pdf/RCNE_CEB04_99.pdf)> Acesso em: 13 dez 2011

BORGES, M.S; SILVA, H.C.P. Cuidado ou tratar? Busca do campo de competência e identidade profissional da enfermagem. **Rev. Bras. Enferm. Brasília**, v. 5, n. 63, Set-Dec, p. 823-829.

CAPES – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior .  
Enfermagem. Disponível em:  
<[http://www.capes.gov.br/images/Comunicado\\_01\\_2013\\_Qualis\\_Enfermagem.pdf](http://www.capes.gov.br/images/Comunicado_01_2013_Qualis_Enfermagem.pdf)>  
<[http://www.capes.gov.br/images/Comunicado\\_01\\_2013\\_Qualis\\_Enfermagem.pdf](http://www.capes.gov.br/images/Comunicado_01_2013_Qualis_Enfermagem.pdf)>  
Acesso em: 10 jun 2013.

CARMONA, L.M.P; ÉVORA, Y.D.M. Sistema de classificação de pacientes: aplicação de um instrumento validado. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v.1, n.36, p. 42-49. 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v36n1/v36n1a06.pdf>> Acesso em: 18 mai. 2012.

CNESNet – **Cadastro nacional de Estabelecimentos de Saúde**. Estabelecimento de Saúde. Disponível em:  
<[http://cnes.datasus.gov.br/Exibe\\_Ficha\\_Estabelecimento.asp?VCpf=2269783](http://cnes.datasus.gov.br/Exibe_Ficha_Estabelecimento.asp?VCpf=2269783)>  
Acesso em: 17 jul 2011.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Lei nº 7.498/86, de 25 de junho de 1986** - Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Disponível em: <<http://site.portalcofen.gov.br/node/4161>>. Acesso em: 12 dez 2011

\_\_\_\_\_. **Resolução COFEN 290/2004** - Fixa as Especialidades de Enfermagem. Disponível em: <<http://site.portalcofen.gov.br/node/4326>>. Acesso em: 12 dez 2011

\_\_\_\_\_. **Resolução COFEN nº 293/2004** Fixa e Estabelece Parâmetros para o Dimensionamento do Quadro de Profissionais de Enfermagem nas Unidades Assistenciais das Instituições de Saúde e Assemelhado. Disponível em: <[http://site.portalcofen.gov.br/sites/default/files/RESOLUCAO\\_2932004.PDF](http://site.portalcofen.gov.br/sites/default/files/RESOLUCAO_2932004.PDF)>. Acesso em: 11 agost 2011.

COREN-RJ. Conselho Regional de Enfermagem do Rio de Janeiro. **Institucional**. 2011/2013. Disponível em: <[http://coren-rj.org.br/site\\_novo\\_local/institucional/](http://coren-rj.org.br/site_novo_local/institucional/)>. Acesso em: 24 abri 2013.

COSTA, R. et al. O legado de Florence Nightingale: uma viagem no tempo. **Texto e contexto – enferm.**, Florianópolis, v.18, n.4, Dec. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n4/07.pdf>>. Acesso em: 14 abr. 2010.

DEJOURS, C. (2011). In Lancman, S., & Sznelwar, L.I. (Orgs.). Christophe Dejours. **Da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho**. 3 ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.

DEJOURS, C; ABDOUCHELI, E; JAYET, C. **Psicodinâmica do trabalho: contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho**. 4 ed. São Paulo. Editora Atlas, 2010.

DIAS, L.M.C, et al. Qualitativo e quantitativo: evidenciando a enfermagem como ciência e arte do cuidado. **Rev de Pesq Cuidado é Fundamental**. ano 8. n 1/2. P. 131-137. 1/2 sem. 2004. Disponível em: <<http://www.unirio.br/repef/arquivos/2004/14%202004.pdf>> Acesso em: 24 mai. 2011.

FERREIRA, A.B.D.H. **Mini Aurélio: o dicionário da língua portuguesa**. Positivo, Rio de Janeiro, 2008.

FERREIRA, A.M; BOGAMIL, D.D.D; TORMENA, P.C. O enfermeiro e o tratamento de feridas: em busca da autonomia do cuidado. **Arq. Ciênc. Saúde**. Paraná. v.3, n. 17, p. 105-109, 2008. Disponível em: <[http://www.cienciasdasaude.famerp.br/racs\\_ol/vol-15-3/IDN269.pdf](http://www.cienciasdasaude.famerp.br/racs_ol/vol-15-3/IDN269.pdf)>. Acesso em: 03 mai 2013.

FREIRE, P. **Pedagogia da esperança**. 13ª ed. São Paulo: Paz e Terra, 2006.

FOCAULT, M. **Microfísica do Poder**. 2005. São Paulo, Paz e Terra.

FONSECA, J.P; ECHER, I.C. Grau de dependência de pacientes em relação à assistência de enfermagem em uma unidade de internação clínica. **Rev. Gaúcha Enferm.** Porto Alegre .v.3, n.24, p. 346-354. 2003. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/23518/000397705.pdf?sequence=1>> Acesso em: 18 mai. 2012

GERNET,I; DEJOURS, C. **Avaliação do trabalho e reconhecimento.** In: BENDASSOLLI, P.F; SOBOLL, L.A.P. Clínica do trabalho: novas perspectivas para compreensão do trabalho na atualidade. 1 ed. São Paulo: São Paulo: Atlas, 2010. p. 61 – 70.

GIL. A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 4 ed. São Paulo: Atlas,2002.

GOMES, A.M.T; OLIVEIRA, D.C. A auto e heteroimagem profissional do enfermeiro em saúde pública: um estudo de representações sociais. **Rev Latino-Am Enfermagem.** v.13, n.6, p.1011-1018, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n6/v13n6a14.pdf>>. Acesso em: 16 jul 2011

GOMES, A.M.T; OLIVEIRA, D.C. Espaço autônomo e papel próprio: representações de enfermeiros no contexto do binômio saúde coletiva-hospital. **Rev. Bras. Enferm.** v.61, n.2, p.178-185, 2008. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n2/a06v61n2.pdf>>. Acesso em: 16 jul 2011

GOMES, A.M.T; OLIVEIRA, D.C. O núcleo central das representações de enfermeiros acerca da enfermagem: o papel próprio da profissão. **RevEnferm. UERJ** v. 13, n.3, p.352-358, 2010. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v18n3/v18n3a03.pdf>>. Acesso em 16 jul 2011.

HULLEY, S.B. **Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica.** 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

HUPE. **Hospital Universitário Pedro Ernesto.** Disponível em: <<http://www.hupe.uerj.br/>>. Acesso em: 24 abr 2011.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo 2010: Características gerais da população, religião e pessoas deficientes**. Rio de Janeiro, 2010.

JESUS, E.S et al. Preconceito na enfermagem: percepção de enfermeiros formados em diferentes décadas. **Rev. Esc. Enferm USP**. v.44, n. 1. p. 166-173. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n1/a24v44n1.pdf>>. Acesso em: 16 set 2011.

LEOPARDI, M.T. **Processo de trabalho em saúde: organização e subjetividade**. 1 ed. São Paulo: Papa livros, 1999.

LEVIN, J. **Estatística Aplicada a Ciências Humanas**. 2 ed. São Paulo: Editora Harbra, 1987.

KEMMER, L.F; SILVA, M.J.P. A visibilidade do enfermeiro a percepção de profissionais de comunicação. **Rev. Latino-amEnferm**. v.15, n.2, Mar-Abr,2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n2/pt\\_v15n2a02.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n2/pt_v15n2a02.pdf)>. Acesso em: 12 jan 2012.

KREISCHER, E.D. **A percepção dos enfermeiros sobre a organização do trabalho no centro cirúrgico de um hospital universitário**. 2008. 120f. Dissertação (mestrado), Universidade do estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem. Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

KURCGANT, P. et al. **Gerenciamento em enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

MARCONI, M.A.; LAKATOS, E.M. **Fundamentos da metodologia Científica**. 5 ed. São Paulo: Atlas, 2003.

MASCARENHAS, N.B; ROSA, D.O.S. Bioética e formação do enfermeiro: uma interface necessária. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 19, n. 2, 2010 . Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n2/19.pdf>>. Acesso em: 24 abr 2013.

MATOS, E; PIRES, D ;RAMOS, F.R.S . Expressões da Subjetividade no Trabalho de Equipes Interdisciplinares de Saúde. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 14, p. 59-67, 2010. Disponível em: <[http://www.enf.ufmg.br/site\\_novo/modules/mastop\\_publish/files/files\\_4c331459321a2.pdf](http://www.enf.ufmg.br/site_novo/modules/mastop_publish/files/files_4c331459321a2.pdf)> Acesso em: 10 mar 2012.

MATOS, E. **Novas formas de organização e aplicação na enfermagem: limites e possibilidades**, 2002. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC, Florianópolis, 2002.

MEDRONHO et al. **Epidemiologia**. 2 ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2009.

MENDES, K.D.S; SILVEIRA, R.C.C.P; GALVÃO, C.M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto contexto- enferm**. v. 17, n.4, p. 758-764, 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010407072008000400018&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010407072008000400018&script=sci_arttext)> Acesso em: 28 maio. 2011

MINAYO, M.C.S; SANCHES, O. Quantitativo-Qualitativo: Oposição ou Complementaridade?. **Cad. Saúde Públ**. Rio de Janeiro. v 3. n 9. p 239-262. jul/set, 1993. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v9n3/02.pdf>> Acesso em: 24 mai 2011.

NETTO, L.F.S.A; RAMOS, F.L.S. Considerações sobre o processo de construção da identidade do enfermeiro no cotidiano de trabalho. **Rev Latino-Am Enfermagem**. v.12, n.1, p. 50-57, 2004. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v12n1/v12n1a08.pdf>>. Acesso em: 12 jul 2011

NUNES, A. O envelhecimento populacional e as despesas do Sistema Único de Saúde. Cap. 13, p. 447-450. In: Camarano & Org. **Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?**. Rio de Janeiro: IPEA, 2004.

OLIVEIRA, E. B. ; SOUZA, N. V. M. . Estresse e inovação tecnológica em unidade de terapia intensiva de cardiologia: tecnologia dura. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 20, p. 457-462, 2012.

PEDUZZI, M; ANSELMINI, M.L. O processo de trabalho de enfermagem: a cisão entre planejamento e execução do cuidado. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 55, n. 4, p. 392-398, jul./ago. 2002.

PERROCA, M.G; GAIDZINSKI, R.R. Sistema de classificação de pacientes: construção e validação de um instrumento. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v.32, n.2, p.153-68, ago. 1998.

PERROCA, M.G. **Sistema de classificação de pacientes: construção e validação de um instrumento**. 1996. 105f. Dissertação (mestrado), Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem. São Paulo, São Paulo.

PIRES, D. A enfermagem enquanto disciplina, profissão e trabalho. **Rev. Bras. Enferm**, Brasília, v62, n5, p 739-744, set/out. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n5/15.pdf>> Acesso em: 10 de mar 2012.

PIRES, D. **Reestruturação Produtiva e Trabalho em Saúde no Brasil**. São Paulo: Editora Annablume, 1998.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B, **Fundamentos de pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

PORTO, F. ; AMORIM, W. (Org). **História da enfermagem brasileira: lutas, ritos e emblemas**. Rio de Janeiro: Águia Dourada, 2007.

Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde. **A empregabilidade e trabalho dos Enfermeiros no Brasil**. 2006. Disponível em <<http://www.obsnetims.org.br/adm/arq/pesquisa/3716359.pdf>>. Acesso em: 17 jun 2011.

RUDIO, Franz Victor. **Introdução ao projeto de pesquisa científica**. 34ª ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2007.

SAAR, S.R.C.; TREVIZAN, M.A. Papéis profissionais de uma equipe de saúde: visão de seus integrantes. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 1, n. 15, 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n1/pt\\_v15n1a16.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n1/pt_v15n1a16.pdf)>. Acesso em: 10 de fev 2012.

SALLES, E.B; BARREIRA I.A. Formação da comunidade científica de enfermagem no Brasil. **Texto contexto- enferm.**, Florianópolis, v.19, n.1, Mar. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n1/v19n1a16.pdf>>. Acesso em 13 maio. 2011.

SANTOS, R.M; RIBEIRO, L.C.C. Percepção do usuário da estratégia saúde da família sobre a função do enfermeiro. **Cogitare Enferm.** v. 5, p. 709-715, out/dez. 2010.

SCHERER, M.D.A; PIRES, D. Interdisciplinaridade: processo complexo de conhecimento e ação. **Revista Tempus: Actas de Saúde Coletiva**, v. 5, p. 69-84, 2011. Disponível em: <<http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/919/929>> Acesso em: 10 de fev 2012.

SCHWARZ, E. et al . Política de saúde do homem. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, p. 108-116, 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102012000700015&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102012000700015&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 13 Mai 2013.

SILVA, P.A.S et al. A saúde do homem na visão dos enfermeiros de uma unidade básica de saúde. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, Sep. 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141481452012000300019&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141481452012000300019&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 03 Mai 2013.

SOUSA, F.E.M, et al. Percepção de estudantes de enfermagem acerca da profissão. **Rev. Rene, Fortaleza**, v. 11, n. 4, p. 110-117, out/dez., 2010. Disponível em: <<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/432/pdf>>. Acesso em: 10 de fev 2012.

SOUZA, A.C.C et al. Formação do enfermeiro para o cuidado: reflexões da prática profissional. **Rev Bras Enferm.** v.6, n. 59, p. 805-807, nov-dez. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v59n6/a16.pdf>> Acesso em: 12 fev 2012

SOUZA, N.V.D.O, et al. O trabalho da enfermagem e a criatividade: adaptações e improvisações hospitalares. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v.17, n.3, p.356-361, jul/set, 2009. Disponível em: < <http://www.facenf.uerj.br/v17n3/v17n3a10.pdf>>. Acesso em: 24 abr 2013.

SPINDOLA, T; SANTOS, R.S. O trabalho na enfermagem e seu significado para os profissionais. **Rev Bras Enferm**, v. 58, n. 2, mar-abr, p. 156-160, 2005)

TRAESEL, E.S. **A psicodinâmica do reconhecimento: sofrimento e realização no contexto dos trabalhadores da enfermagem de um hospital no interior do Rio Grande do Sul.** 2007. 128f. Dissertação (mestrado), Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Instituto de Psicologia. Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

TRAESEL, E.S; MERLO, A.R.C. A psicodinâmica do reconhecimento no trabalho de enfermagem. **Revista Psico, Rio Grande do Sul**, v. 40, n. 1, jan/mar. 2009. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/viewFile/3594/4148>> Acesso em: 27 nov 2011.

TRAESEL, E.S; MERLO, A.R.C. Trabalho imaterial no contexto da enfermagem hospitalar: vivências coletivas dos trabalhadores na perspectiva da psicodinâmica do trabalho. **Rev Bras Saúde ocup.** n. 36. p. 40-55, 2011. Disponível em: <<http://www.fundacentro.gov.br/rbso/BancoAnexos/RBSO%20123%20Trabalho%20imaterial.pdf>> Acesso em: 27 nov 2011.

TRIOLA, M.F. **Introdução à Estatística.** 7 ed. Rio de Janeiro: LTC, 1999.

## APÊNDICE A – Quadro da distribuição de artigos

Quadro 1 - Distribuição dos artigos selecionados na revisão bibliográfica sobre Identidade Profissional do Enfermeiro. Rio de Janeiro, 2013.

Ano	Título	Autores	Revista	Objetivo	Metodologia
2004	Considerações sobre o processo de construção da identidade do enfermeiro no cotidiano de trabalho	Netto, LFSA; Ramos, FLS.	Revista Latino-Americana de Enfermagem	Compreender o processo de construção da identidade do enfermeiro no cotidiano de trabalho	Qualitativa - Berger e Luckmann e Agnes Heller
2005	A auto e heteroimagem profissional do enfermeiro em saúde pública: um estudo de representações sociais	Gomes, AMT; Oliveira, DC.	Revista Latino-Americana de Enfermagem	Descrever e analisar as imagens profissionais presentes nas representações sociais de enfermeiros de saúde pública que desenvolvem atividades de cuidado direto à clientela.	Qualitativa – Representações Sociais
2007	Espaço autônomo e papel próprio: representações de enfermeiros no contexto do binômio saúde coletiva-hospital	Gomes, AMT; Oliveira, DC.	Revista Brasileira em Enfermagem	Analisar a estrutura da representação social da autonomia profissional da enfermagem a partir dos termos indutores "autonomia profissional" e "enfermagem".	Qualitativa – Representações Sociais
2010	Cuidar ou tratar? Busca do campo de competência e identidade profissional da enfermagem	Borges, MS; Silva, HCP.	Revista Brasileira em Enfermagem	Identificar o núcleo central das representações sociais dos profissionais de enfermagem acerca dos conceitos de <i>cuidar e tratar</i> .	Qualitativa – Representações Sociais
2010	O núcleo central das representações de enfermeiros acerca da enfermagem: o papel próprio da profissão	Gomes, AMT; Oliveira, DC.	Revista UERJ Enfermagem	Analisar a estrutura da representação social acerca da enfermagem e as relações de conexão estabelecidas entre os seus elementos para enfermeiros que desenvolvem o exercício profissional no contexto da saúde pública e do hospital.	Qualitativa – Representações Sociais

## APÊNDICE B – Termo de consentimento livre e esclarecido



Universidade do Estado do Rio de Janeiro  
Centro Biomédico  
Faculdade de Enfermagem



### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você foi selecionado (a) e está sendo convidado (a) para participar da pesquisa intitulada **O trabalho do enfermeiro segundo os usuários de um hospital geral: reconhecimento e valorização profissional**, que tem como objetivo geral discutir o entendimento dos usuários de um hospital geral do Rio de Janeiro sobre o trabalho do enfermeiro, à luz do seu reconhecimento profissional e como objetivos específicos identificar o conhecimento e reconhecimento que os usuários possuem sobre o trabalho do enfermeiro e analisar o conhecimento e reconhecimento usuários, buscando aproximações e distanciamentos das competências do enfermeiro. A pesquisa terá duração de nove meses.

Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo. É garantido ao entrevistado total sigilo que assegure sua privacidade quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa e também liberdade plena de se recusar a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização e prejuízo ao seu cuidado. Os dados coletados serão utilizados apenas nesta pesquisa e os resultados divulgados em eventos e revistas científicas.

Esta pesquisa não oferece nenhum benefício financeiro nem requer custos ao entrevistado. Entretanto, torna-se obrigatório a suspensão imediata da pesquisa ao perceber algum risco ou dano à saúde do sujeito participante da pesquisa. Sua participação nesta pesquisa consistirá responder um questionário que ficará armazenado com a pesquisadora num prazo de cinco anos após o término da pesquisa, sendo posteriormente descartadas.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone, e-mail e o endereço da Instituição dos pesquisadores, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Pesquisadoras:

Mestranda Luanna Klaren de Azevedo Amorim

Professora Orientadora Dr<sup>a</sup> Norma Valéria Dantas de Oliveira Souza.

**Declaro estar ciente do teor deste TERMO DE CONSENTIMENTO e estou de acordo em participar do estudo.**

Rio de Janeiro, \_\_\_\_\_ de, \_\_\_\_\_ de 2012

\_\_\_\_\_  
Nome do Entrevistado

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Entrevistado

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Pesquisador

## APÊNDICE C – Instrumento de coleta de dados

### **Parte I – Perfil Sócio-cultural**

**01-** Sexo:

a ( ) masculino                      b ( ) feminino

**02-** Qual é a sua idade? \_\_\_\_\_ anos

**03-** Qual a sua profissão? \_\_\_\_\_

**04-** Qual é a sua escolaridade?

a ( ) ensino fundamental incompleto                      e ( ) ensino superior incompleto  
 b ( ) ensino fundamental completo                      f ( ) ensino superior completo  
 c ( ) ensino médio incompleto                      g ( ) pós-graduação  
 d ( ) ensino médio completo

**05-** Esta é a sua primeira internação hospitalar?

a ( ) Sim                      b ( ) Não

**06-** Quantas vezes você já ficou internado, além de agora? \_\_\_\_\_ vezes

**07-** Você convive diretamente com alguém que faça parte da equipe de enfermagem?

a ( ) Sim Quem? \_\_\_\_\_  
 b ( ) Não

### **Parte II – As perguntas são sobre o enfermeiro e o seu trabalho**

**08-** Você sabe quem é o profissional enfermeiro?

a ( ) Sim                      b ( ) Não

**09-** Para uma pessoa ser enfermeiro (a) qual é o grau de escolaridade que ele (a) deve ter?

a ( ) ensino fundamental                      c ( ) ensino superior  
 b ( ) ensino médio                      d ( ) não sei informar

**10 -** Sobre as atribuições profissionais, ou seja, as atividades desenvolvidas pelo enfermeiro você considera ter:

a ( ) pleno conhecimento                      c ( ) nenhum conhecimento  
 b ( ) parcial conhecimento                      d ( ) nunca tive curiosidade em conhecer

**11-** Segundo os seus conhecimentos cite 3 atividades desenvolvidas por um enfermeiro:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_



**21-** Dentro da equipe de saúde você consegue identificar atividades realizadas pelo enfermeiro?

- a ( ) sempre  
b ( ) na maioria das vezes  
c ( ) poucas vezes  
d ( ) nunca

**22-** Você considera a presença do enfermeiro, como integrante da equipe de saúde:

- a ( ) importante  
b ( ) pouco importante  
c ( ) irrelevante  
d ( ) não tenho uma opinião formada

## APÊNDICE D – Carta de Solicitação/Autorização



UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
CENTRO BIOMÉDICO  
FACULDADE DE ENFERMAGEM



**CARTA DE SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO**

À Direção Geral do Hospital Universitário Pedro Ernesto

**Assunto:** Autorização para o desenvolvimento de pesquisa e menção Institucional em Dissertação de Mestrado

Solicitamos a Vossa Senhoria à autorização para utilizar como campo de pesquisa o Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE) para o desenvolvimento do estudo intitulado “O trabalho do enfermeiro segundo os usuários de um hospital geral: reconhecimento e valorização profissional” que tem como objeto de estudo o conhecimento e reconhecimento que os usuários de um hospital geral detêm sobre o trabalho do enfermeiro. Seu objetivo geral é discutir o entendimento dos usuários de um hospital geral do Rio de Janeiro sobre o trabalho do enfermeiro, à luz do seu reconhecimento profissional, e seus objetivos específicos são: identificar o conhecimento e reconhecimento que os usuários possuem sobre o trabalho do enfermeiro e analisar o conhecimento e reconhecimento usuários, buscando aproximações e distanciamentos das competências do enfermeiro. Esta pesquisa apoia-se nas concepções teóricas da psicodinâmica do trabalho desenvolvidas por Dejours se apropriando, mais profundamente, da discussão sobre dinâmica do reconhecimento, na qual acredita que o reconhecimento pode ser um meio que possibilita a transformação do sofrimento no trabalho em prazer. Trata-se de um estudo exploratório-descritivo de abordagem quantitativa e desenho transversal. A população serão os clientes internados nas áreas cirúrgicas e clínicas do referido hospital. Os sujeitos serão selecionados por meio de uma amostra intencional. Os critérios de inclusão dos clientes para a participação na pesquisa serão: estar internado há pelo menos 48 horas, devido ao grande impacto psicológico que este processo traz ao cliente, estar em boa condição clínico para responder o formulário, não ter nenhuma formação profissional na enfermagem e ter assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido-TCLE. O instrumento de coleta de dados utilizado será um formulário que contém um total de 22 perguntas, sendo 18 fechadas e 08 abertas. O mesmo está dividido em 4 partes, sendo elas: perfil sociocultural, o enfermeiro e o seu trabalho, o enfermeiro como membro da equipe de enfermagem, o enfermeiro como membro da equipe de saúde. Também será utilizado um instrumento de classificação de clientes baseado nas necessidades individualizadas de cuidado de enfermagem desenvolvido por Perroca (1996), com o intuito identificar o grau de dependência que o cliente, sujeito desta pesquisa que responderá o formulário, tem da equipe de enfermagem. As informações serão coletadas no período de junho a setembro de 2012 e analisadas utilizando-se da estatística descritiva simples.

Solicitamos também a permissão para divulgar os resultados da pesquisa em eventos e revistas científicas.

Atenciosamente,

*Norma Valéria Dantas de Oliveira Souza*  
Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Norma Valéria Dantas de Oliveira Souza

*Luanna Klaren de Azevedo Amorim*  
Mestranda: Luanna Klaren de Azevedo Amorim

*A. ERP*  
*One usura*  
*26/6/12*

Rowilla Acatalessu Nunez  
Diretor Geral  
FACULDADE DE ENFERMAGEM UERJ  
Matr. 32710-6

RECEBIDO NO GABINETE DO DIRETOR  
Em 26/6/12 às 13:00Hs

## APÊNDICE E – Carta de Apresentação



UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
CENTRO BIOMÉDICO  
FACULDADE DE ENFERMAGEM



### CARTA DE APRESENTAÇÃO

À Comissão de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ)

Eu Norma Valéria Dantas de Oliveira Souza, professora permanente do programa de pós-graduação *Stricto sensu* da Faculdade de Enfermagem da UERJ, venho por meio desta apresentar para os devidos fins que Luanna Klaren de Azevedo Amorim é aluna regularmente matriculada no Curso de Mestrado deste programa de Pós-graduação em Enfermagem (Avaliação CAPES "Conceito 4", homologado pelo CNE/Portaria MEC 542, DOU 30/04/2008) na linha de pesquisa "Trabalho, educação e formação profissional em saúde e enfermagem" e está sob minha orientação desde março de 2011.

Rio de Janeiro, 16 de Junho de 2012.

  
\_\_\_\_\_  
Norma Valéria Dantas de Oliveira Souza  
Vice-diretora da Faculdade de Enfermagem da UERJ (ENF/UERJ)  
Professora Permanente da Pós-graduação Stricto Sensu da ENF/UERJ  
Coordenadora do Curso em Enfermagem em Estomaterapia da ENF/UERJ  
Procientista da UERJ

## APÊNDICE F - Quadro de categoria das palavras

Quadro 2- Frequências simples das categorias formada por palavras que descrevem o enfermeiro e seu trabalho, segundo a opinião dos clientes internados. Rio de Janeiro, 2013.

<b>Categorias</b>	<b>Palavra para descrever o Enfermeiro</b>	<b>N</b>
Sentimentos Afetivos Positivos	Amigo	2
	Amor	4
	Anjo de guarda	1
	Bom	1
	Carinho	2
	Companheiro	1
	Especial	1
	Importante	2
	Maravilhosos	2
	Pessoa boa	2
Tudo	1	
Características Profissionais Empáticas	Ajuda	6
	Cuidado	7
	Dedicação	2
Visão Hospitalocêntrica	Dar remédio	1
	Doença	1
	Doentes	1
	Doutor	1
	Hospital	2
	Injeção	2
	Medicação	1
	Médico	3
	Salvar Vidas	1
	Saúde	2
Socorro	1	
Trabalho de excelência	Bom atendimento	1
	Bons profissionais	1
	Responsabilidade	2
	Satisfação	1
	Competência	1
Condições Penosas de Trabalho do Enfermeiro	Injustiçada	1
	Trabalhoso	1
Sentimentos Negativos	Insignificante	1
	Nada	1
Figura subalterna a medicina	Após o médico	1
	Auxiliar do médico	1
Não Respondeu	Não Respondeu	3

<b>Categorias</b>	<b>Palavra para Trabalho desenvolvido pelo enfermeiro</b>	<b>N</b>
Sentimentos Afetivos Positivos	Amor	1
	Benéfico	1
	Bom	1
	Essencial	1
	Família	1
	Grande valor	1
	Gratidão	1
	Importante	5
	Maravilhoso	1
	Muito bonita	1
	Tudo	1
	Vital	2
Características Profissionais Empáticas	Ajuda	1
	Bonito	1
	Cautela	1
	Cuidado	5
	Dedicação	5
	Paciência	2
Visão Hospitalocêntrica	Cura	1
	Dar remédio	1
	Horário	1
Trabalho de excelência	Bom atendimento	1
	Desenvolvimento em conjunto	1
	Excelente	4
	Excepcional	1
	Ótimo	3
	Produtivo	1
	Profissionalismo	2
	Responsabilidade	6
Honesto	1	
Condições Penosas de Trabalho do Enfermeiro	Árduo	1
	Cansativo	2
	Muito trabalho	1
	Sacrifício	1
	Trabalho Demorado	1
Sentimentos Negativos	Mediano	1
Figura subalterna a medicina	"Adiantamento" do serviço médico	1
Não Respondeu	Não Respondeu	2

## **ANEXO A – Instrumento de classificação do paciente**

### **I - Estado Mental e Nível de Consciência (habilidade em manter a percepção e as atividades cognitivas)**

- 1- Acordado; interpretação precisa de ambiente e tempo; executa sempre corretamente as ordens verbalizadas; preservação da memória.
- 2- Acordado; interpretação precisa de ambiente e tempo; segue instruções corretamente apenas algumas vezes; dificuldade de memória.
- 3- Acordado; interpretação imprecisa de ambiente e tempo em alguns momentos; dificilmente segue instruções corretamente; dificuldade aumentada de memória.
- 4- Acordado; interpretação imprecisa de ambiente e tempo em todos os momentos; não segue instruções corretamente; perda de memória.
- 5 - Desacordado; ausência de resposta verbal e manutenção de respostas à estímulos dolorosos ou ausência de respostas verbais e motoras.

### **II -Oxigenação (aptidão em manter a permeabilidade das vias aéreas e o equilíbrio nas trocas gasosas por si mesmo, com auxílio da equipe de enfermagem e/ou de equipamentos)**

- 1- Não requer oxigenoterapia.
- 2- Requer uso intermitente ou contínuo de oxigênio sem necessidade de desobstrução de vias aéreas.
- 3- Requer uso intermitente ou contínuo de oxigênio com necessidade de desobstrução de vias aéreas.
- 4- Requer uso de oxigênio por traqueostomia ou tubo orotraqueal.
- 5- Requer ventilação mecânica.

### **III - Sinais Vitais (necessidade de observação e de controle dos parâmetros vitais: temperatura corporal, pulso, padrão respiratório, saturação de oxigênio e pressão arterial, arterial média e venosa central)**

- 1- Requer controle de sinais vitais em intervalos de 6 horas.
- 2- Requer controle de sinais vitais em intervalos de 4 horas.
- 3- Requer controle de sinais vitais em intervalos de 2 horas.
- 4- Requer controle de sinais vitais em intervalos menores do que 2 horas
- 5- Requer controle de sinais vitais em intervalos menores do que 2 horas e controle de pressão arterial média e/ou pressão venosa central e/ou saturação de oxigênio.

### **IV - Nutrição e Hidratação (habilidade de ingerir nutrientes e líquidos para atender às necessidades metabólicas, por si mesmo, com auxílio de acompanhantes ou da equipe de enfermagem ou por meio de sondas e catéteres)**

- 1- Auto-suficiente
- 2- Requer encorajamento e supervisão da enfermagem na nutrição e hidratação oral.
- 3- Requer orientação e supervisão de enfermagem ao acompanhante para auxílio na nutrição e hidratação oral.
- 4- Requer auxílio da enfermagem na nutrição e hidratação oral e/ou assistência de enfermagem na alimentação por sonda nasogástrica ou nasoenteral ou estoma.
- 5- Requer assistência efetiva da enfermagem para manipulação de catéteres periféricos ou centrais para nutrição e hidratação.

**V - Motilidade (capacidade de movimentar os segmentos corporais de forma independente, com auxílio do acompanhante ou da equipe de enfermagem ou pelo uso de artefatos)**

- 1- Auto-suficiente.
- 2- Requer estímulo e supervisão da enfermagem para a movimentação de um ou mais segmentos corporais.
- 3- Requer orientação e supervisão de enfermagem ao acompanhante para auxílio na movimentação de um ou mais segmentos corporais.
- 4- Requer auxílio da enfermagem para a movimentação de um ou mais segmentos corporais.
- 5- Requer assistência efetiva da enfermagem para movimentação de qualquer segmento corporal devido a presença de aparelhos gessados, tração, fixador externo e outros, ou por déficit motor.

**VI- Locomoção (habilidade para movimentar-se dentro do ambiente físico por si só, com auxílio do acompanhante ou da equipe de enfermagem ou pelo uso de artefatos)**

- 1- Auto-suficiente.
- 2- Requer encorajamento e supervisão da enfermagem para a deambulação.
- 3- Requer orientação e supervisão de enfermagem ao acompanhante para auxílio no uso de artefatos (órteses, próteses, muletas, bengalas, cadeiras de rodas, andadores).
- 4- Requer o auxílio da enfermagem no uso de artefatos para a deambulação
- 5- Requer assistência efetiva de enfermagem para locomoção devido a restrição no leito.

**VII- Cuidado Corporal (capacidade para realizar por si mesmo ou com auxílio de outros, atividades de higiene pessoal e conforto, de vestir-se e arrumar-se)**

- 1- Auto-suficiente
- 2- Requer supervisão de enfermagem na realização do cuidado corporal e conforto.
- 3- Requer orientação e supervisão de enfermagem ao acompanhante para auxílio na higiene oral, higiene íntima, banho de chuveiro e medidas de conforto.
- 4- Requer auxílio da enfermagem na higiene oral, higiene íntima, banho de chuveiro e medidas de conforto.
- 5- Requer assistência efetiva da enfermagem para o cuidado corporal e medidas de conforto devido à restrição no leito.

**VIII - Eliminações (habilidade em manter as diversas formas de eliminações sozinho, com auxílio do acompanhante ou da enfermagem ou por drenos e estomas)**

- 1- Auto-suficiente.
- 2- Requer supervisão e controle pela enfermagem das eliminações.
- 3- Requer orientação e supervisão de enfermagem ao acompanhante para auxílio no uso de comadre, papagaio, troca de fraldas, absorventes e outros, e controle, pela enfermagem, das eliminações
- 4- Requer auxílio e controle pela enfermagem no uso de comadre, papagaio, troca de fraldas, absorventes e outros.
- 5- Requer assistência efetiva de enfermagem para manipulação e controle de catéteres, drenos, dispositivo para incontinência urinária ou estomas.

### **IX- Terapêutica (utilização dos diversos agentes terapêuticos medicamentosos prescritos)**

- 1- Requer medicação VO de rotina ou ID, se ou IM.
- 2- Requer medicação EV contínua e/ou através de sonda nasogástrica, nasoenteral ou estoma.
- 3- Requer medicação EV intermitente com manutenção de catéter.
- 4- Requer uso de sangue e derivados ou expansores plasmáticos ou agentes citostáticos.
- 5- Requer uso de drogas vasoativas ou outras que exigem maiores cuidados na administração.

### **X- Educação à Saúde (habilidade do paciente/família em receber e aceitar orientações sobre auto-cuidado)**

- 1- Orientações de enfermagem ao paciente/família sobre auto-cuidado com pronta compreensão e aceitação das informações recebidas.
- 2- Orientações de enfermagem ao paciente/família sobre auto-cuidado com dificuldades de compreensão mas com pronta aceitação das informações recebidas.
- 3- Orientações de enfermagem ao paciente/família sobre auto-cuidado com pronta compreensão, mas certa resistência às informações recebidas.
- 4- Orientações de enfermagem ao paciente/família sobre auto-cuidado com pronta compreensão, mas elevada resistência às informações recebidas.
- 5- Orientações de enfermagem ao paciente/família sobre auto-cuidado com pronta compreensão, mas sem aceitação das informações recebidas.

### **XI- Comportamento (sentimentos, pensamentos e condutas do paciente com relação à sua doença, gerados em sua interação com o processo de hospitalização, a equipe de saúde e/ou família)**

Para preencher o indicador abaixo observe as conceituações.

**ANSIEDADE** - "vago sentimento de catástrofe iminente. apreensão ou sensação de pavor" (TAYLOR,1992).

**SINTOMAS DE ANSIEDADE** - alteração da respiração, tremores, sudorese, taquicardia, náusea, vômito, vertigem, anorexia, diarreia, inquietação, perturbação do sono, medo excessivo ou irracional, sensações de falta de ar ou sufocamento, parestesias, tensão muscular (DSM-IV,1995).

**RETRAIMENTO SOCIAL** - tendência ocasional para evitar contatos sociais; funcionamento social diminuído.

**IRRITABILIDADE** - "Irritação: estado relativamente moderado de cólera, expressando-se sobretudo em formas verbais" (CABRAL;NICK,1979). Ex: exasperação, exaltação.

**RETRAIMENTO SOCIAL AUMENTADO** – tendência frequente para evitar contatos sociais.

**APATIA** –“aparente insensibilidade a tudo o que provoca habitualmente no indivíduo um sentimento ou uma emoção" (FILLIUD et ai, 1981), indiferença. Ex: não manifestação de amor, ódio, alegria, tristeza, medo, raiva.

**PASSIVIDADE** - "é uma predisposição para sofrer sem iniciativa nem esforço todas as influências exteriores" (FILLIUD et ai, 1981). Ex: Não reação diante de procedimentos de enfermagem, condutas médicas, hospitalização.

**DESESPERANÇA** - "estado subjetivo em que o indivíduo vê escolhas pessoais disponíveis limitadas, ou sem alternativas, e está incapaz de mobilizar energia em

seu própriofavor" (NANDA, 1986). Ex: ausência ou diminuição de expectativas, projetos e planos de vida.

IMPOTÊNCIA PSÍQUICA - "percepção de que uma pessoa tem de que o que ela pode fazer não altera, significativamente, um resultado ... " (NANDA, 1982). Ex: demonstração de incapacidade para desempenhar atividades cotidianas ("não sei", "não vou conseguir", "não posso").

AMBIV ALÊNCIA DE SENTIMENTOS - "coexistência de dois impulsos, desejos, atitudes ou emoções opostos dirigidos para a mesma pessoa, o mesmo objeto ou o mesmo objetivo." (DICIONÁRIO Médico Blakiston, 1982). Ex: afirmação/negação, aceitação/rejeição, amor/ódio, alegria/tristeza.

ISOLAMENTO SOCIAL - "privação de contatos sociais " (CABRAL; NICK, 1979).

- 1- Calmo, tranquilo; preocupações cotidianas
- 2- Alguns sintomas de ansiedade (até 3) ou queixas e solicitações contínuas ou retraimento social.
- 3- Irritabilidade excessiva ou retraimento social aumentado ou apatia ou passividade ou queixas excessivas.
- 4- Sentimento de desesperança ou impotência psíquica ou ambivalência de sentimentos ou acentuada diminuição do interesse por atividades ou aumento da frequência de sintomas de ansiedade (mais de 3 sintomas).
- 5- Comportamento destrutivo dirigido a si mesmo e aos outros ou recusa de cuidados de atenção à saúde ou verbalizações hostis e ameaçadoras ou completo isolamento social.

## **XII - Comunicação (habilidade em usar ou entender a linguagem verbal e não verbal na interação humana)**

- 1- Comunicativo, expressa idéias com clareza e lógica.
- 2- Dificuldade em se expressar por diferenças sócio-culturais; verbalização inapropriada.
- 3- Recusa-se a falar; choroso; comunicação não verbal.
- 4- Dificuldade em se comunicar por distúrbios de linguagem (afasia, disfasia, disartria) ou sensibilidade dolorosa ao falar ou por barreira física (traqueostomia, entubação) ou deficiência física ou mental.
- 5- Inapto para comunicar necessidades.

## **XII - Integridade Cutâneo-Mucosa (manutenção da pele e mucosas sem danificação ou destruição)**

- 1- Pele íntegra e sem alteração de cor em todas as áreas do corpo.
- 2- Presença de alteração da cor da pele (equimose, hiperemia ou outras) em uma ou mais áreas do corpo sem solução de continuidade
- 3- Presença de solução de continuidade em uma ou mais áreas do corpo sem presença de exsudato purulento
- 4- Presença de solução de continuidade em uma ou mais áreas do corpo com presença de exsudato purulento, sem exposição de tecido muscular e/ou ósseo; ausência de áreas de necrose.
- 5- Presença de solução de continuidade em uma ou mais áreas do corpo com presença de exsudato purulento, exposição de tecido muscular e/ou ósseo ; presença de áreas de necrose

## **AValiação DO TIPO DE CUIDADO:**

### ***Cuidados Mínimos:*** 13 a 26 pontos

- cuidados a pacientes estáveis sob o ponto de vista clínico e de enfermagem, mas fisicamente auto-suficientes quanto às necessidades humanas básicas;

### ***Cuidados Intermediários:*** 27 a 39 pontos

- cuidados a pacientes estáveis sob o ponto de vista clínico e de enfermagem, com parcial dependência das ações de enfermagem para o atendimento das necessidades humanas básicas;

### ***Cuidados Semi-Intensivo:*** 40 a 52 pontos

- cuidados a pacientes recuperáveis ou crônicos, estáveis sob o ponto de vista clínico, porém, com total dependência das ações de enfermagem quanto ao atendimento das necessidades humanas básicas.

### ***Cuidados Intensivos:*** 53 a 65 pontos

- cuidados a pacientes graves, com risco iminente de vida, sujeitos à instabilidade de sinais vitais, que requeiram assistência de enfermagem permanente e especializada.

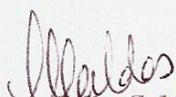
**ANEXO B - Carta de aprovação do Comissão de Ética em Pesquisa****Universidade do Estado do Rio de Janeiro/SR2****Comissão de Ética em Pesquisa – COEP**

Rua São Francisco Xavier, 524, bloco E, 3º. andar, sala 3020 - Maracanã

CEP 20550-900 – Rio de Janeiro, RJ - email: [etica@uerj.br](mailto:etica@uerj.br) – Tel./Fax: (21) 2334 2180.**DECLARAÇÃO 22/2012**

Declaramos para os devidos fins que o projeto intitulado “O trabalho do enfermeiro segundo os usuários de um hospital geral: reconhecimento e valorização profissional”, **Pesquisadora responsável Luanna Klaren de Azevedo Amorim** e Orientadora – Norma Valéria Dantas de Oliveira Souza, **Protocolo nº 49.3.2012** foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos/SR-2/UERJ e avaliado na 7ª REUNIÃO ORDINÁRIA da COEP em 09/08/2012 segundo as normas éticas vigentes no país para pesquisa envolvendo seres humanos. Não foram observados implicações ou conflitos éticos que venham ferir a Resolução 196/96. Trata-se de uma dissertação de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em enfermagem da UERJ. O objetivo é discutir o entendimento dos usuários de um hospital geral sobre o trabalho do enfermeiro, para verificar se o usuário reconhece este profissional. Os sujeitos serão pacientes internados nas clínicas cirúrgicas e médicas do HUPE. Trata-se de um estudo que aborda apenas informações, conhecimento e opinião dos sujeitos. Não há questões éticas envolvidas. Assim sendo a COEP aconselha a prosseguir com a pesquisa, sem necessidade de futuras reapresentações

Rio de Janeiro, 10 de agosto de 2012.

  
**Prof. Dra. Célia Caldas**Coordenadora da Comissão de Ética em Pesquisa/UERJ  
Mat 32.359-2