

BRUNO SMIDT GABBI

**TRAÇOS IDENTITÁRIOS DA ENFERMAGEM DO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DR. MIGUEL RIET CORRÊA JR.
NAS TRAJETÓRIAS PROFISSIONAIS DE ENFERMEIROS**

**RIO GRANDE
2012**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE - FURG
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**TRAÇOS IDENTITÁRIOS DA ENFERMAGEM DO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DR. MIGUEL RIET CORRÊA JR.
NAS TRAJETÓRIAS PROFISSIONAIS DE ENFERMEIROS**

BRUNO SMIDT GABBI

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande - FURG, como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem – Área de Concentração: Enfermagem e Saúde. Linha de Pesquisa: Organização do Trabalho da Enfermagem /Saúde.

Orientadora: PROF^a. DR^a. HELENA HEIDTMANN VAGHETTI

**RIO GRANDE
2012**

G112t Gabbi, Bruno Smidt

Traços identitários da enfermagem do hospital universitário Dr. Miguel Riet Correa Júnior nas trajetórias profissionais dos enfermeiros / Bruno Smidt Gabbi. – 2012.

120 f.

Orientadora: Helena Heidtmann Vaghetti
Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Rio Grande, 2012.

1. Enfermagem. 2. Hospitais. 3. Pessoal de saúde. I. Título.
II. Vaghetti, Helena Heidtmann

CDU: 616-083

Catálogo na fonte: Bibliotecária Jane M. C. Cardoso CRB 10/849

BRUNO SMIDT GABBI

**TRAÇOS IDENTITÁRIOS DA ENFERMAGEM
DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DR. MIGUEL RIET CORRÊA JR.
NAS TRAJETÓRIAS PROFISSIONAIS DE ENFERMEIROS**

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

MESTRE EM ENFERMAGEM

e aprovada na sua versão final em 17 de agosto de 2012, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal do Rio Grande, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração Enfermagem e Saúde.



Mara Regina Santos da Silva

Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem FURG

BANCA EXAMINADORA:



Dra. Helena Heidtmann Vaghetti – Presidente (FURG)



Dra. Maira Buss Thofehn – Membro Externo (UFPEL)



Dra. Eliana Pinho de Azambuja – Membro Interno (FURG)



Dra. Nalú Pereira da Costa Kerber - Suplente Interno (FURG)

Dra. Maria Itayra Coelho de Souza Padilha - Suplente Externo (UFSC)

Dra. Maria José Menezes Brito - Suplente Externo (UFMG)

*“Sonho que se sonha só
É só um sonho que se sonha só
Mas sonho que se sonha junto é realidade”.*
(Raul Seixas)

AGRADECIMENTOS

A Deus, todo seu significado, existência e na maneira pessoal de afinidade, por me oportunizar a reflexão e conduzir aos melhores caminhos.

Aos meus pais, José Arami e Elcida Maria, pelo amor, dedicação, sabedoria, confiança e apoio incondicional, alicerces dos princípios e valores que constituem a minha trajetória de vida e fortalecem a formação pessoal.

Aos meus irmãos, Rodrigo e Thieli, pelo apoio e encorajamento para a efetivação e persistência em mais uma etapa da minha vida.

À minha orientadora Helena Heidtmann Vaghetti, pela sabedoria, dedicação, incentivo, disponibilidade e paciência, perseverando para o alcance do nosso objetivo.

À minha namorada, amiga e colega Laurelize, por confiar em mim em momentos que eu mesmo não acreditava, sempre valorizando minhas potencialidades com muita paciência, cumplicidade, carinho e apoio.

Aos meus amigos, presentes e ausentes, pelo companheirismo, solidariedade e fidelidade que constantemente fortificaram nossos vínculos.

Aos enfermeiros do Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Jr. que participaram do estudo, pela disponibilidade e por compartilharem suas trajetórias no processo biográfico de construção profissional.

Aos membros da banca, professoras Eliana Pinho de Azambuja, Nalú Pereira da Costa Kerber, Maira Buss Thofehn, Maria Itayra Coelho de Souza Padilha e Maria José Menezes Brito, pela agregação dos saberes, coparticipações e apoio destinados à construção do estudo.

Aos colegas do Grupo de Estudos e Pesquisas sobre a Organização do Trabalho da Enfermagem e Saúde (GEPOTES), pelo envolvimento, compartilhamento de saberes e participação.

Obrigado a todos que cooperaram para a concretização deste trabalho.

RESUMO

GABBI, Bruno Smidt. **TRAÇOS IDENTITÁRIOS DA ENFERMAGEM DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DR. MIGUEL RIET CORRÊA JR. NAS TRAJETÓRIAS PROFISSIONAIS DE ENFERMEIROS.** 2012. 120f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande.

O estudo objetivou desvelar traços identitários da enfermagem do Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Jr (HU). Fundamentou-se nos estudos de Claude Dubar e de outros autores que debatem a identidade profissional, tendo como pano de fundo a história da enfermagem e a própria história da enfermagem no hospital. Estudo qualitativo, descritivo e exploratório, realizado no Hospital Universitário, no município do Rio Grande-RS. Fizeram parte da pesquisa dez enfermeiros: todos os primeiros enfermeiros da Fundação de Apoio ao Hospital de Ensino, em 1987, que também foram selecionados no concurso de 1994 e ainda permanecem no hospital (Grupo 1); dois enfermeiros que ingressaram no hospital por meio do concurso de 1994 (Grupo 2); dois enfermeiros concursados em 2004 (Grupo 3) e dois concursados em 2008 (Grupo 4). A coleta de dados ocorreu entre os meses de setembro e outubro de 2011, por meio da História Oral Temática. O tratamento dos dados foi por meio da Análise Temática proposta por Bardin, resultando nas seguintes categorias e subcategorias: 1. Traços identitários da enfermagem do Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Jr.: fortalezas nas trajetórias profissionais de enfermeiros; 1.1 O mundo vivido no trabalho do HU: a construção e organização do hospital; 1.2 O mundo vivido no trabalho do HU: a auto-organização e a interação da equipe de enfermagem; 2 Traços identitários da enfermagem do Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Jr.: fragilidades nas trajetórias profissionais de enfermeiros; 2.1 O mundo vivido no trabalho do HU: o afastamento docente-assistencial na enfermagem; 2.2 O mundo vivido no trabalho do HU: (des)estruturas e (des)organizações físicas, materiais e humanas. Considera-se que os aspectos fortalecedores e fragilizadores revelam que a identidade profissional do enfermeiro é construída continuamente no tempo e no espaço do cotidiano do ambiente hospitalar do indivíduo, como um processo dinâmico e transitório expresso ao longo da trajetória profissional de cada membro do grupo profissional, alicerçada por alguns traços explorados nesta pesquisa. Para harmonizar o mundo vivido no trabalho do Hospital devem-se explorar os aspectos fortalecedores dos profissionais, motivando e aproximando-os da realidade, e converter os fragilizadores em ações coletivas que modifiquem e tonifiquem o grupo diante da organização, potencializando características desafiadoras favoráveis e otimizando as iniciativas que identificam os profissionais com a instituição e a profissão.

Palavras-chave: Identidade Profissional; Enfermagem; Hospitais; Profissional de Saúde; História.

ABSTRACT

GABBI, Bruno Smidt. **IDENTIFY FEATURES NURSING COLLEGE HOSPITAL DR. RIET CORRÊA MIGUEL JR. THE PATHS OF PROFESSIONAL NURSES.** 2012. 121f. Dissertation (Master's Degree in Nursing) - School of Nursing, Post-graduation Program in Nursing, Federal University of Rio Grande, Rio Grande.

The study aimed to reveal identity features of nursing at the University Hospital Dr. Miguel Riet Correa Jr (HU). It was based on studies of Claude Dubar and other authors who discuss professional identity, with the backdrop of the history of nursing and the history of nursing in the hospital. Qualitative, descriptive and exploratory study, conducted at University Hospital in Rio Grande-RS. The participants were ten nurses: all the first nurses from Foundation to Support Teaching Hospital in 1987, which were also selected in the 1994 contest and still remain in the hospital (Group 1); two nurses who started working in the hospital applying for position in 1994 (Group 2), two other nurses applied in 2004 (Group 3) and two applied for the position in 2008 (Group 4). Data gathering occurred between the months of September and October 2011, through the thematic oral history. The data were through thematic analysis proposed by Bardin, resulting in the following categories and subcategories: 1. Identity Features of nursing at the University Hospital Dr. Miguel Riet Correa Jr.: strongholds in the career paths of nurses; 1.1 The work of the world lived in HU: the construction and organization of the hospital; 1.2 The work of the world lived in HU: The self-organization and interaction of the nursing staff; 2 Identity Features of nursing at the University Hospital Dr. Miguel Riet Correa Jr.: weaknesses in career paths of nurses; 2.1 The work of the world lived in HU: remoteness Teaching care in nursing; 2.2 The work of the world lived in HU: (de) and structures (dis) organizations physical, material and human. It is considered that the embrittlement and empowering aspects reveal that the nurse's professional identity is constructed continuously in time and space of everyday life of the individual hospitals, as a dynamic and transient expressed along the career path of each member of the professional group, founded by some traits explored in this research. To harmonize the world experienced in the work of the Hospital should be explored aspects of professionals empowering, motivating and bringing them closer to the reality, and convert the embrittlement into collective actions that modify and invigorate the group on the organization, leveraging and optimizing features challenging favorable initiatives that identify professionals with the institution and the profession.

Descriptors: Professional Identity, Nursing, Hospitals, Professional Health Care; History.

RESUMEN

GABBI, Bruno Smidt. **TRAZOS IDENTITARIOS DE LA ENFERMERÍA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DR. MIGUEL RIET CORRÊA JR. EN LAS TRAYECTORIAS PROFESIONALES DE ENFERMEROS.** 2012. 121f. Disertación (Maestría en enfermería) – Escuela de Enfermería, Programa de Postgrado en Enfermería, Universidad Federal de Río Grande, Río Grande.

El estudio tuvo como objetivo desvelar trazos identitarios de la enfermería del Hospital Universitario Dr. Miguel Riet Corrêa Jr (HU). Se fundamentó en los estudios de Claude Dubar y de otros autores que debaten la identidad profesional, teniendo como segundo plano la historia de la enfermería y la propia historia de la enfermería en el hospital. Estudio cualitativo, descriptivo y exploratorio, realizado en el Hospital Universitario, en el municipio de Río Grande-RS. Formaron parte de la investigación diez enfermeros: todos los primeros enfermeros de la Fundación de Apoyo al Hospital de Enseñanza, en 1987, que también fueron seleccionados en el concurso de 1994 y aún permanecen en el hospital (Grupo 1); dos enfermeros que ingresaron en el hospital por medio del concurso de 1994 (Grupo 2); dos enfermeros concursados en 2004 (Grupo 3) y dos concursados en 2008 (Grupo 4). La colecta de las informaciones ocurrió entre los meses de septiembre y octubre de 2011, por medio de la Historia Oral Temática. El tratamiento de las informaciones fue por medio del Análisis Temático propuesto por Bardin, resultando en las siguientes categorías y subcategorías: 1. Trazos identitarios de la enfermería del Hospital Universitario Dr. Miguel Riet Corrêa Jr.: fortalezas en las trayectorias profesionales de enfermeros; 1.1 El mundo vivido en el trabajo del HU: la construcción y organización del hospital; 1.2 El mundo vivido en el trabajo del HU: la auto-organización y la interacción del equipo de enfermería; 2 Trazos identitarios de la enfermería del Hospital Universitario Dr. Miguel Riet Corrêa Jr.: fragilidades en las trayectorias profesionales de enfermeros; 2.1 El mundo vivido en el trabajo del HU: el alejamiento docente-asistencial en la enfermería; 2.2 El mundo vivido en el trabajo del HU: (des)estructuras y (des)organizaciones físicas, materiales y humanas. Se considera que los aspectos fortalecedores y fragilizadores revelan que la identidad profesional del enfermero es construida continuamente en el tiempo y en el espacio del cotidiano del ambiente hospitalario del individuo, como un proceso dinámico y transitorio expresado a lo largo de la trayectoria profesional de cada miembro del grupo profesional, fundamentada por algunos trazos explorados en esta investigación. Para armonizar el mundo vivido en el trabajo del Hospital se deben explorar los aspectos fortalecedores de los profesionales, motivando y aproximándolos de la realidad, y convertir los fragilizadores en acciones colectivas que modifiquen y tonifiquen el grupo frente a la organización, potencializando características desafiantes favorables y optimizando las iniciativas que identifican los profesionales con la institución y la profesión.

Descriptor: Identidad Profesional; Enfermería; Hospitales; Profesional de la Salud; Historia.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 REFERENCIAL TEÓRICO	14
2.1 IDENTIDADE	14
2.2 PROFISSÃO	17
2.3 IDENTIDADE PROFISSIONAL	21
3 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	25
3.1 A ENFERMAGEM: CONTEXTO HISTÓRICO	25
3.1.1 Enfermagem Profissional no Brasil	25
3.2 ESTADO DA ARTE	30
3.2.1 Identidade Profissional na Enfermagem Hospitalar: Produção Científica Brasileira	31
4 METODOLOGIA	39
4.1 TIPO DE ESTUDO	39
4.2 LOCAL DA PESQUISA	39
4.3 SUJEITOS DA PESQUISA	40
4.4 COLETA DE DADOS	41
4.4.1 História Oral	41
4.5 ANÁLISE DE DADOS	43
4.6 ASPECTOS ÉTICOS	43
5 RESULTADOS E DISCUSSÕES	45
5.1 TRAÇOS IDENTITÁRIOS DA ENFERMAGEM DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DR. MIGUEL RIET CORRÊA JR.: FORTALEZAS NAS TRAJETÓRIAS PROFISSIONAIS DE ENFERMEIROS	45
5.1.1 O mundo vivido no trabalho do HU: a construção e organização do hospital	45
5.1.2 O mundo vivido no trabalho do HU: a auto-organização e a interação da equipe de enfermagem	61
5.2 TRAÇOS IDENTITÁRIOS DA ENFERMAGEM DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DR. MIGUEL RIET CORRÊA JR.: FRAGILIDADES NAS TRAJETÓRIAS PROFISSIONAIS DE ENFERMEIROS	70
5.2.1 O mundo vivido no trabalho do HU: o afastamento docente-assistencial na enfermagem	71

5.2.2 O mundo vivido no trabalho do HU: (des)estruturas e (des)organizações físicas, materiais e humanas	81
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	96
REFERÊNCIAS	102
APÊNDICE A	112
APÊNDICE B	113
APÊNDICE C	114
APÊNDICE D	115
APÊNDICE E	116
ANEXO 1	117
ANEXO 2	118
ANEXO 3	119
ANEXO 4	120

1 INTRODUÇÃO

A ideia de desenvolver a temática identidade da enfermagem no Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Jr. (HU) foi semeada durante a graduação, mesmo que naquele tempo, 2005 a 2008, eu ainda desconhecesse a abrangência deste tema, se não meramente como a enfermagem no HU agia, reagia, se mostrava e era representada diante das situações cotidianas. Estimulava minha curiosidade saber como aquele grupo se organizava diante da greve pelas 30 horas¹ e seus enfrentamentos com as chefias para este fim, por exemplo, ou como os enfermeiros traduziam em seu trabalho diário os estereótipos da profissão, o que eu, por uma questão de gênero, há muito já percebia. E, mais ainda, me importava conhecer como os saberes e fazeres da assistência transitavam e eram regidos por e entre os enfermeiros.

O ingresso no Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande possibilitou-me o retorno à reflexão sobre aquilo que me instigava e, mais maduro profissional e academicamente, busquei respaldo teórico às minhas inquietações. Este ocorreu por meio dos estudos do sociólogo francês Claude Dubar² sobre a identidade profissional, que contribuíram para compreensão conceitual sobre identidade e profissão (DUBAR, 2005; DUBAR; TRIPIER, 2010).

Para o autor, a identidade constrói-se sob dois prismas inseparáveis e complexamente inter-relacionados: a identidade para si e a identidade para o outro. A identidade para si é a forma do indivíduo ver a si próprio, saber quem é, enquanto a identidade para o outro lida com a percepção daqueles que de alguma forma interagem com a pessoa (DUBAR, 2005). Sob esta

¹ A Enfermagem brasileira vem lutando para aprovar o Projeto de Lei do Senado 2.295/2000, mais conhecido como PL 30 Horas, que estabelece a jornada máxima de 30 horas semanais para os enfermeiros/as, técnicos/as e auxiliares de enfermagem (COFEN, 2011). Para tal, em alguns momentos, em alguns locais, como no HU/FURG, houve mobilizações no sentido de que as administrações antecipassem essa reivindicação, o que acabou ocorrendo em 2007, quando a Reitoria da Universidade autorizou as 30 horas para a enfermagem.

² Dubar é professor de Sociologia da Universidade de Versailles-Saint Quentin e Diretor do Laboratório de Printemps [Profissões-Instituições-Temporalidade], Professor Associado do Centro Nacional de Pesquisa Científica. Publicou *Analyser les entretiens biographiques, Sociologie des professions, La Crise des identités e Socialisation, construction des identités sociales et professionnelles** (*Análise de entrevistas biográficas, A crise das identidades e Socialização, construção das identidades sociais e profissionais) (DUBAR, 2005 – “orelha” do livro).

argumentação, os estudiosos Dubar; Tripier (2010) referem que cada grupo profissional é portador de uma identidade coletiva, pois existe como um ator social inserido em um sistema (organização) que se produz e reproduz permanentemente de acordo com as condições históricas e culturais.

Essas condições históricas nomeadas por Dubar; Tripier (2010) na generalidade da identidade das profissões poderiam ser mais enfaticamente encontradas na especificidade da enfermagem, quando Barreira (1999) vinculava a construção da identidade da profissão como um todo ao estudo da própria história da enfermagem:

a construção de uma memória coletiva é o que possibilita a tomada de consciência daquilo que somos realmente, enquanto produto histórico, o desenvolvimento da auto-estima coletiva e a tarefa de (re)construção da identidade profissional. Assim, o desvelamento da realidade mediante o estudo da História da Enfermagem é libertador e permite um novo olhar sobre a profissão (BARREIRA, 1999, p. 90).

Apoiado nas ideias de Dubar sobre identidade profissional, agregadas a de outros autores e estudiosos que debatam a identidade profissional no âmbito geral e da enfermagem, tendo como pano de fundo a história da enfermagem e a própria história da enfermagem no HU, formulei a seguinte questão, que norteou todo o desenvolvimento do estudo: - **Como se mostra a construção identitária da enfermagem do Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Jr. (HU)?**

Para responder esta questão, a pesquisa objetivou **desvelar traços identitários da enfermagem do Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Jr. (HU).**

No caminho metodológico do estudo, ao levar-se em conta as trajetórias profissionais de enfermeiros, conseqüentemente, as memórias destes sujeitos constituíram-se como base fundamental para a consecução do objetivo da investigação. Neste sentido, a história oral temática surgiu como uma tecnologia sensível em busca da coleta dos dados da pesquisa, enquanto a análise temática orientou o tratamento desses dados.

A relevância e função social do produto deste estudo, mesmo que não tenha ocorrido uma maior definição da identidade profissional da enfermagem no HU, estão postas na possibilidade de haver: - fortalecimento do conjunto

dos enfermeiros do HU; - resgate da história da enfermagem no HU; - divulgação da enfermagem como profissão decisiva na construção do HU; - projeção da enfermagem no futuro do HU; - promoção da identidade positiva dos enfermeiros do HU; - reconhecimento dos traços identitários como fortalezas ou como possibilidades para construção de estratégias para subsidiar o avigoramento e consolidação profissional.

Da mesma forma, o estudo pode tornar-se proeminente, uma vez que existe uma carência de investigações nesta área, comprovada pela busca no banco de dados na Biblioteca Virtual de Saúde - BVS/BIREME, no qual existe uma escassez de publicações sobre a identidade profissional da enfermagem em ambiente hospitalar. Entretanto, dois merecem destaque por tratarem de questões similares as que serão abordadas. No primeiro, Brito *et al.* (2006) discorrem sobre os estágios identitários de uma enfermeira-gerente por meio dos aspectos interacionais e de formação do indivíduo, na construção de identidade para o gerenciamento em associação ao cuidado em enfermagem. Já no segundo artigo, Bernardino; Felli (2008) contemplam os saberes e poderes necessários à reconstrução da enfermagem frente a mudanças gerenciais num hospital de ensino do sul do país, explorando aspectos históricos e atuais para abordar a temática.

Para além do exposto, esta investigação, que está vinculada ao Grupo de Estudos e Pesquisa em Organização do Trabalho da Enfermagem e Saúde (GEPOTES), constitui-se em uma grande contribuição à construção do conhecimento acerca da organização do trabalho da enfermagem nos hospitais, oferecendo farto material de pesquisa, ao mesmo tempo que produto para reflexão crítica sobre os processos gerenciais de pessoal dos hospitais.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Fundamentado no referencial de Claude Dubar, e em autores que também apoiaram seus estudos, o presente Capítulo apresenta alguns aspectos teóricos sobre identidade profissional em três tópicos: identidade, profissão e identidade profissional.

2.1 IDENTIDADE

O conceito de identidade apresenta uma multiplicidade de significados e variações que podem ser observadas ao longo dos tempos em distintas ciências, como filosofia, antropologia, psicologia e sociologia.

As reflexões dos estudiosos em todas essas diferentes disciplinas ressaltam a complexidade da polissemia conceitual existente quanto ao significado de “identidade” e a apresentam em várias produções (MAHEIRIE, 2002; PONTE; OLIVEIRA, 2002; MACHADO, 2003; PONTE; OLIVEIRA; VARANDAS, 2003; COSTA, 2006; SILVA; HELOANI, 2006; BOULARD; LANZA, 2007; NASCIMENTO; GOMES, 2008; NEPOMUCENO, 2010).

De acordo com Dubar (2005), a identidade depende dos fatores e atributos envolvidos nas relações, tanto pelos julgamentos dos outros quanto pelas atitudes e valores agregados pelo próprio indivíduo. A identidade nunca é construída sozinha, varia de acordo com a trajetória vivenciada pelo indivíduo, redefinindo-se durante toda a vida e pode ser entendida como o resultado de processos de socialização.

Nesse rumo, o condicionamento de vivências dos aspectos estruturais e da história pessoal e os cotidianos das vidas dos indivíduos favorecem a compreensão da existência de um espaço social como determinante na formação da identidade (SILVA; HELOANI, 2006; NEPOMUCENO, 2010).

Dubar (2005), respaldado na abordagem sociológica, analisa a identidade como a decomposição entre a maneira como o indivíduo vê a si próprio, a identidade para si (processo biográfico), e o modo como ele é percebido pelos outros (processo relacional), conforme as categorias de análise da identidade demonstradas no Quadro 1.

Quadro 1 - Categorias de análise da identidade

Processo relacional	Processo biográfico
*	*
*	*
Identidade para o outro	Identidade para si
*	*
*	*
Atos de atribuição	Atos de pertencimento
“Que tipo de homem ou de mulher você é” = dizem que você é	“Que tipo de homem ou de mulher você quer ser” = você diz que você é
*	*
*	*
Identidade – numérica (nome atribuído)	Identidade predicativa de Si
– genérica (gênero atribuído)	(pertencimento reivindicado)
*	*
*	*
Identidade social “virtual”	Identidade social “real”
*	*
*	*
Transação objetiva entre	Transação subjetiva entre
– identidades atribuídas/propostas	– identidades herdadas
– identidades assumidas/incorporadas	– identidades visadas
*	*
*	*
Alternativa entre	Alternativa entre
– cooperação – reconhecimento	– Continuidades → reprodução
– conflitos – não-reconhecimento	– Rupturas → produção
*	*
*	*
“Experiência relacional e social do PODER”	“Experiência de estratificações, discriminações e desigualdades sociais”
*	*
*	*
Identificação com instituições consideradas estruturantes ou legítimas	Identificação com categorias consideradas atraentes ou protetoras
*	*
*	*
* Identidade social marcada pela dualidade *	

Fonte: Dubar, 2005, p. 142.

O autor exalta que a identificação é um processo complexo, pois o modo como o indivíduo se compreende pode divergir da concepção que os outros têm sobre ele mesmo, ou seja, a percepção própria difere das percepções dos outros (DUBAR, 2005). Ao instigar essa relação dual, o autor salienta que:

a identidade nada mais é que o resultado a um só tempo estável e provisório, individual e coletivo, subjetivo e objetivo, biográfico e estrutural, dos diversos processos de socialização

que, conjuntamente, constroem os indivíduos e definem as instituições (DUBAR, 2005, p. 136).

Dubar (2005) caracteriza a questão da dualidade do social através de uma assimilação subjetiva de identificação, utilizando os conceitos de *atos de atribuição*, como a identidade para o outro, no qual alguma pessoa atribui ao interagir com o indivíduo; e *atos de pertencimento*, como a identidade para o próprio indivíduo, segundo um processo de interiorização. Porém, existe a possibilidade de que não ocorra nenhuma correspondência necessária entre a auto-percepção e a percepção dos outros, necessitando que a interação entre ambos se estabeleça para a possibilidade de aceitar ou recusar tal identificação.

Dessa forma, quando os processos de atribuição e pertencimento não ocorrem dessa maneira, a construção das identidades sociais admite duas formas específicas de atuação como ferramentas destinadas a minimizar uma irregularidade entre a identidade para si e a identidade para o outro: as *transações externas*, visando “acomodar a identidade para si à identidade para o outro” (caracterizada como objetiva), ou as *transações internas*, visando manter as “identificações anteriores” (herdadas) e criar perspectiva para incorporação de novas identificações (visadas), compreendendo a “identidade-para-outro à identidade-para-si” (caracterizada como subjetiva) (DUBAR, 2005, p. 140). Na compreensão do autor, a interpretação, a partir dos estilos de articulação entre transação objetiva e subjetiva, pode ser reconstruída em quatro identidades: identidade herdada e identidade visada (internas), identidade atribuída por outro e identidade incorporada por si (externas) (DUBAR, *op. cit.* 2005).

A construção das identidades pode, ainda, estar fundada na articulação entre esses mecanismos internos e externos, gerando processos biográficos de continuidade ou de ruptura. A identidade construída nos moldes da continuidade sugere uma unidade das expectativas pessoais em relação às situações, pela coincidência e continuidade dos fatos (reprodução). Na ruptura, a descontinuidade das circunstâncias proporciona uma desarmonia entre o que o indivíduo acredita ser e suas expectativas futuras (produção), gerando conversões subjetivas (DUBAR, 2005).

Alicerçado pelos conceitos de Dubar (2005), Neto (2009) salienta que algumas ações são adotadas ao longo do processo para harmonizar essas identidades, com a concordância da construção pela identidade dos outros para si ou ao contrário.

A partir dessa contextualização, perante a questão dual existente entre a identidade para o outro conferida e para si construída, ou entre a identidade social herdada e visada, Dubar (2005) salienta que nasce uma gama de possibilidades identitárias, as quais se desenrolam desde a infância e perpassam por todas as etapas ao longo da trajetória de vida, marcadas por continuidades ou rupturas. Nesse ponto, o autor refere que, além da saída da escola, o processo de profissionalização com a “confrontação com o mercado de trabalho constitui atualmente um momento essencial na construção da identidade autônoma” e que mediante esses momentos de estratégias ocorre a “identificação por outrem das suas competências, de seu *status* e de sua carreira possível, quanto a construção por si de seu projeto, de suas aspirações e de sua identidade possível” (DUBAR, 2005, p. 148-149).

2.2 PROFISSÃO

Ao analisar o conceito de profissionalização, Dubar (2005) e Dubar; Tripier (2010) evidenciam a multiplicidade de definições destinadas a traduzir tal expressão, objetivando adequar uma nomenclatura mais apropriada que contemple sua significação teórica, ao utilizar terminologias como “*occupations*” ou “*professions*” na língua inglesa, “*profession*” ou “*métier*” na língua francesa, e “profissão” ou “ofício” na língua portuguesa. Os autores ainda aprofundam outras compreensões advindas de alguns estudiosos adeptos das principais correntes teórico-metodológicas da sociologia, como a teoria funcionalista e o interacionismo simbólico, visando compreender e aprofundar os aspectos conceituais referentes à “profissão”.

Por meio de um resgate histórico explorando as produções de autores renomados, Dubar (2005) caracteriza o significado da profissão na sua origem através dos povos ocidentais da Idade Média. Ao expandir as definições de profissão e ofício através das artes desenvolvidas nas corporações, o autor

distingue-as entre os indivíduos da sociedade que tinham ou não posses e direitos, ao estabelecer sua posição social.

A organização corporativa, a partir da realização de cerimoniais de admissão e aceitação, exigia dos membros pertencentes disciplina ao professarem sua arte. Por estabelecer compromissos que visavam defender seu monopólio e seus privilégios, Dubar (2005) descreve que o juramento englobava nessas corporações uma série de atos que tinham por objetivo manter a ordem, os vínculos e o sigilo em relação ao reconhecimento pelos demais membros.

Com a consolidação das universidades, Dubar (2005) exalta que as artes foram dissociadas entre “profissões”, para aquelas com atividades intelectuais, e “ofícios”, para aquelas mecânicas, opondo-se no sentido entre intelectual e braçal. Dessa forma, da mesma maneira como estabelecido nos rituais das corporações, se concretizava a idéia de que o reconhecimento de quem exercia a arte era caracterizado pelo seu juramento, proporcionando, assim, prestígio social.

Ao questionar a terminologia francesa apropriada para o termo profissão, Dubar; Tripier (2010) investigaram possíveis significados associados ao seu uso, emergindo quatro sentidos distintos que correspondem à contextualização para o uso do termo, bem como quatro aspectos diferentes sobre a atividade de trabalho, conforme reproduzido no organograma abaixo (Quadro 2).

Quadro 2 - O termo “profissão”: quatro sentidos = quatro pontos de vista

PROFISSÃO = DECLARAÇÃO	PROFISSÃO = FUNÇÃO
Vocação profissional	Posição profissional
PROFISSÃO = OFÍCIO	PROFISSÃO = EMPREGO
Especialização profissional	Classificação profissional

Fonte: Dubar; Tripier, 2010, p. 6 (tradução livre do Mestrando)

O primeiro significado do termo “profissão” (declaração), tido como profissão de fé, vocação e ato de professar, condiz com a ação de declarar abertamente suas opiniões e crenças, com associação aos aspectos políticos e

religiosos. O outro termo (função), incluído aos três tradicionais, é diretivo ao significado de uma “posição profissional”. Já o terceiro (ofício) descreve os indivíduos que desempenham as mesmas atividades e são reconhecidos pelos seus pares, com significado próximo ao de “corporação”. No último sentido (emprego), define-se “profissão” como o trabalho que se realiza e pelo qual é provida uma remuneração necessária como meio de vida, a ocupação que nos permite viver (DUBAR; TRIPIER, 2010).

Para Dubar; Tripier (2010) a sociologia das profissões considera, através de distintos pontos de vista (cognitivo, afetivo e conativo), que as profissões têm três dimensões comparativas e complementares embasadas em questões políticas, ético-culturais e econômicas, como:

- formas históricas de organização social, de categorização das atividades do trabalho que constituem desafios políticos, inseparáveis da questão das relações entre o Estado e os indivíduos;
- formas históricas de realização de si, quadros de identificação subjetiva e de expressão de valores de ordem ética com um significado cultural;
- formas históricas de coligação de atores que defendem os seus interesses tentando assegurar e manter um mercado de trabalho fechado, um monopólio para as suas atividades, uma clientela garantida para o seu serviço, um emprego estável e uma remuneração elevada, um reconhecimento da sua especialização.

Partindo dessa construção histórica, Dubar (2005) e Dubar; Tripier (2010) aprofundam sua estrutura temática através de alguns autores associados às correntes das abordagens teóricas da sociologia das profissões: as teorias funcionalistas, a abordagem do interacionismo simbólico e as “novas” correntes teóricas das profissões. Entretanto, o paradigma interacionista emerge como pilar conceitual ao explorar as concepções teórico-metodológicas citadas e direciona-las aos objetivos propostos nesse estudo.

Amparado pelas produções de Hughes³ e das contribuições da Escola de Chicago, Dubar (2005) e Dubar; Tripier (2010) compreendem a abordagem do interacionismo simbólico como uma corrente que rompe com os aspectos

³ E. Hughes é principal referência da abordagem interacionista das profissões, publicando clássicos como *Men and Their Work** (ANGELIN, 2010).* Homens e seu trabalho (tradução livre do Mestrando)

funcionalistas ao investigar a socialização das profissões a partir da análise da divisão do trabalho.

Para tal entendimento, emergem as fundamentais noções de *diploma* e *mandato* como alicerces da divisão moral do trabalho. O diploma é a autorização legal para desempenhar uma atividade e o mandato é constituído como a obrigação de garantir uma função específica na prestação de serviço à sociedade, atuando sobre uma hierarquização das funções e uma separação entre funções essenciais e secundárias (DUBAR, 2005).

Na perspectiva interacionista sobre as profissões, Dubar; Tripier (2010, p. 90), embasados em Hughes, concordam com quatro princípios básicos:

1. Os grupos profissionais são processos de interação que conduzem os membros de uma mesma atividade de trabalho a auto-organizarem-se, a defender a sua autonomia e o seu território e a defenderem-se da concorrência;
2. A vida profissional é um processo biográfico de construção de identidades ao longo do ciclo de vida, desde que entrou na empresa até a aposentadoria, através de cada passo da vida;
3. Os processos biográficos e os mecanismos de interação têm uma relação de interdependência: a dinâmica de uma profissão depende da trajetória biográfica (carreiras) de seus membros, os próprios influenciados pelas interações existentes entre eles e o meio ambiente;
4. Os grupos profissionais procuram o reconhecimento pelos seus parceiros desenvolvendo retóricas profissionais e procurando proteções legais.

Nesta contextualização, alicerçado por Hughes, Dubar (2005) salienta que os profissionais que validam o diploma e mandato possuem um saber autoritário próprio da profissão, pelo fato de que estão amparadas e legitimadas por instituições protetoras desses profissionais, afastando-os de todos os possíveis riscos, cuidando também do amparo ao aprendizado e a reprodução dos rituais entre os profissionais.

Dessa forma, os grupos profissionais estão frequentemente, relacionados com estereótipos, que são entendidos como atributos coletivos conferidos a uma dada característica de um determinado grupo, permitindo

reconhecer os elementos deste grupo e reconhecer o sujeito como pertencendo a essa identidade coletiva (DUBAR, 2005).

2.3 IDENTIDADE PROFISSIONAL

Dubar (2005) refere que o grupo profissional possui uma identidade coletiva, pois existe como um ator social real em um sistema de ação concreta que se produz e reproduz, permanentemente, de acordo com os condicionamentos determinados histórico e culturalmente.

Neste sentido, a organização onde este grupo profissional está inserido tem um papel preponderante, na medida em que representa um conjunto de conhecimentos sócio-técnicos deste grupo, contribuindo para a estruturação da identidade profissional organizacional e o reforço do sentimento de pertença. Este sentimento de pertença será mais reforçado quanto maior for a identidade coletiva e relacional do indivíduo, implicando na participação em atividades coletivas formais e informais que lhe permitem obter uma representação social de si mais favorável, face ao grupo de trabalho de referência ou, mesmo, às chefias (DUBAR, 2005).

É importante que a identidade profissional seja aceitável, pois isto favorece um processo de reflexão e facilita a absorção de valores organizacionais e da própria profissão, permitindo ao indivíduo identificar-se como um dos integrantes produtivos do grupo (DUBAR, 2005).

No contexto do campo de interação profissional, isto é, no processo de identificação do sujeito ao trabalho, Dubar (2005), baseado em Sainsaulieu (1977), apresenta quatro formas identitárias profissionais distinguindo, num primeiro momento, a noção de identidade coletiva e identidade individual, que já foi abordada anteriormente.

A identidade coletiva implica na presença do sujeito num grupo principal, o qual é considerado como sua identidade essencial, e é composta por cinco dimensões interdependentes: a) é subjetivamente compartilhada e percebida pelos membros do grupo; b) resulta da consciência de pertença ao grupo; c) define-se pela oposição e pela diferença dos outros; d) retrata um conjunto de representações onde se opõem traços positivos com traços negativos, e) as

atitudes exprimem um discurso relevante para os elementos do grupo (DUBAR, 2005).

As formas identitárias profissionais propostas por Dubar (2005) exploram três dimensões de análise: o mundo vivido do trabalho, a trajetória profissional e a formação, cada qual resultando em uma dupla transação: entre o indivíduo e a instituição (nomeadamente, no campo profissional) e, por outro lado, entre o indivíduo e o seu passado.

As configurações identitárias no campo profissional são produzidas pela articulação entre uma identidade virtual, atribuída pelo outro, e uma identidade real para si, construída pela sua trajetória individual. Como já mencionado anteriormente, Dubar (2005) salienta que a construção da identidade no campo profissional é representada pela interação do movimento de continuidade e o de ruptura, expostos a seguir na Tabela 01.

Tabela 01 – Os quatros processos identitários típicos			
Identidade para si	Identidade para o outro	Transação Objetiva	
		Reconhecimento	Não Reconhecimento
Transação Subjetiva	Continuidade	<i>Promoção Identificação de Empresa</i>	<i>Bloqueio Identidade de Ofício</i>
	Ruptura	<i>Recapacitação Identidade de Rede</i>	<i>Exclusão Identidade de fora do trabalho</i>

Fonte: Dubar, 2005, p. 326.

Nas transações subjetivas, quando ocorrem movimentos de continuidade, as identidades construídas implicam em espaços potenciais de realização (espaço tipo profissional ou tipo organizacional), um sistema profissional no qual os sujeitos seguem percursos contínuos projetados numa sucessão e qualificações, que provocam e exigem o reconhecimento das suas competências de forma a validar imagem de si. De maneira contrária, as identidades construídas no movimento de ruptura implicam numa dualidade entre os dois espaços, designadamente, o espaço das crenças pessoais e o espaço das aspirações profissionais (DUBAR, 2005).

Já na transação objetiva existe um processo que pode ser de reconhecimento social ou de não reconhecimento. No primeiro, os grupos significantes ao sujeito legitimam os seus saberes e as suas competências, sua identidade visada. No segundo, as pretensões ao reconhecimento não são adquiridas, gerando descontinuidade na projeção institucional em relação à projeção do indivíduo, em um desacordo produzido entre as identidades virtuais e as identidades reais (DUBAR, 2005).

Assim, Dubar (2005, p. 325) salienta que as transações subjetiva e objetiva “são relativamente interdependentes, mas necessariamente articuladas”. Quando a transação subjetiva se constitui sobre a continuidade, os dois mecanismos de transação objetiva são simplificados: em um processo de *promoção*, quando a progressão visada é reconhecida, ou em um processo de *bloqueio*, quando a progressão visada é invalidada. Logo que a transação subjetiva se constitua sobre a ruptura, os dois mecanismos de transação objetiva são prováveis: em um processo de *conversão*, quando acompanhada por aprovações atribuídas para si, ou em um processo de *exclusão*, quando está acompanhada de um conflito entre identidade atribuída pela instituição e a identidade do indivíduo.

A partir dessa contextualização, o processo de identificação profissional é evidenciado como algo que ultrapassa o espaço do trabalho por contemplar os aspectos referentes ao espaço de fora do trabalho. Dessa forma, os indivíduos desenvolvem suas trajetórias profissionais por meio dos planos de carreira reais ou virtuais, subjetiva e objetiva, com aspectos que direcionam a promoção, bloqueio, recapacitação ou exclusão (DUBAR, 2005).

Cada um destes quatro processos referidos anteriormente está associado a um tipo de saber que estrutura e constitui a identidade profissional: saberes práticos, oriundos das experiências do trabalho e relacionados à materialização (ter); saberes profissionais, articulados entre os saberes práticos e os saberes técnicos para o indivíduo, associados à qualificação no trabalho (fazer); saberes de organização, articulados entre os saberes práticos e os saberes técnicos para a empresa, associados à responsabilidade (ser); e saberes teóricos, não articulados aos saberes práticos e aos saberes técnicos, marcado pela incerteza e instabilidade (saber) (DUBAR, 2005).

A agregação das configurações identitárias no campo profissional com os saberes específicos é construída por meio de processos de socialização, iniciados nas primeiras interações da infância e perpetuados pelas acomodações dos traços culturais de referência para os indivíduos ao longo de sua vida (DUBAR, 2005).

3 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Baseado nos conhecimentos apresentados no Capítulo anterior emergiu a necessidade de pesquisar alguns documentos concernentes à enfermagem, sua trajetória e sua contextualização com a identidade profissional, considerando as contribuições históricas e as produções científicas atuais.

Assim, o presente Capítulo está composto por: a enfermagem: contexto histórico; e estado da arte, firmado como identidade profissional na enfermagem hospitalar: produção científica brasileira.

3.1 A ENFERMAGEM: CONTEXTO HISTÓRICO

De que forma os aspectos históricos contribuíram para a construção ou desconstrução da enfermagem brasileira? Como tais circunstâncias auxiliaram na constituição de sua identidade profissional?

Tendo em vista tais questionamentos, amparado pela relevância da história para a estruturação das profissões, já mencionado anteriormente por Dubar (2005) e Dubar; Tripier (2010), optou-se por apresentar alguns aspectos históricos da enfermagem, que, nas distintas épocas e em diferentes contextos, direta ou indiretamente, repercutiram no processo de profissionalização da profissão.

Os contextos históricos que originaram mudanças políticas, sociais, econômicas e culturais com implicações na enfermagem e saúde abrangem o período dos acontecimentos que marcaram o nascimento da enfermagem no país até o presente momento.

3.1.1 Enfermagem Profissional no Brasil

A configuração do panorama histórico brasileiro no século XIX se apresentava diretamente influenciada pelas mudanças europeias nos contextos político, econômico e social, principalmente refletidos pela vinda da Família Real para o Brasil. No Rio de Janeiro, o aparecimento de doenças, o desenvolvimento urbano descontrolado, a pobreza, as péssimas condições sanitárias e de saúde forçaram os governantes a priorizarem políticas de

combate às epidemias, medidas de reurbanização e saneamento da cidade, determinando a necessidade de intervenções (SANTOS; BARREIRA, 2002; OGUISSO, 2007; BARREIRA *et al.*, 2011).

A primeira iniciativa de formação de enfermeiros no Brasil ocorreu a partir da proclamação da República pelas mudanças político-ideológicas, no qual o estado entrou em choque estrutural com a igreja católica. Por esse motivo, a organização administrativa da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro, no Hospício de Pedro II, foi desvinculada das atividades desempenhadas pelas Irmãs de Caridade de São Vicente de Paulo, gerando uma crise institucional, pela ausência de trabalhadores qualificados para substituir as religiosas. Dessa forma, houve a necessidade de criar uma escola com um ensino sistematizado para o preparo de profissionais da enfermagem (GEOVANINI *et al.*, 2009; BARREIRA *et al.*, 2011).

Com o Decreto 791, de 27 de setembro de 1890, foi criada a Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras, ficando oficialmente estabelecido o ensino de enfermagem no Brasil, objetivando suprir a falta de mão de obra e profissionalizar o público feminino brasileiro. Apesar dessa evolução profissionalizante para a enfermagem, preconizava-se nessa escola o propósito de cumprir com exatidão as determinações médicas e de cuidar com humanidade os enfermos a partir dos modernos princípios de higiene, caracterizando a hegemonia médica vigente (PORTO; SANTOS, 2007; BARREIRA *et al.*, 2011).

Em 1916, no decorrer da I Guerra Mundial (1914-1918), a relevância em profissionalizar enfermeiras foi reconhecida pela Sociedade da Cruz Vermelha Brasileira que criou a Escola Prática de Enfermeiras, objetivando instruir conhecimentos teórico-práticos. Desse modo, foram criadas escolas práticas em São Paulo (1914) e no Distrito Federal (1916), sendo subordinadas ao Ministério da Guerra e vinculadas a hospitais (PAIXÃO, 1979; PORTO; SANTOS, 2007; BARREIRA *et al.*, 2011).

Em 1920, em um ensaio da reforma sanitária liderada por Carlos Chagas, foi criado o Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP). A partir desse momento, iniciou um programa de cooperação com a Fundação Rockefeller,

visando implantar no país uma escola de enfermeiras com padrão baseado em modelos norte-americanos (BARREIRA *et al.*, 2011).

Em 1921, com apoio de outras sete enfermeiras dos Estados Unidos, Ethel Parsons iniciou o processo emergencial de desenvolvimento da enfermagem brasileira e, dentre outras inovações, criou-se a escola de enfermagem do DNSP (BAPTISTA; BARREIRA, 1997; BARREIRA *et al.*, 2011). Mesmo que tenha ocorrido a diplomação da primeira turma em 1925 e que em tal momento já nascesse a possibilidade de instituir uma associação de ex-alunas, foi em 1926 que surgiu a Associação Nacional de Enfermeiras Diplomadas (ANED), posteriormente conhecida por Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) (BARREIRA; SAUTHIER, BAPTISTA, 2001; BARREIRA *et al.*, 2011).

Durante a década de 30, o Brasil foi caracterizado pelos movimentos populacionais migratórios, do meio rural para as grandes cidades, que gerou mudanças estruturais quanto às condições de vida, trabalho e saúde da população (PAIXÃO, 1979; BOCK *et al.*, 2011). Em 1930, com a criação do Ministério da Educação e Saúde Pública, composto pelo Departamento Nacional de Saúde Pública e Departamento Nacional de Assistência Pública, dentre outros, o governo interferiu ativamente na capacitação de indivíduos para operarem na saúde pública, decompondo-se as ações em diretivas a saúde pública, com caráter preventivo, ou à assistência médica, de caráter curativo (BOCK *et al.*, 2011).

Em 15 de junho de 1931, de acordo com o Decreto 20.109, a propagação do modelo da Escola de Enfermagem Anna Nery foi certificado pela elevação da escola ao nível oficial padrão, garantindo a qualidade do ensino em todo o país (BAPTISTA; BARREIRA, 1997; BARREIRA, 1992; BOCK *et al.*, 2011). Em 1932, foi criado o primeiro periódico brasileiro pela Associação Brasileira de Enfermagem, intitulado *Annaes de Enfermagem*, que foi renomeado, em 1954, tornando-se *Revista Brasileira de Enfermagem (REBEn)* (GEOVANINI *et al.*, 2009; BOCK *et al.*, 2011). Em agosto de 1938, o dia 12 de maio foi instituído como data para celebrar o Dia do Enfermeiro, em memória a enfermeira Ana Néri, baseado no Decreto nº 2.956 (BOCK *et al.*, 2011).

No período correspondente a década de 40, a enfermagem buscou

firmar-se enquanto profissão, por meio da regulamentação do seu ensino nacionalmente e da divisão do trabalho da enfermagem, expandindo o número de sua categoria. A partir dessa afirmação, em 1940, para formar seu sindicato, as enfermeiras reivindicaram seu enquadramento como profissionais liberais, junto ao Ministério do Trabalho, e com a regulamentação das oito horas diárias da jornada de trabalho, em 1945, firmou-se o Sindicato dos Enfermeiros e Empregados em Hospitais e Casas de Saúde (CARVALHO, 2006; BOCK *et al.*, 2011).

Outro marco importante dessa década para estruturação profissional da enfermagem foi a instituição do pioneiro curso de pós-graduação da Escola de Enfermagem Anna Nery, em 1947 (BOCK *et al.*, 2011).

Na década de 50, ocorreram alguns incentivos à saúde, como o aumento do número hospitais, em decorrência com o desenvolvimento da Previdência Social e outros programas de saúde no país. Além disso, as intervenções da ABEn, a criação de um projeto de lei para regulamentar a profissão e o Projeto 1741.B/1952, exigindo que o enfermeiro chefiasse a equipe de Enfermagem, certificaram a enfermagem o seu grau de titulação, ao nível superior de profissionalização, bem como repercutiram na relevância pela manutenção da categoria (CARVALHO, 2006; BOCK *et al.*, 2011).

Na década de 60, alguns eventos se sobressaíram como redefinidores na composição e organização da área da saúde, repercutindo direta ou indiretamente na enfermagem. Com a Lei 4024/61, fixando as Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), e a integração e criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), a enfermagem passou por modificações que redirecionaram suas atividades práticas profissionais ao modelo hospitalocêntrico, favorecendo as ações médicas (BAPTISTA; BARREIRA, 2006; KLETEMBERG *et al.*, 2011).

Nos anos 70, o aumento do número de cursos e vagas na graduação em enfermagem no Brasil, da mesma forma que o incentivo à pesquisa proporcionado pelos órgãos de fomento e os cursos de pós-graduação, firmaram e fortaleceram o desenvolvimento do ensino e da pesquisa em enfermagem no país (GUTIÉRREZ, 2001; PAIM, 2001; KLETEMBERG *et al.*, 2011). Nesse contexto, a unificação do vestibular também refletiu na

consolidação da profissão ao possibilitar o ingresso de ambos os gêneros na enfermagem, alterando o posicionamento destes profissionais na área da saúde e na própria categoria (PADILHA, VAGHETTI, BRODERSEN, 2006; KLETEMBERG *et al.*, 2011).

A partir da década de 80, a área da saúde passou por uma série de mudanças, principalmente acomodadas por modificações políticas e legislativas no país. Partindo dessa afirmação, em 1986, a Lei 7.498 regulamentou o exercício da enfermagem, ao regularizar e habilitar distintas atribuições, privativas ou não, das atividades práticas dos enfermeiros, técnicos de enfermagem, auxiliares de enfermagem e parteiras (BRASIL, 1986; KLETEMBERG *et al.*, 2011).

Outro respeitável marco histórico do país foi consolidado com a implementação da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Por meio das suas diretrizes, direitos, princípios e organizações fundamentais e constitucionais, a Constituição de 1988 intensamente repercutiu no campo da saúde nacional, com a materialização do Sistema Único de Saúde (SUS). A Constituição, dentre outros fundamentos dirigidos à saúde, estabelece que todos os serviços públicos de saúde sejam “direito de todos e dever do Estado”, em ações de promoção, proteção e recuperação, com princípios que conduzem a universalidade, integralidade e equidade dos serviços (BRASIL, 1988).

Propostas como a regulamentação das Leis nº 8.080/1990 e nº 8.142/1990, criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em 1991 e o Programa de Saúde da Família no ano de 1994 fundamentaram o funcionamento do SUS e reorientaram o modelo assistencial vigente. Com essas mudanças estruturais da saúde ocorreu uma significativa elevação no número de empregos no setor de saúde, o que trouxe expectativas de benefícios, fazendo com que a enfermagem alcançasse situação de destaque no trabalho no SUS (MATTA; LIMA, 2008; MALISKA *et al.*, 2011).

Com a aprovação da Lei 9394, em 20 de dezembro de 1996, foi regulamentada as diretrizes e bases da educação nacional, baseada nos princípios da Constituição de 1988, que definiu e transformou o sistema de ensino do país. Dessa forma, o nível superior educacional de todo o Brasil

passou por um processo de modificação, com características autônomas e flexíveis de reestruturação curricular, bem como organização geral, recursos financeiros e demais disposições (BRASIL, 1996a).

Outros avanços importantes foram realizados nas ações e políticas de implementação da saúde, de acordo com os princípios do SUS. Dentre as iniciativas, destacam-se o Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem, a partir de 2000; a 11ª Conferência Nacional de Saúde, em dezembro de 2000; a Norma Operacional de Assistência a Saúde, de fevereiro de 2002; a criação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, em 2003; a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS (HumanizaSUS) e Pacto pela Saúde, ambos de 2006 (MALISKA *et al.*, 2011).

Mesmo compreendendo a impossibilidade de contemplar a história da enfermagem em sua totalidade, partindo dos marcos temporal e espacial dos processos históricos, buscou-se contemplar os distintos aspectos significativos do passado para a construção e reconhecimento identitário por meio da trajetória da enfermagem. Por agregar tais aspectos históricos e compreendê-los como atributos definidores da identidade profissional da enfermagem, corroboro que

O homem é um ser permanentemente em busca de si mesmo, de suas referências, de seus laços identificadores. A identidade, além de seus aspectos estritamente individuais, apresenta uma dimensão coletiva, que se refere à integração do homem como sujeito do processo de construção da História (NEVES, 2000, p.113).

3.2 ESTADO DA ARTE

O “estado da arte” é uma modalidade metodológica de estudo bibliográfico que busca expor o que atualmente está sendo produzido em um determinado campo, com delineamento dos caminhos da pesquisa pelo modo e abrangência que a abordagem teórica está constituída, identificando os aportes significativos, as restrições e lacunas do processo (FERREIRA, 2002). Esta denominação, “estado da arte”, refere-se às pesquisas bibliográficas que generalizam o desafio de

mapear e de discutir uma certa produção acadêmica em diferentes campos do conhecimento, tentando responder que aspectos e dimensões vêm sendo destacados e privilegiados em diferentes épocas e lugares, de que formas e em que condições têm sido produzidas certas dissertações de mestrado, teses de doutorado, publicações em periódicos e comunicações em anais de congressos e de seminários (FERREIRA, 2002, p. 258).

Partindo dessa contextualização, no próximo tópico será apresentado um cenário geral das produções de artigos científicos nacionais sobre o tema identidade profissional da enfermagem no âmbito hospitalar. A intenção na busca pela referida temática se justifica pelo fato de procurar a fundamentação referente à identidade profissional e seus aspectos ao expor a realidade da enfermagem nesse ambiente.

3.2.1 Identidade Profissional da Enfermagem Hospitalar: Produção Científica Brasileira

A partir dos artigos encontrados, verificou-se que tratam da identidade profissional sob vários aspectos ao estabelecer contatos com as diversas dimensões do processo de trabalho dos enfermeiros. Assim, os artigos de Secaf; Kurcgant (2001), Neto; Ramos (2004), Assad; Viana (2005), Brito *et al.* (2006), Zuzá; Silva (2007), Brito *et al.* (2008) e Bernardino; Felli (2008) serão explorados nas próximas páginas por fazerem referências ao cotidiano hospitalar dos enfermeiros na assistência, no gerenciamento, na organização do trabalho e na cultura organizacional das instituições de saúde.

Na exploração das formas de aprender na dimensão prática da atuação do enfermeiro assistencial, Assad; Viana (2005) definiram como objetivo do seu estudo identificar e descrever formas de aprendizagem na prática da assistência desse profissional em um hospital universitário na cidade do Rio de Janeiro. O estudo foi instigado pela observação de enfermeiros novatos que mecanicamente reproduziam as atividades da mesma maneira como já era realizada no setor, sem questionar ou inovar as ações.

A partir dessa contextualização, as autoras avaliam que, mesmo sofrendo influências do meio social, a singularidade motivacional decorre da concepção própria da necessidade de mudanças na realização das tarefas diárias e no modo de enfrentamento dos obstáculos existentes, através da

tomada de consciência pessoal para que a transformação aconteça. Para isso, a reflexão deve ser uma ação contínua para encarar as situações que exigem transformação, bem como coletiva para associação e compartilhamento do controle desses momentos. O tempo de atuação na área, a boa ambiência e a identidade pessoal evidenciam que os enfermeiros desenvolvam com maior frequência essa forma de aprender (ASSAD; VIANA, 2005).

Para Assad; Viana (2005), o enfermeiro aprende a partir, através e para a prática profissional. Tais ações decorrem diante da prática na motivação para a aprendizagem que surge na sua inserção ao trabalho, através da prática no enfrentamento das situações cotidianas e para a prática na interiorização do conhecimento aplicado que incide diretamente sobre o cotidiano do enfermeiro.

No que tange a identidade do enfermeiro em uma instituição hospitalar cooperativista, Zuza; Silva (2007) objetivaram estudar as percepções dos enfermeiros sobre o seu trabalho em um hospital cooperativista e analisar os seus limites e possibilidades diante das exigências institucionais.

Na análise dos dados, os autores discutem as concepções sobre o ser enfermeiro e nessa realidade institucional, verificando variações nos posicionamentos sobre as práticas diretas ao cuidado e ao gerenciamento. Tal indefinição conduz a dificuldades que os enfermeiros possuem em definir suas competências, gerando dúvidas e conflitos para a categoria de profissionais (ZUZA; SILVA, 2007).

Outro ponto focado na análise diz respeito à maneira como os enfermeiros definem suas ações nessa instituição. De acordo com os autores, alguns fatores que atribuem autonomia no gerenciamento da assistência, algumas decisões ou posturas necessitam responder aos interesses da instituição, possibilitando pouca inovação e autonomia ao profissional no hospital cooperativista (ZUZA; SILVA, 2007).

Assim, Zuza; Silva (2007) finalizam enfatizando que as conformações de identidade profissional variam conforme a estrutura hospitalar e que a busca em satisfazer as exigências institucionais são fontes de motivação, para alguns enfermeiros, e de alienação, para outros. Portanto, as redundâncias existentes sobre as concepções do ser e agir do enfermeiro desqualificam a estruturação da identidade do profissional.

Outra produção científica que contempla nossa pesquisa é o estudo de Bernardino; Felli (2008), que aborda os saberes e poderes necessários à reconstrução da enfermagem frente a mudanças gerenciais num hospital de ensino do sul do país, o qual adotou um modelo gerencial que provocou a fragmentação do serviço de enfermagem e, assim, a desmobilização de seus trabalhadores. Ao analisar os dados, as autoras agruparam nas categorias os resultados obtidos: os determinantes históricos que influenciaram a situação da enfermagem no hospital; o contexto atual, seu significado e as possibilidades futuras; estratégias de enfrentamento: saberes e poderes; proposta para o desenvolvimento da enfermagem do Hospital.

A primeira categoria enfatizou, como determinante da atual situação da enfermagem na instituição, aspectos referentes ao estranhamento da enfermagem com as políticas de saúde, a real intenção do desarranjo estrutural da enfermagem realizado na organização, a constituição histórica do trabalho da enfermagem, e o desvio funcional com a ideia de que os enfermeiros quando ocupam cargos de confiança deixam de ser enfermeiros (BERNARDINO; FELLI, 2008).

Com relação à segunda categoria, a origem da crise de identidade das enfermeiras se concretizou pela perda da Direção de Enfermagem (DE), pela convivência entre os dois modelos organizacionais e grande desorganização do hospital na passagem de um modelo para outro. A terceira categoria, na possibilidade de enfrentamento da situação da enfermagem no hospital compreendeu-se como fatores determinantes o poder, o descobrimento de uma liderança, o saber contextualizado amparado por um projeto assistencial próprio e uma estratégia de agregação para fortalecer o grupo de enfermeiros. A quarta categoria emerge da proposta para o desenvolvimento da enfermagem a partir da construção de outras estratégias de enfrentamento para a recuperação participativa nas decisões concernentes ao processo de trabalho em saúde do hospital, com a conscientização dos trabalhadores de enfermagem nesse contexto (BERNARDINO; FELLI, 2008).

As autoras concluem que para solucionar a crise de identidade das enfermeiras, instaurada pela perda da DE - tida como referência de poder e simbolismo, a enfermagem deve buscar reconhecimento e um posicionamento

mais participativo no contexto político e organizacional da instituição, proporcionando crescimento e desenvolvimento para seus trabalhadores. Para isso, os enfermeiros devem adaptar-se as novas representações e adquirir novas competências, sem afastar-se do cuidado prestado (BERNARDINO; FELLI, 2008).

Com relação à exploração da temática que envolve identidade profissional na enfermagem e processos organizacionais, Secaf; Kurcgant (2001) abordaram a influência da cultura organizacional no desempenho dos cargos de enfermeiras chefes em hospitais ligados a comunidades de imigrantes, na cidade de São Paulo. Para isso, foi objetivado conhecer a trajetória profissional desses chefes dos Serviços de Enfermagem e resgatar a influência do grupo étnico na dinâmica organizacional dos hospitais do ponto de vista das enfermeiras.

Para Secaf; Kurcgant (2001), alguns elementos integrantes da cultura organizacional são próprios do grupo étnico que lhe deu origem, exigindo dos novos profissionais uma adaptação ao reconhecimento dessa cultura. Dessa forma, aspectos como valores, crenças, símbolos e rituais interferem na organização das instituições e do direcionamento profissional imposto pela estrutura, ao caracterizar fatores relacionais, hierárquicos, cooperativos e participativos para o trabalho nesses ambientes.

Assim sendo, as autoras concluem que para as enfermeiras chefes terem uma relação positiva com a organização hospitalar é necessária a identificação com os valores, crenças, visões e definições dessa cultura organizacional. Outro fator tido como determinante para essa interação satisfatória diz respeito ao período de permanência das enfermeiras como chefes e convívio na própria instituição, por proporcionar sentimento de orgulho nas enfermeiras e repercutir como um aspecto facilitador no modo de executar as suas funções (SECAF; KURCGANT, 2001).

A produção de Brito *et al.* (2006), que investigam a construção da identidade profissional das enfermeiras no exercício da gerência em hospitais privados de Belo Horizonte, parte de um paralelo com o processo de construção do conhecimento cognitivo segundo Jean Piaget.

Na compreensão da construção da identidade profissional, inicialmente amparado em autores como Dubar, Brito *et al.* (2006) fundamentam o assunto através dos aspectos interacionais e de formação do indivíduo, no qual o primeiro apresenta uma visão social dessa construção identitária e o segundo se estrutura ao longo da vida pelas condições emocionais, relacionais e culturais. Dessa forma, salientam a relevância da construção de identidade para o gerenciamento em associação ao cuidado em enfermagem, tido como um desafio pela amplitude da atuação desses profissionais em instituições com modelos organizacionais inovadores (BRITO *et al.*, 2006).

Na análise dos dados, Brito *et al.* (2006) caracterizaram o processo de construção da identidade das enfermeiras gerenciais, a partir da etapa da crise de identidade, da fase de transição ou de elaboração da identidade, e da fase de equilíbrio ou de estabilidade, ressaltando que as individualidades presentes nas etapas incidem de acordo com as experiências de cada profissional.

As autoras concretizam que tais relações qualificadas anteriormente motivam a elaboração de produções educativas reflexivas sobre as dimensões do processo de trabalho gerencial dessas enfermeiras, para contextualizá-las e fundar os processos de reconstrução identitária em sua continuidade profissional, contrapondo-se as identidades tipicamente individualistas caracterizadas pela inflexibilidade predominante (BRITO *et al.*, 2006). Assim, concluem que a construção da identidade profissional das enfermeiras no exercício da gerência apropria-se de

momento histórico e de produção de cada sociedade, reafirmando a natureza contingencial e dinâmica da identidade, o que a caracteriza como um eterno “vir-a-ser”, transcendendo o cotidiano de cada um nas possibilidades múltiplas de crise, transição e estabilidade (BRITO *et al.*, 2006, p. 220).

Aproximando-se em alguns pontos da produção científica apresentada anteriormente, Brito *et al.* (2008) propõem analisar os traços identitários subjetivos das enfermeiras gerenciais, tendo em vista as suas peculiaridades no ambiente de trabalho e doméstico. A pesquisa realizou-se no contexto de quatro instituições hospitalares privadas de Belo Horizonte, que estavam em processo de implementação e alterações gerenciais e estruturais.

Para compreensão dessa linha temática, as autoras aprofundaram os pressupostos referentes aos traços identitários instalados e aos modelos gestores na área hospitalar, dando ênfase à descentralização das atividades administrativas, com aspectos que tangem as suas relações interpessoais presentes, os processos participativos e o reconhecimento das potencialidades nas quais as enfermeiras-gerentes desenvolvem suas atribuições (BRITO *et al.*, 2008).

Na análise e categorização dos dados, de acordo com a ideia central do artigo, Brito *et al.* (2008) agruparam empiricamente algumas considerações referentes à identidade; a relação enfermeiras e as práticas de gestão no espaço hospitalar; e a formação de traços identitários das enfermeiras-gerente nas nuances do universo feminino e do contexto de trabalho. Com relação às considerações referentes à identidade, salientamos que os aspectos mencionados no artigo de Brito *et al.* (2008) já foram contemplados pelo estudo, especificamente no referencial teórico construído e amparado por Dubar (2005), item 2.1 IDENTIDADE.

No que diz respeito às enfermeiras e as práticas de gestão no espaço hospitalar, as autoras destacam que pela complexidade existente na contextualização do exercício profissional abarcam-se aspectos que interferem nessa prática e na maneira como está configurada identitariamente. No que tende à constância na identificação profissional, alguns fatores expostos assumem um negativismo sobre as situações de trabalho, tornando-as fontes geradoras de conflitos e indefinições, como no caso da sobrecarga de tarefas e a obscuridade das reais atribuições profissionais (gerenciais e/ou assistenciais) (BRITO *et al.*, 2008).

Quanto à formação de traços identitários das enfermeiras-gerente nas nuances do universo feminino e do contexto de trabalho, dentre outros pontos, as autoras enfatizam que os traços identitários

envolveram aspectos relacionados à preservação e reforço de identidade social da enfermeira, à trajetória profissional como uma evolução da prática assistencial para a gerencial, à valorização da experiência prática e permanência em atividades ligadas à prestação da assistência direta ao paciente, à identificação com a organização, a questões relativas à vida privada e, finalmente, à auto-imagem positiva expressa pelas gerentes (BRITO *et al.*, 2008, p. 49).

Nesse sentido, a função gerencial emerge como mecanismo de autonomia e visibilidade organizacional para as enfermeiras, ao proporcionar maior aproximação com a identificação cultural da instituição e conhecimento do contexto no qual está inserido, permitindo a ampliação de pontos relativos ao seu reconhecimento profissional, satisfação pessoal e institucional (BRITO *et al.*, 2008).

Com isso, Brito *et al.* (2008) perceberam a importância da inclusão gerencial no trabalho das enfermeiras como uma prática profissional diferenciada, além de ocasionar efeitos benéficos nos distintos fatores dos níveis profissional, organizacional e individual. Por fim, as autoras ressaltam os aspectos casuais e de dinamicidade na construção e incorporação da identidade, como uma eterna busca.

Já com o objetivo de compreender o processo de construção da identidade profissional dos enfermeiros no seu cotidiano de trabalho, Neto; Ramos (2004) buscaram analisar o modo como repercute a identidade do enfermeiro por meio dos aspectos desse cotidiano através das relações existentes, reconhecendo os seus posicionamentos e opções difundidas. Para isso, realizaram o estudo com 22 trabalhadores (enfermeiros, auxiliares de enfermagem, técnico de enfermagem, médico, estudante de medicina e secretária) de um hospital da Rede Pública de Saúde, localizado no município de Cuiabá.

A partir da análise dos dados obtidos, as autoras agruparam quatro categorias empíricas tidas como expressivas no processo de construção da identidade do enfermeiro: “a realidade do trabalho e o processo de construção da identidade do enfermeiro”, “a definição do papel e o processo de construção da identidade profissional do enfermeiro”, “o espelho da identidade” e “as manifestações do ser” (NETO; RAMOS, 2004).

Na primeira categoria, Neto; Ramos (2004) consideraram que fatores da realidade do trabalho definem a maneira como o enfermeiro encara situações vivenciadas e que esses elementos refletem tanto pessoal como profissionalmente, de forma objetiva ou subjetiva. Situações de conflitos, normatização e controle das atividades são aspectos contidos na organização do trabalho que geram tensões nos profissionais, no entanto, são

compreendidos como estruturantes para o enfrentamento cotidiano no ambiente hospitalar (NETO; RAMOS, 2004).

Com relação à definição de papel no processo de construção da identidade do enfermeiro, as autoras avaliaram que a maneira como o enfermeiro encara o seu trabalho é constituída cotidianamente nesse espaço e tempo. Desse modo, os aspectos contidos na organização do trabalho, tidos como geradores de tensões, constituem a condição de ser enfermeiro como indivíduo além do papel profissional incorporado (NETO; RAMOS, 2004).

Para a construção da identidade do enfermeiro, na categoria intitulada “o espelho da identidade”, as autoras mostraram que essa “se dá na relação do ser consigo e com o outro, na qual o outro diz e reafirma quem é o ser enfermeiro, constituindo-se em seu espelho, e isso em duplo sentido” (NETO; RAMOS, 2004, p. 53). Assim, os profissionais atuantes trazem consigo definições, avaliações e valores estabelecidos que determinam o seu modo de ser e agir.

Na compreensão do processo de construção da identidade do trabalhador enfermeiro, as autoras ressaltam o complexo entendimento de que uma identidade se constrói por meio de intervenções do ser em seu ambiente cotidiano, embasado e amparado em elementos como o conhecimento científico, maneira de enfrentar e escolher, organizar-se e estabelecer relações. Com tais caracteres, o profissional deve buscar subsídios interacionais para ampará-lo nesse processo e possibilitar o seu desenvolvimento (NETO; RAMOS, 2004).

Portanto, a identidade profissional dos enfermeiros no seu ambiente de trabalho foi compreendida como um processo de construção transitória, na qual o ser enfermeiro cotidianamente estrutura-se e altera as configurações do trabalho e o modo de ser profissional (NETO; RAMOS, 2004).

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DO ESTUDO

Estudo de abordagem qualitativa e de cunho descritivo, ao proporcionar uma imersão na realidade do Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Jr (HU) e com caráter exploratório, ao aprofundar o conhecimento acerca da identidade, profissão, identidade profissional da enfermagem.

A utilização da pesquisa qualitativa é oportuna para investigar os traços identitários da enfermagem do HU pelas trajetórias profissionais de enfermeiros, porque envolve “um conjunto de práticas materiais e interpretativas que dão visibilidade ao mundo” e permite que o pesquisador estude o fenômeno em questão em seu cenário natural, tentando entendê-lo e interpretá-lo (DENZIN; LINCOLN, 2006, p. 17).

Os aspectos exploratórios e descritivos vinculados ao objetivo proposto concretizaram-se pela escolha do método de coleta e análise de dados, a História Oral e a Análise Temática, respectivamente.

4.2 LOCAL DA PESQUISA

A pesquisa foi desenvolvida no Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Jr. da Universidade Federal do Rio Grande (HU/FURG), no município do Rio Grande, Rio Grande do Sul.

O HU tem participado no processo de municipalização da saúde e é o único hospital público federal da microrregião litoral-lagunar, que tem população aproximada de 250.000 habitantes, compreendendo as populações das cidades de São José do Norte, Santa Vitória do Palmar, Chuí e Rio Grande. Proporciona serviços nas áreas de Clínica Pediátrica, Clínica Obstétrica, Clínica Ginecológica, Serviço de Pronto Atendimento (SPA), Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, UTI Geral, UTI Neonatal, Hospital Amigo da Criança, Banco de Leite, Hospital-Dia AIDS, Hospital-Dia Doenças Crônicas, Centro Regional de Estudos, Prevenção e Recuperação de Dependentes Químicos (CENPRE), Centro de Atendimento de Doenças Renais – Diálise e

Hemodiálise. Ainda atua através de programas permanentes como o Programa de Assistência Integral ao Diabético – PAID (desde 1979); Atenção aos pacientes de AIDS (desde 1989); Atenção Geriátrica na cidade do Rio Grande (desde 1990); Saúde Escolar; Atenção Integral à Saúde da Mulher (desde 1991); Planejamento Familiar (desde 1991); Medicina Comunitária (desde 1996); Cirurgia de cataratas com o Município (desde 1997); Programa de Tratamento do Fumante, Serviço de Estomaterapia (desde 1995), Programa - HU: Saudável Sustentável (2006) (MEIRELLES, 2004; HU/FURG, 2011).

4.3 SUJEITOS DA PESQUISA

A composição dos sujeitos do estudo procedeu por meio do estabelecimento de quatro grupos, os quais foram formados da seguinte maneira: Grupo 1: quatro enfermeiros; Grupo 2: dois enfermeiros; Grupo 3: dois enfermeiros e Grupo 4: dois enfermeiros. Os sujeitos da pesquisa são todos os primeiros enfermeiros selecionados pela Fundação de Apoio ao Hospital de Ensino (FAHERG), em 1987, que também foram selecionados no concurso de 1994 e ainda permanecem no HU (Grupo 1). Os dois primeiros enfermeiros do Grupo 1 entrevistados indicaram um enfermeiro, cada um, que ingressou no HU por meio do concurso de 1994⁴ (Grupo 2); o terceiro enfermeiro do Grupo 1 indicou dois enfermeiros que ingressaram no HU por meio do concurso de 2004 (Grupo 3); e o quarto enfermeiro do Grupo 1 indicou dois enfermeiros que ingressaram no HU por meio do concurso de 2008 (Grupo 4). Nesse sentido, a pesquisa foi composta por dez sujeitos, que assentiram em participar da pesquisa, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ver Aspectos Éticos) e permitiram a gravação e a divulgação de suas entrevistas. Conservaram-se as identidades em sigilo e utilizou-se uma codificação para identificá-los: Enfermeiro (a) (Enf) e a numeração conforme ordem de realização das entrevistas (1, 2,..., 10).

⁴ Foi fornecido aos sujeitos do Grupo 1 uma listagem de acordo com o ingresso dos enfermeiros por concurso e que ainda permanecem no HU.

4.4 COLETA DE DADOS

A coleta de dados ocorreu entre os meses de setembro e outubro de 2011 por meio da História Oral Temática.

4.4.1 História Oral

Diante da multiplicidade de autores que tratam a História Oral teórica e metodologicamente sob diferentes enfoques, optou-se por seguir as concepções Meihy; Holanda (2010).

Essencialmente, para os autores, a História Oral favorece os estudos de identidade e memórias coletivas e pode ser entendida como:

um conjunto de procedimentos que se inicia com a elaboração de um projeto e que continua com o estabelecimento de um grupo de pessoas a serem entrevistadas. O projeto prevê: planejamento da condução das gravações com definição de locais, tempo de duração e demais fatores ambientais; transcrição e estabelecimento de textos; conferência do produto escrito; autorização para o uso; arquivamento, e sempre que possível, a publicação dos resultados que devem, em primeiro lugar, voltar ao grupo que gerou as entrevistas (MEIHY; HOLANDA, 2010, p. 15).

Conforme suas especificidades, a História Oral apresenta três diferentes modalidades: História Oral de Vida, História Oral Temática e Tradição Oral (MEIHY; HOLANDA, 2010).

Dessa forma, foi dada maior ênfase aos aspectos da História Oral Temática, pela aproximação com o objetivo proposto neste estudo.

A História Oral Temática, utilizada como metodologia ou técnica, apresenta por marca distinta a relevância produzida pelos documentos obtidos nas entrevistas. Ao contemplarem um modo temático específico central para o estudo, as entrevistas são suscetíveis de serem direcionadas a partir da possibilidade do entrevistador utilizar aspectos norteadores, como acontecimentos, datas e nomes, buscando esclarecer situações. Neste sentido, o entrevistador possui um importante papel como condutor das entrevistas, exigindo sua preparação e conhecimento sobre o assunto, tornando-as mais atraentes e profundas (MEIHY; HOLANDA, 2010).

Assim, o presente estudo realizou entrevistas individuais, utilizando-se de um Roteiro Norteador (APÊNDICE A) e um gravador de áudio do tipo MP4, para registrar o encontro. O local da realização das entrevistas foi acordado previamente com os sujeitos, de acordo com sua preferência, desde que proporcionasse privacidade, tranquilidade e fossem minimizadas as possibilidades de interrupções.

Após a realização das gravações das entrevistas, realizou-se o processo de *transcrição* do material coletado, ou seja, a conversão dos registros orais em escritos, mantendo todos os caracteres gravados, como erros de linguagem, repetições, perguntas e demais sons significativos. Na etapa seguinte da *transcrição* ocorreu a *textualização*, que corresponde ao ato de eliminar todos os caracteres gravados que são indesejáveis (MEIHY; HOLANDA, 2010).

Ao prosseguir com o processo de convertimento da linguagem falada para a linguagem escrita, foi iniciada a etapa de *transcrição*, que consiste na transformação dos registros, de modo a aproximá-los do sentido e da intenção original que o entrevistado quer comunicar e foi registrado. Posteriormente ao processo de *transcrição*, os entrevistados foram novamente contatados para a realização da *conferência* do material final. Nesse momento é importante demonstrar que os cuidados éticos foram mantidos, não divulgando os dados obtidos antes da autorização do entrevistado (MEIHY; HOLANDA, 2010).

Cabe salientar que o Roteiro Norteador da entrevista (APÊNDICE A) seguiu duas das três possibilidades de análise das formas identitárias profissionais propostas por Dubar (2005), quais sejam o mundo vivido do trabalho e a trajetória profissional. Da mesma maneira, o Roteiro prevê a condução da entrevista no rumo da transação entre indivíduo e organização-nomeadamente, no campo profissional-aqui, HU (DUBAR, 2005), excluindo, entretanto, a transação entre o indivíduo e o seu passado indicada pelo autor e incluindo uma nova configuração, que trata da transação entre indivíduo e organização no passado, proposta pelo mestrando. Esta organização do Roteiro seguiu dois enfoques, um em que os enfermeiros emitiram sua impressão individual e outra em que eles realizaram a apreciação sob o enfoque coletivo.

4.5 ANÁLISE DE DADOS

O tratamento dos dados do presente estudo ocorreu por meio da Análise Temática, que é uma das fases da Análise de Conteúdo preconizada por Bardin (1979), onde o tema é o conceito central. A análise temática tem o “tema” como unidade de registro e “consiste em descobrir os ‘núcleos de sentido’ que compõe a comunicação e cuja presença, ou frequência de aparição podem significar alguma coisa para o objetivo cuja análise se justifique” (BARDIN, 1979, p. 105).

Bardin (1979, p. 95) estabelece como etapas à operacionalização da Análise Temática: a pré-análise; a exploração do material; o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação.

A pré-análise corresponde a fase de organização do material, ou seja, nesta etapa ocorreu a leitura flutuante das entrevistas buscando-se visualizar as particularidades que contribuiram para a elaboração das ideias iniciais sobre os traços identitários da enfermagem no HU.

A fase de exploração do material (Bardin, 1979) consistiu em executar operações de codificação das entrevistas com números, letras, ou ambos, de forma que os recortes que interessam à pesquisa foram agrupados em “núcleos de sentido” semelhantes ou afins que deram origem às categorias.

Na etapa de tratamento dos resultados, quando “os resultados brutos são tratados de maneira a serem significativos e válidos” (1979, p. 101), houve uma análise e uma discussão dessas falas, retiradas das entrevistas dos enfermeiros, baseada no referencial já exposto neste estudo e na inferência do mestrando, também fundada neste referencial e na sensibilidade e experiências adquiridas na trajetória da pesquisa.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

Com relação às normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos que estão dispostas na Resolução 196/96 (BRASIL, 1996b), os sujeitos foram consultados previamente sobre sua disponibilidade em participar da pesquisa como entrevistados, momento em que foram explicitados os

objetivos da mesma e também oferecido tempo para que eles pudessem ler e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido TCLE (APÊNDICE B) em duas vias, uma entregue ao sujeito e a outra para o entrevistador arquivar, por 5 anos, no Grupo de Estudos e Pesquisas em Organização do Trabalho da Enfermagem e Saúde – GEPOTES.

Após a aprovação da Pró-reitoria de Gestão e Desenvolvimento de Pessoas (APÊNDICE C), Coordenação de Enfermagem (APÊNDICE D) e Direção do HU (APÊNDICE E), o projeto foi submetido à análise do CEPAS-FURG obtendo aprovação sob o PARECER Nº 157/2011 (ANEXO 1).

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Este capítulo tem por finalidade apresentar as duas categorias que emergiram a partir dos dados coletados e que foram discutidos, tendo por base o referencial teórico e a revisão bibliográfica já expostos neste estudo, bem como as ideias do mestrando, também fundadas neste referencial, na sensibilidade e experiência adquiridas na trajetória da pesquisa. Cabe destacar que estes resultados se relacionam ao objetivo proposto pelo estudo de “desvelar traços identitários da enfermagem do Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Jr. (HU), por meio das trajetórias profissionais de enfermeiros”, tendo como sentido norteador as “fortalezas” e “fragilidades” percebidas e expostas pelos entrevistados.

5.1 TRAÇOS IDENTITÁRIOS DA ENFERMAGEM DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DR. MIGUEL RIET CORRÊA JR.: FORTALEZAS NAS TRAJETÓRIAS PROFISSIONAIS DE ENFERMEIROS

Esta categoria abrangeu as subcategorias “O mundo vivido no trabalho do HU: a construção e organização do hospital” e “O mundo vivido no trabalho do HU: a auto-organização e a interação da equipe de enfermagem”, que, juntas, caracterizam os aspectos fortalecedores mais significativos apreendidos nos depoimentos dos entrevistados e que podem detectar a construção da identidade profissional da enfermagem do HU, a partir de tais traços identificadores.

5.1.1 O mundo vivido no trabalho do HU: a construção e organização do hospital

Ao explorar fatores determinantes na construção e organização do HU, inicialmente, torna-se necessária a busca por alguns pontos históricos marcantes no contexto nacional da área da saúde e nessa instituição, em especial, a partir da década de 70 do século XX, período de implantação e consolidação do hospital.

Nos anos 70, o aumento do número de cursos e vagas na graduação em enfermagem no Brasil, o incentivo à pesquisa, proporcionada pelos órgãos de fomento, e os cursos de pós-graduação firmaram e fortaleceram o desenvolvimento do ensino e da pesquisa em enfermagem no país (GUTIÉRREZ, 2001; PAIM, 2001; KLETEMBERG *et al.*, 2011).

Neste contexto, é importante ressaltar também, a criação do Conselho Regional de Enfermagem (COREN), formado com o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) conjuntamente como uma autarquia, como aparelhos disciplinadores do exercício das profissões abrangidas na enfermagem, com vínculo ao Ministério do Trabalho e Previdência Social, a partir da Lei 5905, de 12 de julho de 1973 (BRASIL, 1973; KLETEMBERG *et al.*, 2011).

Nesta conjuntura, bastante propícia para o ensino em geral e para a enfermagem, em especial, foi criado o HU, vinculado à FURG, por meio da Portaria da Reitoria nº 223/76, de 29 de março de 1976, sendo denominado “Hospital de Ensino Prof. Miguel Riet Corrêa Jr.”, em homenagem ao primeiro Diretor da Faculdade de Medicina do Rio Grande.

No início de seu funcionamento, o Hospital de Ensino ocupava as instalações da Associação de Caridade Santa Casa do Rio Grande (ACSCRG), onde eram ministradas as aulas dos cursos de Medicina e Enfermagem (SIQUEIRA *et al.*, 2000a; MEIRELLES, 2004; BRASIL, 2011). Na própria década de 70, a ACSCRG recebeu um terreno do Governo Federal para a construção das unidades de Maternidade e Pediatria, posteriormente cedido e destinado a construção do HU (ASSOCIAÇÃO DE CARIDADE SANTA CASA DO RIO GRANDE, 2012).

Nacionalmente, a partir da década de 80, a área da saúde passou por uma série de mudanças políticas e legislativas no país, pautadas, entre outras, pela 8ª Conferência Nacional de Saúde, a Assembleia Nacional Constituinte, a implementação da Constituição da República Federativa do Brasil e a materialização do Sistema Único de Saúde (SUS). Na enfermagem, particularmente, foi regulamentada a Lei de Exercício Profissional (KLETEMBERG *et al.*, 2011; MALISKA *et al.*, 2011).

Em Rio Grande, ocorreu a assinatura de protocolo de intenções e o contrato de locação de área física, ocupada pela FURG, com a ACSCRG, em

1º de julho de 1985, para utilização dos leitos e todos os serviços de infraestrutura, dando início à organização e estruturação do Hospital de Ensino (SIQUEIRA *et al.*, 2000a; BRASIL, 2011; MEIRELLES, 2004). Concomitantemente, e apoiada por tal convênio, ocorreu uma proposta da Comissão Especial de Reestruturação do Hospital de Ensino, que ambicionava uma desvinculação total da Santa Casa (SIQUEIRA *et al.*, 2000a; MEIRELLES, 2004), o que aconteceu em “janeiro de 1986” (SIQUEIRA *et al.*, 2000, p. 41).

Outro marco importante foi a data de 27 de novembro de 1986, quando foi criada a Fundação de Apoio ao Hospital de Ensino (FAHERG), instituição de direito privado, sem fins lucrativos, com o intuito de viabilizar o funcionamento do Hospital, por meio da contratação de funcionários e a geração de recursos financeiros para prestação de serviços nas áreas de saúde e educação, de forma gratuita, à população carente do município e região (FAHERG, 2011).

Em 25 de setembro de 1987, a FAHERG lançou o edital nº 001/87 (ANEXO 2) para seleção de pessoal para vários cargos, inclusive enfermeiros. Conforme descrito em ata (ANEXO 3), em 20 de outubro de 1987, foram avaliados e homologados os documentos de admissão dos primeiros enfermeiros do Hospital de Ensino. Desse modo, no dia 09 de dezembro de 1987, divulgou-se a listagem com a relação desses primeiros 12 enfermeiros classificados nesta seleção (ANEXO 4), que, entretanto, permaneceram trabalhando no mesmo lugar, na ACSCRG, realizando as mesmas atividades cotidianamente, mesmo que recebendo os salários pela FAHERG.

Porém, com a abertura da FAHERG e a entrada dos profissionais enfermeiros, alguns setores da Associação de Caridade Santa Casa do Rio Grande passaram por modificações organizacionais e estruturais para qualificar o atendimento prestado, como descrito nas falas a seguir:

Continuamos na Santa Casa pela FAHERG, mas logo começaram a fazer as obras (Enf1).

Quando chegamos, que o hospital entrou com a parte da academia, saíram umas camas que eram nada humanitárias (Enf3).

Na área da Pediatria houve um avanço imenso. A tendência que houve nesse período foi no modo de

pensar mais voltado, até sem querer, para a humanização (Enf3).

Conforme os relatos, a partir de então foram notórias as mudanças ocorridas, tanto no interior da própria ACSCRG, como no ambiente físico, nos recursos materiais e humanos disponibilizados em decorrência das alterações organizacionais, necessárias para o alcance de uma qualificação do atendimento prestado.

A possibilidade de mudança na organização aliada à consciência e iniciativa de outros profissionais da saúde, no que diz respeito ao comportamento organizacional, agregadas às expectativas de novas instalações que estavam em processo de construção, apresentaram-se, naquele momento, como significado determinante para a cultura organizacional e o futuro institucional na construção e organização do HU, pois um novo momento para a saúde e para a educação em saúde no município e na região estava se constituindo.

Em 23 de dezembro de 1987, houve a assinatura do convênio Ministério da Educação e Cultura (MEC) com o Ministério da Previdência e Ação Social (MPAS) e os hospitais universitários passaram a receber recursos do Instituto Nacional da Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) por suas ações de saúde junto às universidades e nesta configuração estava incluído o HU (BRASIL, 2011; MEIRELLES, 2004).

Em 28 de novembro de 1988, o Hospital de Ensino teve seu regimento aprovado pelo Conselho Universitário da FURG, ficando estabelecido seu compromisso em integrar o ensino, a pesquisa e a assistência, bem como foi criado o Conselho Superior do Hospital de Ensino (CONSUP), com função deliberativa e normativa, o qual se tornou um órgão suplementar da Universidade (SIQUEIRA *et al.*, 2000; BRASIL, 2011; MEIRELLES, 2004).

Em 07 de dezembro de 1988, houve a implantação e a transferência inicial da área, antes ocupada pelos cursos de Enfermagem e de Medicina nas dependências da ACSCRG, para o espaço físico do hospital de ensino, como exaltado nas falas:

Mudamos de prédio e trouxemos tudo de lá para cá (Enf3).

A Fundação começou a assumir a parte dos funcionários e a FURG assumiu a parte do prédio. A FURG só poderia fazer concurso se tivesse prédio próprio e, por isso, construiu (Enf4).

Não sei qual foi o critério para o que construir no HU. Lembro-me da transferência das coisas para a Clínica Médica (Enf1).

Tal evento é considerado um fato histórico importante para a FURG, deslumbrado como marco atribuído ao hospital conferido pela mobilização e persistência dos grupos profissionais envolvidos na estruturação do HU (SIQUEIRA, 2000b).

O significado agregado à cooperação, à solidariedade e ao empenho pela concretização do HU detém um valor singular aos profissionais envolvidos na luta pela formação do hospital bem como as expectativas atribuídas pela sociedade perante a inauguração de um novo local de saúde no município, mesmo que no primeiro momento as condições impostas fossem inapropriadas para o desempenho do trabalho em saúde hospitalar, conforme relatado pelos entrevistados.

Nesse entendimento, os depoimentos evidenciam as modificações de contexto e realidade organizacional ao afirmar os benefícios da nova estrutura em comparação com as instalações antigas, salientando as possibilidades de moldar e oferecer uma qualidade de serviços idealizados, como o básico da hotelaria hospitalar e serviços de limpeza. Ao comparar o prédio novo com o antigo, descrevem as muitas limitações físicas da ACSCRG, como na implementação de medidas simples para o controle de infecção hospitalar, e, em contrapartida, o novo hospital e as suas possibilidades de transformações.

Os entrevistados também assinalam que a diferenciação entre as instituições era atribuída socialmente e tida como uma parábola complicada, no que tange aos profissionais que se mantiveram na antiga instituição e os profissionais que migraram para a nova estrutura, principalmente no momento que começaram a apresentar diferenças salariais. Ressaltam ainda a relevância social da criação do HU pelas necessidades de saúde da população,

por não ter muitas opções na cidade ou por começar a disponibilidade de serviços mais qualificados em algumas áreas.

Para a comunidade foi a melhor coisa que aconteceu. A criação desse hospital universitário é de uma valia imensurável. Ele está cumprindo uma tarefa social muito grande. Se não houvesse a disponibilidade desta área, com uma quantidade grande de leitos, estaria tudo resumido à Santa Casa (Enf3).

De acordo com Vaghetti (2008, p.158), os significados atribuídos às organizações hospitalares podem ocorrer pela satisfação das necessidades da população, pois instigam socialmente o reconhecimento da memória e cultura hospitalar. Da mesma maneira, provocam a motivação dos grupos profissionais para o seu comportamento, atuação profissional e identificação com a organização, no sentido de “vestir a camiseta” e “conclamar os trabalhadores ao exercício de suas funções, ou, no entendimento de que os hospitais são uma grande ‘causa’ a ser abraçada e defendida”.

Nessa conjuntura, os entrevistados salientam que os profissionais já trabalhavam mais próximo do ideal do que a Santa Casa jamais disponibilizou, de acordo com conhecimentos científicos prévios dos enfermeiros, em relação ao dimensionamento de pessoal, oferta e qualidade de materiais, maneira mais humanizada de prestar atendimento aos usuários e empenho das equipes de trabalho em prol da instituição.

No decorrer da década de 90 houveram questões históricas marcantes, no contexto nacional da área da saúde, como a regulamentação do Programa de Saúde da Família, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde e a criação das Diretrizes e Bases da Educação Nacional, modificando e ampliando o ensino superior no país, bem como as expectativas da enfermagem perante o SUS (BRASIL, 1996a; MATTA; LIMA, 2008; MALISKA *et al.*, 2011).

No âmbito local, em 1991, o hospital passou a adotar a nomenclatura oficial de Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Jr, a partir da portaria do MEC. Em 1993, também com o apoio do MEC, a FURG adquiriu o prédio, parcialmente concluído, que era de propriedade da Santa Casa de Rio Grande (BRASIL, 2011; MEIRELLES, 2004). No final de 1994, a FURG obteve

autorização do Governo Federal para lançamento do primeiro edital e realização do Concurso Público para o provimento de 270 vagas de pessoal, incluindo enfermeiros (MEIRELLES, 2004).

A partir do processo seletivo de 1994, os grupos profissionais se concretizaram no HU, com saídas e ingressos de profissionais, moldando a configuração identitária da instituição de acordo com os valores, crenças, símbolos e rituais estabelecidos nas relações laborais e organizacionais dos diversos ambientes do hospital. Dessa forma, Santos (2007, p. 234) afirma que “as organizações de saúde são configuradas por uma rede de relacionamentos construídos ao longo da sua história social” e a forma como as pessoas raciocinam, suas condutas e símbolos têm um significado concreto e fazem parte da cultura organizacional.

Solicitamos as áreas e foram distribuídas nos espaços físicos que tinham, mas já pensando no futuro (Enf3).

Os enfermeiros, médicos, todos nós participamos do planejamento dessa área física (Enf4).

A favor da construção do HU, a adesão e engajamento de muitos profissionais podem ser constatados por Dubar; Tripier (2010) ao afirmarem que a união dos grupos profissionais que defendem os seus interesses tentam assegurar e manter as suas atividades, visando garantir o seu serviço com o reconhecimento das suas particularidades e envolvendo-se nas tomadas de decisões. Para Brito *et al.* (2006) e Santos (2007), os membros agregados a uma organização de saúde apresentam características, individuais e coletivas, que lhe possibilitam contribuir com a situação momentânea da instituição, expressos pelas suas maneiras de refletir e posicionar-se, repercutindo no convívio diário do trabalho.

Nesse entendimento, as ações engajadas e participativas dos indivíduos em benefício do desenvolvimento das estruturas laborais e da coletividade no ambiente de trabalho realçam o seu significado, sentimento de pertença e posicionamento profissional ao atrelar-se com os interesses e a cultura institucional, fortalecendo a sua identidade profissional. Tal identificação

atribuída ao compromisso e luta por uma finalidade está caracterizada nas declarações a seguir:

A enfermagem ainda não tinha um regimento próprio e fizemos o regimento. O meu objetivo e da Diretora era a valorização da enfermagem dentro do hospital. Participamos bem ativamente com a Direção em todas as decisões (Enf6).

Esta questão de participação na Direção do HU pode ser entendida como uma função gerencial, que emerge como mecanismo de autonomia e visibilidade organizacional ao proporcionar maior aproximação com a identificação cultural da instituição e conhecimento do contexto no qual está inserido, permitindo a ampliação de pontos relativos ao seu reconhecimento profissional, satisfação pessoal e institucional (BRITO *et al.*, 2008). Assim, o sentimento de atribuição é desejável por parte dos profissionais, de sentir-se responsável por algo importante para o hospital, pelo caráter estimulador ao atuar como um bônus, um mérito, para inclusão e identificação social, ao operar como mecanismo de valorização, pessoal e social, na obtenção do sucesso pelo empenho na realização da empreitada e reconhecimento pelo efeito determinante no processo.

A participação de enfermeiros em cargos representativos avigora a identificação desse profissional e da profissão, ao buscar reconhecimento e expor posicionamentos, enquanto indivíduo ou coletividade, de modo participativo no hospital. A partir dessa contextualização, Secaf; Kurcgant (2001) afirmam que as organizações são constituídas por profissionais que vivem em constante interação e que para os grupos profissionais terem uma relação de caráter prático com a organização hospitalar são necessárias a identificação com os valores, crenças, visões e definições dessa cultura organizacional, estabelecendo condutas coletivas ao socializar.

Características definidoras e comportamentais dos grupos profissionais repercutem na construção de traços identitários da enfermagem do HU, a partir da criação e organização da instituição e demonstrados nas peculiaridades da sua cultura organizacional. Durante sua trajetória profissional, o indivíduo incorpora princípios, normas, valores e condutas que lhe incluem a um grupo e

facilitam as suas relações interpessoais e sociais, lhe permitindo fortalecer os vínculos e afinidades ao longo da sua história pessoal e profissional (DUBAR, 2005).

Por meio de alguns depoimentos emergiu a compreensão dos significados congregados aos valores e condutas organizacionais, enquanto reproduções sociais no âmbito hospitalar. Tais significações estão evidenciadas pela construção coletiva do “ritmo de trabalho”, no qual os profissionais com maior tempo de atuação no setor determinam rotinas e tarefas que transmitem ativamente as condutas apropriadas, potencializando o seu poder de influência sobre um novo membro e exigindo deste adaptar-se ao trabalho. Os depoimentos destacam ainda que cada profissional pode contribuir com o grupo, mas o período que trabalham juntos e a maneira parecida de agir determinam a padronização das coisas e o reconhecimento do indivíduo pelo grupo.

O que nos dá certa vantagem é a afinidade que desenvolvemos por trabalhar juntos por anos. Já nos conhecemos, sabemos a linha de trabalho de todos. As mais antigas ditam, mais ou menos, como é o ritmo de trabalho. Quando entra uma enfermeira nova, ela tem que se adaptar ao trabalho que já está sendo feito e está dando certo (Enf5).

Alguns elementos integrantes da cultura organizacional são próprios do grupo que lhe deu origem, exigindo dos novos profissionais uma adaptação ao reconhecimento dessa cultura (SECAF; KURCGANT, 2001). As condutas coletivas predeterminadas pelo grupo profissional penetram e incorporam alguns dos aspectos característicos que aproximam a cultura organizacional e a própria identificação profissional nessa organização servindo como “molde” para os membros já pertencentes e futuros ingressos na instituição hospitalar, garantindo concordância entre o grupo, padronização das atribuições e procedimentos, diminuição dos conflitos e sofrimento.

Outro ponto destacável na análise dos dados, pelo grande número de pronunciamentos e por envolver a construção e organização do HU, diz respeito à constante atualização e reestruturação da Unidade de Terapia Intensiva de Neonatologia (UTI Neonatal).

De acordo com os relatos, em 1990, ocorreu a transferência da unidade de Pediatria das instalações da ACSCRG para o edifício do hospital de ensino. O início da UTI Neonatal esteve atrelado à unidade de Pediatria do hospital, com a vinculação da estrutura física, materiais disponibilizados e grupos profissionais. Com o passar do tempo, as equipes começaram a desempenhar suas atividades separadamente, embora fisicamente juntas, devido às necessidades laborais com relação ao dimensionamento de pessoal da enfermagem nos setores.

Durante um período, de acordo com os depoimentos, a unidade pediátrica foi reestruturada, realocada em outro espaço físico e reduzida pela metade em decorrência das obras iniciais da futura UTI Neonatal. Após o término das obras, a Pediatria e a UTI Neonatal continuaram sendo consideradas como uma só unidade, porém já dispunham de equipes de enfermagem separadas. Entretanto, com a necessidade momentânea, as enfermeiras da Pediatria e da UTI Neonatal eram consideradas “polivalentes” por desenvolver suas práticas profissionais nos dois ambientes de trabalho concomitantemente, permanecendo como única enfermeira durante o turno, pela necessidade de obter condições para viabilizar o trabalho em ambos locais.

As entrevistadas revelam que somente em 1994 a UTI Neonatal adquiriu “uma identidade própria” ao ser cadastrada formalmente, proporcionando a separação da Pediatria e UTI Neonatal. No entanto, asseguram que os vínculos estabelecidos anteriormente pelos grupos profissionais permaneceram e permitiram a evolução e tranquilo funcionamento de ambas as unidades de maneira semelhante, bem como a motivação e interesse das equipes em continuar desenvolvendo os setores.

A unidade foi funcionando tranquilamente e a nossa equipe, mesmo com algumas pequenas mudanças, sempre foi muito parelha, muito coesa. [...] O trabalho foi se desenvolvendo e as unidades foram crescendo (Enf5).

O sentido de comprometimento organizacional está exposto no estudo de Ávila (2006) sobre os elementos da cultura do hospital universitário, ao

salientar que a responsabilização se dá por meio do empenho dos profissionais, sua cumplicidade e vínculo com a organização e demais profissionais. A autora salienta que tais características do HU podem representar valores, como reconhecimento, dedicação, responsabilidade, satisfação e cooperação, que determinarão o estado de comprometimento dos membros perante os objetivos, princípios e valores da organização (ÁVILA, 2006).

O significado atribuído à UTI Neonatal, ao longo do período de existência do HU, é caracterizado pelas ações compartilhadas, mobilizadoras e de perseverança dos membros envolvidos, em prol do desenvolvimento da instituição, além da satisfação por atingir tais objetivos como uma vitória de todos e resultado da união de esforços.

Em algumas entrevistas foram enfatizadas distintas ênfases pela batalha na obtenção de condições para viabilizar o trabalho na UTI Neonatal, com constante preocupação, por parte dos profissionais e organização hospitalar, com o desenvolvimento do setor e dos membros para o atendimento de recém-nascidos. Dessa forma, a devotada procura por aperfeiçoamento dos serviços fez com que os profissionais procurassem continuamente se atualizarem, por meio de cursos, capacitações e visitas a outros ambientes hospitalares brasileiros.

Durante a época de formação das nossas rotinas, nossos protocolos, tínhamos um contato muito grande com hospitais de Porto Alegre, às vezes de Santa Maria ou outros hospitais universitários, mas não só universitários. Como que eram feitas as rotinas, todo o protocolo para nutrição parenteral. Os enfermeiros estavam sempre ligando. O pessoal não precisa se conhecer, era só sermos acessíveis. Também consultamos as comissões de infecções dos hospitais, porque precisamos desse intercâmbio (Enf5).

Algumas entrevistadas enfatizam que a consciência da responsabilidade em relação à complexidade do setor e a procura por capacitação faz, ainda na atualidade, os profissionais da UTI se sentirem sempre com vontade de buscarem o aperfeiçoamento. A rotatividade para realização dos cursos,

capacitações e visitas é constante por parte dos profissionais, para que todos possam vivenciar distintas realidades e repassar conhecimentos.

O processo de construção e organização do hospital e da UTI Neonatal, sempre esteve pautado no conhecimento científico e tecnológico da área da saúde, bem como fundamentado historicamente na legislação nacional vigente. Entretanto, ao longo desse processo de aperfeiçoamento da instituição, os cursos, capacitações e visitas aprimoraram a estrutura da organização hospitalar pela reprodução de exemplos positivos possíveis, embasando-se em hospitais de outras localidades e agregando, de certo modo, as suas definições identitárias.

Nesse entendimento, uma das intenções dos profissionais, pessoal e coletivamente, é obter o nível de excelência da sua instituição, ou setor, e o reconhecimento desejado pelos serviços prestados, sendo estas avigoradas pela comparação da sua instituição com outra realidade, principalmente se for uma das suas referências, como demonstrado na fala:

Em 2010 estive em Brasília em umas atividades relativas à amamentação e visitei um dos hospitais que é modelo em termos de Neonatologia e atendimento de Banco de Leite. Em área física não ganhamos do hospital, mas as rotinas e os protocolos são parecidos, a bomba de infusão deles é a mesma nossa, as condutas em relação a determinados pacientes ou patologias também. Não ficamos devendo nada. Conheço alguns hospitais em Porto Alegre, em Brasília, em Santa Catarina e não perdemos muito. Voltamos nos “sentindo o máximo” (Enf5).

O comprometimento dos profissionais, expressos nos significados do seu desenvolvimento profissional, favorece o estímulo à qualificação individual e desenvolve um senso de ligação e interdependência entre trabalhador e empresa pelo conhecimento adquirido, por identificar-se como um membro dessa instituição e pertencente a uma determinada posição particularizada em relação aos outros membros que não buscam o aprimoramento profissional, pela aquisição e perpetuação de tais conhecimentos.

Com relação à qualificação, Dubar (1999) menciona que os processos de qualificação normalmente tencionam a mecanismos legitimamente sociais

refletidos pelas atitudes grupais dos membros envolvidos, por adquirir critérios de reconhecimento que valorizam a realização individual e coletiva ao satisfazer os objetivos da instituição.

As modificações na área da saúde e nas organizações hospitalares exigem dos profissionais o constante desenvolvimento e qualificação como mecanismo de atualização de suas práticas profissionais para obtenção de um perfil desejável que vá ao encontro dos valores da instituição por meio da mobilização, perpetuação do conhecimento e empenho, acarretando em transformações e aperfeiçoamento no seu contexto organizacional para atender as demandas (MARTINS *et al.*, 2006; BRAGA; MELLEIRO, 2009).

Dessa forma, em 29 de dezembro de 2008 foi realizada a inauguração das novas instalações da UTI Neonatal, contando com nove leitos credenciados e um leito para emergências no atendimento de recém-nascidos. As novas acomodações introduzidas permitiram a viabilização da futura UTI Pediátrica, por se tratar da primeira etapa de adequação do antigo espaço físico utilizado pela UTI Neonatal.

Além dos traços característicos de incorporação de princípios, valores e condutas participativas do grupo profissional, a repercussão e reconhecimento social dos serviços prestados na UTI Neonatal denotam amplo valor conferido, com apoio de entidades locais, como a Prefeitura Municipal, grupo de colaboradoras e comunidade local, refletindo como fator determinante para a construção da identidade profissional da enfermagem no hospital e a própria construção e ampliação dessa unidade no HU.

Mesmo não sendo mencionado pelos entrevistados, cabe esclarecer que ao longo desse processo demais setores do hospital se reestruturaram, uns mais que outros, em decorrência de incentivos governamentais, mudanças organizacionais e administrativas que estabeleceram e provocaram a implementação de novas composições e tecnologias de saúde, qualificando o atendimento em saúde dos demais setores.

Nessa realidade, a partir do decreto nº 7082, de 27 de janeiro de 2010, o governo brasileiro instituiu o Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais – REHUF ao impetrar medidas condicionais para o “financiamento compartilhado dos hospitais universitários federais entre

as áreas da educação e da saúde e disciplina o regime da pactuação global com esses hospitais” (BRASIL, 2010). O REHUF apresenta como objetivo designar condições materiais e institucionais para que tais ambientes hospitalares realizem o atendimento à saúde da população vinculada ao ensino, pesquisa e extensão de modo integral (BRASIL, 2010).

Na continuidade, em 15 de dezembro de 2011, o governo sancionou a Lei nº 12.550 criando a empresa pública denominada Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSEH, visando prestar serviços gratuitos de assistência à saúde integral e exclusivamente no âmbito do SUS, bem como proporcionar serviços de apoio ao ensino, à pesquisa e à extensão de caráter global em instituições federais de ensino superior e de outras instituições semelhantes (BRASIL, 2011). Salienta-se que a EBSEH compete:

Administrar unidades hospitalares, bem como prestar serviços de assistência médico-hospitalar, ambulatorial e de apoio diagnóstico e terapêutico à comunidade, no âmbito do SUS; prestar às instituições federais de ensino superior e a outras instituições congêneres serviços de apoio ao ensino, à pesquisa e à extensão, ao ensino-aprendizagem e à formação de pessoas no campo da saúde pública, mediante as condições que forem fixadas em seu estatuto social; apoiar a execução de planos de ensino e pesquisa de instituições federais de ensino superior e de outras instituições congêneres, cuja vinculação com o campo da saúde pública ou com outros aspectos da sua atividade torne necessária essa cooperação, em especial na implementação das residências médica, multiprofissional e em área profissional da saúde, nas especialidades e regiões estratégicas para o SUS; prestar serviços de apoio à geração do conhecimento em pesquisas básicas, clínicas e aplicadas nos hospitais universitários federais e a outras instituições congêneres; prestar serviços de apoio ao processo de gestão dos hospitais universitários e federais e a outras instituições congêneres, com implementação de sistema de gestão único com geração de indicadores quantitativos e qualitativos para o estabelecimento de metas; e exercer outras atividades inerentes às suas finalidades, nos termos do seu estatuto social (BRASIL, 2011).

Frente a essas novas situações, os depoimentos dos entrevistados apresentam expectativas perante as futuras mudanças no HU diante dos objetivos definidos e às competências da EBSEH, divergindo quanto à ausência de mudanças, às incertezas sobre o processo e ao otimismo com o ingresso da empresa.

Quanto à ausência de modificações no processo de implantação da empresa, algumas falas distinguem que o HU está constituído enquanto instituição de saúde para o município, com a oferta de serviços destinados a atenção à saúde de acordo com os princípios do SUS. Salientam que o hospital desempenha os papéis no espaço do ensino, pesquisa e extensão, sendo local de ensino-aprendizagem e formação de profissionais médicos e enfermeiros, com ensino de graduação e programas de pós-graduação, não viabilizando grandes transformações, em função desses laços e conquistas adquiridas para a saúde e educação ao longo dos tempos.

Da mesma forma, alguns posicionamentos referentes às incertezas frente ao processo de prestação de serviços pela EBSEH exaltam o desconhecimento sobre o assunto, e ora referem ansiedade ao repudiar tal situação pelas futuras mudanças e ora indicam indiferença por preferirem aguardar a implantação para avaliar os resultados.

Existem algumas pessoas que estão apavoradas e acham que vai ser muito ruim, que vão impor várias regras (Enf9).

Gera uma ansiedade muito grande em todos sobre como será. Nada está muito claro, é como se fosse um mistério essa questão (Enf10).

No entanto, algumas declarações exaltam a mobilização do grupo na busca por respostas a tais dúvidas por meio de reuniões que visam o debate e esclarecimento para o encaminhamento de propostas como contribuição dos profissionais para modificar e melhorar os serviços.

O sentido do comprometimento dos profissionais pode estar relacionado às trajetórias de vida pessoais e a trajetória do próprio HU ao motivá-los para o envolvimento nesse processo de estruturação do hospital, conferido pelos profissionais atuantes nesses espaços com o seu significado cultural organizacional e por contribuir como conquistas pessoais ao oportunizar progressos na carreira profissional. Para Brito *et al.* (2008), os processos deliberativos tornam-se satisfatórios quando os laços econômicos, ideológicos, morais e psicológicos são estabelecidos com os profissionais envolvidos, por

instigá-los a serem mais determinados, produzindo maior participação e valorização organizacional.

No que tange ao otimismo dos profissionais em relação às mudanças advindas do processo de implantação da Empresa destacam-se as necessidades de reestruturação dos serviços e área física do hospital, conforme mencionado pelos entrevistados. O pensamento positivo é demonstrado nas falas como “esperança” para a prosperidade da instituição, por meio de aspectos físicos e materiais, como a ampliação e criação de setores, aquisição de materiais, medicamentos e equipamentos, diminuição dos desperdícios, melhor dimensionamento de pessoal com processos de contratações, qualificação do trabalho, fiscalização mais ativa, exigências e cobranças por dedicação de todos profissionais da saúde, como revelado nas falas a seguir:

Tem que mudar muita coisa dentro do hospital. As pessoas vão ser mais cobradas e acredito que as coisas vão melhorar (Enf1).

Tenho grande expectativa e desejo de que realmente consigamos trazer uma boa dose de profissionalismo para dentro do hospital (Enf2).

Mesmo que prevaleça, em alguns depoimentos, uma incerteza perante o futuro organizacional do HU, o vínculo constituído entre os profissionais e o hospital, instiga o sentimento de pertença e o posicionamento dos membros em relação a uma maior qualidade do trabalho que está sendo realizado, exigindo mudanças positivas com a vinda da Empresa, que abranjam os princípios e valores pessoais e institucionais, satisfazendo os entrevistados profissionalmente.

A falta de garantias para a viabilidade financeira das instituições de saúde, bem como a sua real integração ao SUS, descaracterizam os aspectos fortalecedores da transformação dos hospitais universitários em fundações públicas de direito privado, amparado pela desvinculação das metas de profissionalização da gestão, de mudanças em sua cultura organizacional, do reconhecimento das especificidades da sua interface com a estrutura acadêmica (CARMO; ANDRADE; MOTA, 2007).

O mundo vivido no trabalho do HU sobre a perspectiva da construção e organização do hospital, apresentado e constituído nesta subcategoria, caracterizam os aspectos fortalecedores mais significativos apreendidos nos depoimentos dos entrevistados e que podem detectar a construção da identidade profissional da enfermagem do HU a partir de tais traços identificadores.

5.1.2 O mundo vivido no trabalho do HU: a auto-organização e a interação da equipe de enfermagem

Na elaboração desta subcategoria, ao considerar a percepção dos entrevistados, as relações estabelecidas no mundo vivido do ambiente de trabalho emergiram como aspectos identitários da profissão por meio de afinidades no trabalho em equipe, demonstradas nos relacionamentos existentes e nas trajetórias pessoais no HU.

Na construção de uma identidade profissional, os processos interativos tornam-se essenciais para as possibilidades identitárias, ao sofrer, continuamente, adaptações com as relações existentes no trabalho e nas atividades coletivas das organizações. Desse modo, com a articulação entre as transações objetivas e subjetivas, a identidade enquanto espaço e tempo geracional tende a confrontar-se com as distintas temporalidades das trajetórias individuais e coletivas, destacando a importância da interação destes sujeitos nas contribuições das abordagens sociológicas para a relevância histórica profissional (DUBAR, 2005).

Os laços de similaridades e afinidades reforçam a possibilidade de instituir ambientes que favoreçam boas relações e que estes se organizam como fundamentais para contribuir com o fortalecimento identitário nesse espaço, como descrito nas falas a seguir:

Eram muitos colegas mais antigos que já conhecíamos da época da academia e muitos que são meus colegas hoje foram meus professores, foram substitutos na época da faculdade (Enf8).

A vantagem é a afinidade que desenvolvemos por trabalhar juntos há anos. Já nos conhecemos, sabemos a linha de trabalho de todos (Enf5).

A necessidade de familiarizar e moldar o local organizacional, tanto o grupo profissional quanto o espaço de trabalho, torna-se perceptível pela existência de uma atmosfera de confiança e companheirismo entre seus sujeitos, com o intuito de convertê-lo em um ambiente hospitalar com clima mais saudável em seu tempo. Nesse aspecto, Lunardi Filho, Lunardi e Spricigo (2001, p.94) afirmam que

o espaço do *locus* de trabalho é percebido entre os trabalhadores, primeiramente, como o espaço no qual se estabelecem as relações intersubjetivas, o espaço da interação e convívio construído entre si, estabelecendo-se relações de amizade e de camaradagem. Percebe-se um deslocamento e não a substituição do espaço do convívio familiar para o espaço do local de trabalho, a firma como um segundo lar, ou seja, a apropriação pelo trabalhador do espaço público como espaço privado.

Nesse sentido de apropriação do espaço laboral, em uma relação de assimilar o ambiente laboral como próprio e privado, os laços interacionais são expressos pelos processos de socialização estabelecidos pelos grupos profissionais ao localizá-los no espaço e no tempo, como na locução:

O pessoal todo fala alto, grita, ri, brinca, é bem agitado até pela situação do local. O pessoal vem para cá com vontade de trabalhar e gosta do tipo de trabalho. O pessoal se adaptou, são mais agitados (Enf1).

O local de trabalho é um espaço contínuo em nossa existência e apresenta características que lhe torna específico e singular, podendo ser compreendido como um espaço do convívio familiar e de realização pessoal. Nesse contexto, a equipe de enfermagem é constituída por profissionais que permanecem grande parte do seu ciclo de vida coexistindo entre si e com outros funcionários da área da saúde no ambiente de trabalho, proporcionando ajuda quando necessário e permitindo a sua identificação de modo

singularizado ao desvelar os sujeitos, grupos ou equipes por meio dos valores agregados ao próprio trabalhador e seu trabalho.

Machado (2003), embasado nas ideias de Dubar, destaca que a construção da própria identidade ocorre por meio da participação dos outros nas interações sociais, com seus aspectos interpessoais relacionais nesses espaços de convívio. Neto; Ramos (2004) e Neto (2009) afirmam também que o indivíduo é fruto desse processo condicionado pelos mecanismos de socialização e constituído pelas interações formadas no meio social.

A partir desta ideia, Cunha (2007, p. 14) afirma que:

o homem não apenas é e está no mundo, mas se relaciona com este segundo um modo de ser. O ser humano existe em co-naturalidade com os outros, portanto, o *eu* nunca está só. O encontro com o outro é um elemento essencial e integral nas relações recíprocas do ser e do mundo.

A reciprocidade das relações entre os profissionais da equipe de enfermagem estão caracterizadas na interdependência dos mecanismos de interação e nas subjetividades dos sujeitos envolvidos nesse processo, como nas falas a seguir:

Ela é minha colega, já era minha conhecida, e se ofereceu para ajudar caso eu precisasse de alguma coisa. Na enfermagem existe um auxílio, apoio a quem está recém chegando, mesmo que alguns membros da equipe fiquem te analisando (Enf7).

Lembro de uma técnica de enfermagem mais antiga que deu uma grande força. Sabia bastante de maternidade e me ajudou nas coisas (Enf1).

Nós éramos doze enfermeiras e nos ajudávamos em função de todas as dificuldades serem comuns. Éramos com quem poderíamos contar (Enf4).

O profissional da saúde é um ser em constante relação consigo mesmo, com outras pessoas, elementos sociais e o espaço em que está inserido. Essas relações laborais podem possibilitar a realização dos membros da equipe através de atitudes mobilizadoras e participativas em prol do bem

comum, proporcionando melhores condições para o próprio indivíduo como para a coletividade que faz parte deste contexto.

Assim, o trabalhador sente-se importante e produtivo, contribuindo para o trabalho e sendo beneficiado pela realização dos seus anseios profissionais, necessários na concepção da qualidade de vida. Neste sentido, o trabalho pode influenciar na qualidade de vida dos profissionais da enfermagem, enquanto indivíduo na sociedade, e estes também podem influenciar na qualidade de vida no trabalho, enquanto rotina diária (FELLI; TRONCHIN, 2005). Os profissionais da enfermagem, portanto, podem vivenciar um processo contínuo de aprendizado e construção de si, frente ao seu ser e fazer, refletindo e conscientizando-se com a equipe frente às distintas situações cotidianas e frente às suas fortalezas, dificuldades e necessidades de constituir relações favoráveis. Tais aspectos podem ser compreendidos e observados na fala que segue:

Temos uma divergência de procedimento ou de conduta, sentamos, brigamos e chegamos a uma conclusão, um resultado bom para o paciente. Existe essa liberdade pessoal de se trabalhar. Não tenho que “engolir sapo” se não concordo. Como é um lugar que estamos sempre aprendendo, se reciclando, nos faz olhar sempre para esse lado de que nada é estático (Enf4).

Para Nepomuceno (2010, p. 60), alicerçado nas concepções de Dubar, são nas socializações proporcionadas nos ambientes interativos que o indivíduo atua sobre um mecanismo de constante “construção- desconstrução - reconstrução” de sua identidade ao interagir com outros. De tal modo, diante dessa convivência, os profissionais conjecturam o sentido para seu trabalho ao defender o seu pensamento e reflexão, por meio da troca e diálogo, mobilizando-se para o processo compartilhado de construção ou reformulação coletiva da estrutura organizacional.

Os indivíduos ocupam posições na sociedade, no ambiente de trabalho, na equipe, e como tal necessitam expressar seus desejos, habilidades, potencialidades, de modo a agir em seu interesse próprio e interagindo com os coletivos (OLINISKI, 2006). No transcorrer da apreciação dos dados, alguns

posicionamentos dos entrevistados indicam características que os identificam perante o grupo de enfermeiros, demonstram suas pretensões e repercutem suas idéias nas unidades com a estruturação e difusão de normas e rotinas.

Fundamentados em uma prática reflexiva, a tomada de decisões e a realização de ações cotidianas dos enfermeiros desencadeiam processos que organizam a sua equipe e traçam sua trajetória profissional, implicando a incorporação do conhecimento ao ganho de autonomia profissional (SCUCATO, 2004). O recorte abaixo ilustra esse processo:

O predominante nessa equipe é o respeito de umas pelas outras, principalmente o respeito pelo grupo. Temos reuniões periódicas em que certos assuntos são determinados, são tomadas decisões. Cada enfermeiro tem autonomia no seu turno. Todas as funções relativas aos funcionários são por turno. Os protocolos, as regras da unidade, a forma de funcionar, é para todos os turnos. As coisas foram naturalmente mudando (Enf5).

Deste modo, “apesar de serem todos profissionais, com saber e fazer próprios, cada indivíduo traz ao desenvolver suas relações, além do seu contexto pessoal, a realidade momentânea de suas atividades e sua história de vida” (CUNHA, 2007, p. 2). Cada sujeito que compõe este ciclo habitual conseguirá influenciar o grupo profissional ao constituí-lo sob uma base própria de significados e realização pessoal, de modo a fortalecer/positivo ou fragilizar/negativo o grupo, dependendo da trajetória biográfica de seus membros e as influências externas.

Em sobreposição às demais adversidades do cotidiano hospitalar, as relações nesses ambientes acabam por fortalecer os vínculos dos profissionais com o trabalho, satisfazendo-os enquanto indivíduos, e de uns membros com os outros, satisfazendo-os enquanto coletividade, ao explorar uma atmosfera de companheirismo e motivação ao grupo profissional. Associadas à existência de tais vínculos entre os sujeitos no trabalho e atrelados ao sentimento de pertença ao grupo, surgiram aspectos identitários da profissão estabelecidos nas relações do mundo vivido do ambiente de trabalho, representados na forma dos seguintes recortes:

Nos aproximamos. Fui me dando muito bem com eles no sentido de afetividade e harmonia do grupo. [...] Já passaram sete anos e, graças a Deus, temos uma harmonia muito grande no grupo. Hoje, conseguimos fazer um bom trabalho (Enf10).

No momento em que alguém esta com uma dificuldade o problema é nosso, porque somos uma unidade, uma equipe 24 horas, a equipe da enfermagem (Enf2).

A escuta, a presença, o envolvimento, a sensibilidade, a aproximação e o convívio entre os membros que compõem a equipe de saúde, fortalecem as ações de forma mais afetivas e humanas (GALLO, 2005). As relações constituídas no contato entre os membros auxiliam no equilíbrio profissional, conciliando o conhecimento, a mobilização e a cordialidade, tornando o convívio e o cultivo de ambientes mais saudáveis.

Outro ponto destacável pela mobilização do grupo profissional e pela relevância para a construção identitária da enfermagem do HU, mencionada pelos profissionais da enfermagem envolvidos nesses processos interativos e preocupados com o fortalecimento, estruturação e reconhecimento como grupo profissional, foi o engajamento em defesa da aquisição da jornada de 30 horas de trabalho em assistência de enfermagem e seis horas em atividades diversas de trabalho para a enfermagem do HU, também nomeada como a “Greve das 30 horas”.

Em abril de 2007, os técnico-administrativos do HU entraram em greve na luta pela redução da jornada de 40 para 30 horas semanais de trabalho em assistência de enfermagem e seis horas em atividades diversas de trabalho para a enfermagem do HU, em ação contrária à intensificação do volume de trabalho, grande incidência de atestados e licenças, devido a essa sobrecarga.

De acordo com os depoimentos, com a redução da jornada de trabalho, o grupo profissional visava proporcionar a ampliação da produtividade com a qualidade da assistência de enfermagem, a participação dos trabalhadores em cursos, eventos, projetos de pesquisa e reuniões, bem como a motivação dos profissionais, gerando maior participação e envolvimento, ambientes de trabalho mais harmoniosos, melhora nas relações interpessoais e na

organização dos ambientes organizacionais. Entretanto, tal movimento assentiu para a paralisação principalmente pela dificuldade de diálogo com a Direção do hospital e a Reitoria da FURG, gerando a mobilização em prol dos anseios do grupo profissional.

Embasados legalmente no Decreto nº 1590, de 10 de agosto de 1995, e no decreto nº 4836, de 9 de setembro de 2003, que altera a redação do art. 3º do Decreto nº 1.590, que dispõem sobre a jornada de trabalho dos servidores da Administração Pública Federal direta, das autarquias e das fundações públicas federais (BRASIL, 1995; BRASIL, 2003), os profissionais articularam uma proposta preliminar com o objetivo de aplicar a jornada de 30 horas semanais e 6 horas de aperfeiçoamento e capacitação atrelado ao Programa de Capacitação e Aperfeiçoamento e/ou as atividades complementares, como projeto-piloto, aos servidores técnico-administrativos em educação da Coordenação de Enfermagem do HU/FURG.

Ao ser consolidada em alicerces legais e jurídicos, bem como nos estudos sobre os servidores técnico-administrativos em educação lotados na Coordenação de Enfermagem do HU/FURG, a proposta visava àqueles que estavam envolvidos com a prestação direta de assistência de enfermagem, uma vez demonstradas as necessidades de serviços ininterruptos.

A greve das 30 horas reduziu um pouco da nossa carga horária (Enf1).

Fazíamos plantão de 12 horas e podíamos tirar duas folgas no mês. Hoje, com as 30 horas, temos mais folgas (Enf10).

As determinações da proposta foram acatadas pela Reitoria da FURG e, assim, implementou-se a jornada de 30 horas de trabalho em assistência de enfermagem e seis horas em atividades diversas de trabalho para a enfermagem do HU. No entanto, o Projeto de Lei nº 2295, de 11 de janeiro de 2000, que regulamenta a jornada máxima de 30 horas semanais para os profissionais de enfermagem de todo o país (BRASIL, 2000), ainda tramita no plenário da Câmara dos Deputados, em Brasília, há mais de uma década.

Com relação à exploração da temática que envolve a jornada de 30 horas semanais para os profissionais da enfermagem como condição necessária para a assistência de enfermagem segura e de qualidade, Pires *et al.* (2010) abordam em seu estudo, dentre outros pontos, que a defesa pelas 30 horas semanais apresenta-se como uma das características fortalecedoras para a construção e reconhecimento profissional, pela especificidade e complexidade do trabalho desenvolvido, exigindo condições revigoradoras para os profissionais em seu trabalho e para uma prática segura.

A determinação dos aliciados pelo movimento em interesse da causa, fomentada pelo companheirismo e mobilização, bem como a busca pelos seus ideais, determinaram o fortalecimento de um traço identitário do grupo perante a tradição da organização hospitalar, como vislumbrado nas falas:

Outro momento que tenho lembranças muito boas, maravilhosas, foi termos conseguido as 30 horas semanais para a enfermagem (Enf6).

Foi muito importante para enfermagem (Enf1).

Os benefícios para a profissão, para os profissionais e para os usuários dos serviços prestados no HU são especificados pelas entrevistadas nas ações em referência a aquisição das 30 horas semanais para a enfermagem na instituição. De acordo com as falas, as condições apropriadas de trabalho no ambiente hospitalar e o melhor atendimento aos usuários, muitas vezes, são refletidos negativamente pelo esgotamento profissional, em razão do estresse laboral vivenciado e as longas jornadas de trabalho, proporcionando riscos de danos e agravos a eles próprios e a assistência insatisfatória acarretada por profissionais exauridos.

Ao considerar o contexto socioeconômico, Paschoa; Zanej; Whitaker (2007) asseguram que muitos profissionais da área da saúde, em razão da jornada de trabalho, vivenciam desordens decorrentes da vida particular e das exigências que a profissão lhes atribui, o que gera desgaste físico e psicológico, comprometendo não só a sua qualidade de vida, mas suas atividades cotidianas, gerando dano à instituição e às atividades desenvolvidas.

Além disso, os depoimentos sobressaem tais ocasiões mobilizadoras como memoráveis e que, de certa forma, fortaleceram a identificação enquanto classe profissional na instituição perante a sociedade, pelo sentimento de fazer parte do grupo. Corroborando com tais aspectos, Dubar (2005) salienta que o conjunto de traços mobilizadores resulta da consciência de pertença ao grupo com o exercício de representar a profissão na sociedade perante suas atitudes e sua identificação com os integrantes, conduzindo os membros a auto-organizarem-se em prol de um interesse comum.

As ações dos profissionais sobre determinadas circunstâncias que modificam a identificação da profissão, diante da organização na qual está inserida, indicam o seu fortalecimento enquanto grupo, como visto nos fragmentos seguintes:

As 30 horas foi um ganho nosso (Enf8).

Foi uma vitória do grupo da enfermagem (Enf6).

A relação de companheirismo aponta como constitucional para mobilização dos grupos profissionais e que sejam cultivados apropriados relacionamentos no espaço de trabalho, aproximando-os a fim de esclarecer os pontos de afinidades e permitindo uma relação cordial que permita trocas mais agradáveis, visando melhorias e crescimento entre os envolvidos. Assim, o trabalho “mobiliza a personalidade individual e a identidade social do sujeito, cristaliza suas esperanças e sua imagem de Si, engaja sua definição e seu reconhecimento sociais” (DUBAR, 2005, p. 187). Nesse entendimento, as relações nos espaços hospitalares fortalecem o indivíduo, a coletividade e a profissão em prol de objetivos comuns que os aproximam cada vez mais intensamente ao satisfazer seus interesses, como nos depoimentos:

Nos momentos que precisamos estar unidos, nós conseguimos (Enf8).

Muitos não acreditavam que conseguiríamos, mas nós acreditamos muito (Enf6).

A mobilização do grupo é apresentada como um direito trabalhista, um símbolo social para reverenciar e reafirmar sua pertença e seu compromisso em defesa da categoria profissional perante a sociedade (PIRES *et al.*, 2010). Dessa forma, os mecanismos interativos dos grupos em defesa da jornada de trabalho de 30 horas semanais emergem como fortalecedores do processo de construção da identidade profissional da enfermagem no HU e proporcionam o reconhecimento pelos seus membros ao construir significados que vão ao encontro de suas identidades individuais e coletivas fortificados pelo comprometimento e caráter assumido.

No ambiente hospitalar, de modo a torná-lo mais saudável possível, propostas de qualidade de vida no trabalho tendem a valorizar o profissional, evidenciando sua participação na tomada de decisões, humanizando as relações de trabalho, reconhecendo o trabalho e suas atitudes, satisfazendo suas necessidades e as da instituição (FELLI; TRONCHIN, 2005, ZUZA; SILVA, 2007). Dessa forma, o desafio que emerge como essencial aos profissionais é proporcionar qualidade de vida no trabalho ao propiciar condições socializáveis e agradáveis de convivência no ambiente de trabalho, por meio de táticas mobilizadoras e implementação de ações que venham ao encontro das expectativas dos grupos e a promoção de atitudes que beirem as relações interpessoais satisfatórias.

5.2 TRAÇOS IDENTITÁRIOS DA ENFERMAGEM DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DR. MIGUEL RIET CORRÊA JR.: FRAGILIDADES NAS TRAJETÓRIAS PROFISSIONAIS DE ENFERMEIROS

Como implicação do processo de tratamento dos resultados, esta categoria compreendeu a divisão de duas subcategorias, “O mundo vivido no trabalho do HU: o afastamento docente-assistencial na enfermagem” e “O mundo vivido no trabalho do HU: (des)estruturas e (des)organizações físicas, materiais e humanas”, com particularidades agrupadas como fragilidades nas trajetórias profissionais de enfermeiros e demonstradas em referência aos seus traços identificadores.

5.2.1 O mundo vivido no trabalho do HU: o afastamento docente-assistencial na enfermagem

Esta subcategoria perpetra um resgate histórico por meio das trajetórias profissionais dos enfermeiros contemplando as características positivas e negativas na implementação, nas transformações e acontecimentos advindos para a construção do processo de Integração Docente-Assistencial (IDA) estabelecido entre os enfermeiros docentes do Departamento de Enfermagem⁵ da FURG e os enfermeiros assistenciais do HU.

Na década de 1980, estratégias para possibilitar modificações da educação no setor da saúde acarretaram uma maior vinculação entre os Hospitais Universitários e o Ministério da Saúde. Segundo Carmo; Andrade; Mota (2007), os órgãos governamentais exigiram dos Hospitais Universitários, instituições formadoras de profissionais da saúde, a prestação de práticas assistenciais diretas à população para sanar, ou amenizar, as indigências nacionais de saúde, em correspondência ao seu financiamento. Tornou-se imprescindível nesse momento a elaboração e planejamento de ações que fortalecessem as duas esferas, como a criação pelo governo do Programa de Integração Docente-Assistencial (IDA) definido como

a união de esforços em um processo de crescente articulação entre Instituições de Educação e de Serviços de Saúde adequados às necessidades reais da população, à produção de conhecimentos e à formação de recursos humanos necessários, em um determinado contexto de prática de serviços de saúde e de ensino (BRASIL, 1981).

Conforme o conceito, a IDA apresentava-se como uma saída para obter a essencial articulação entre docência e assistência, induzindo às modificações esperadas pelo processo de desenvolvimento e atrelamento das instituições de educação e dos serviços de saúde com a participação social. Emergiu como recurso empregado pelo país para aproximar o ensino e os serviços de saúde,

⁵ Desde 20 de agosto de 1975, os docentes do Curso de Enfermagem e Obstetrícia estavam dispersos entre os diferentes departamentos da Fundação Universidade Federal do Rio Grande (FURG). Em fevereiro de 1997 foi criado o Departamento de Enfermagem, integrando os docentes enfermeiros da instituição. Em 15 de agosto de 2009, a partir da reorganização da Universidade em unidades acadêmicas, foi criada a Escola de Enfermagem (SIQUEIRA, 2000b; ESCOLA DE ENFERMAGEM, 2012).

como uma iniciativa de planejamento para solucionar tal problema e para sanar as necessidades (BRASIL, 1981).

Sob esse panorama, nasceu também no HU, durante o seu processo inicial de construção e organização, a participação dos enfermeiros docentes do Curso de Enfermagem da FURG, movida pela necessidade de concretizar a estruturação e composição do hospital. A união em prol do interesse comum revigorou o processo de articulação entre a educação, o enfermeiros docentes do Curso de Enfermagem da FURG, e o serviço de saúde, o HU, ao adotarem essa atitude colaborativa e favorecer, ao mesmo tempo, a produção de conhecimentos e a formação de recursos humanos para a saúde.

Os entrevistados fazem referência a IDA ao enfatizarem que inicialmente em todas as unidades do hospital existia um supervisor docente com distintas responsabilidades perante aos setores e à instituição, exercendo uma função diferencial em relação próxima com os profissionais da assistência, com todo o trabalho de organização e de articulação com as equipes e os demais profissionais de saúde. Como no primeiro organograma do HU os supervisores das áreas eram os docentes, eles estavam continuamente dentro do hospital, habitavam os ambientes, experienciavam os acontecimentos, vivenciavam o surgimento das unidades e conviviam com os profissionais do hospital, compartilhando a ciência, proporcionando novos conhecimentos para as pessoas e estimulando-as a se renovarem:

Nós tínhamos um diferencial em relação ao que é hoje. Os professores da academia trabalhavam junto conosco, dentro da unidade. Em cada unidade tinha um supervisor docente que fazia todo o trabalho de organização, de união entre as equipes. Na Pediatria, que conheço mais, era a professora Fulana. Tínhamos um relacionamento muito bom, com a equipe, com as enfermeiras. Todo mundo gostava e respeitava muito ela. Da mesma forma, com a equipe médica e os residentes. Sempre foi uma pessoa bastante firme nas suas opiniões e trabalhou pelo bem da enfermagem. Era a ferrenha defensora da enfermagem. Tínhamos uma defensora, mas também muito justa quando o erro era nosso. Procurávamos fazer o melhor, mas arcávamos com as consequências, com responsabilidade. No início do hospital de ensino foi feita a Pediatria e contamos com ela, trabalhamos juntas por muitos anos (Enf5).

O modo interativo e focalizado das atividades nos serviços de saúde permite o desenvolvimento das tarefas requeridas e agilidade para a obtenção de tais processos, por meio de experiências adquiridas diante das atividades desempenhadas coletivamente, caracterizando os comportamentos e trocas de saberes e fazeres nesses ambientes laborais (CAETANO; DINIZ; SOARES, 2009). Os mecanismos de integração entre instituição de ensino superior e instituição de serviços de saúde devem tender a uma mesma finalidade, o propósito para a construção de laços entre os enfermeiros docentes, enfermeiros assistenciais, acadêmicos e usuários, com ambientes que os favoreçam cotidianamente em prol de um benefício comum, proporcionando processos constantes de troca de conhecimentos entre os grupos envolvidos (WERNECK *et al.*, 2010).

Conforme as falas, os setores foram todos criados com os docentes participando da montagem das unidades, elaboração do regimento e rotinas de cada área. Toda a parte administrativa organizacional dos setores do ambiente de saúde do hospital, como a criação dos protocolos, as folhas de registros, as orientações de comportamento de trabalho, a supervisão, a troca, as referências bibliográficas, foram decididas entre os profissionais da assistência e os professores.

A perpetuação de tais vínculos apresenta significados simbólicos diante do desenvolvimento institucional e da concepção identitária dos grupos profissionais, no que tange a própria estrutura física, os hábitos e os indivíduos, firmando as atuações do processo de integração entre enfermeiros docentes e enfermeiros assistenciais, na vinculação das instituições de educação e dos serviços de saúde (BECCARIA; TREVIZAN, 2006), e alicerçando o sentimento de pertença centrado na afetividade com o trabalho e com os indivíduos, na fidelidade e reciprocidade estabelecidas entre funcionário e empresa (DUBAR, 2005; DUBAR; TRIPIER, 2010).

Naquele momento da trajetória do hospital, a troca de saberes e fazeres fortaleceu os laços entre academia e assistência, pela possibilidade de atualização de ambos os envolvidos nesse processo, pelo sentimento e significação atribuída perante a dependência recíproca e cooperação no

planejamento e desenvolvimento das atividades, determinantes também para a construção e definição de traços identitários da enfermagem do HU.

Por mais que apareçam aspectos fortalecedores do processo de IDA constituída entre instituição de ensino e instituição de saúde, exalto que as fragilidades referidas sobre esta integração apresentam maior proeminência nos depoimentos. O processo de distanciamento dos docentes das atividades assistenciais desenvolvidas no hospital e dos profissionais da enfermagem, que neste ambiente desenvolvem suas atividades cotidianas laborais, determinou a elaboração dessa subcategoria de análise, devido às constantes menções dos entrevistados bem como o significado emocional atribuído ao mesmo.

De acordo com os depoimentos, o processo de distanciamento entre os enfermeiros docentes e os enfermeiros assistenciais ocorreu a partir da reorganização na direção do HU e uma mudança no organograma do hospital, as quais provocaram a depreciação da participação dos enfermeiros docentes nas estruturas diretivas e administrativas da instituição, minimizando o seu poder de decisão e de autonomia com a remoção da responsabilidade de supervisionar as unidades e as demais atividades que estavam sendo desenvolvidas do HU.

O ensino, a pesquisa e a extensão ficaram muito fragilizados com a mudança de organograma (2).

A partir desta contextualização, mencionam que esse processo acendeu o sentimento de desestímulo e a perspectiva de afastamento dos professores da academia do curso de enfermagem das atividades laborais da instituição de saúde, fragilizando o ensino, a pesquisa e a extensão diante da academia e proporcionando a “acomodação” dos profissionais da assistência que se distanciaram da capacitação, da qualificação e inovação, práticas muito incentivadas anteriormente pelos enfermeiros docentes.

Perante aos profissionais docentes e assistenciais da enfermagem, tal acontecimento promoveu a fragilização da sua identificação, dos vínculos estabelecidos, e proporcionou a desorganização das atividades e dos setores. Este fenômeno é caracterizado por Dubar (2005) como um movimento de

ruptura, pelo distanciamento dos grupos envolvidos e dualidade proporcionada ao contrariar os interesses dos profissionais, bem como um processo de bloqueio, pela ilegitimidade perante o afastamento e a exclusão dos docentes de suas atividades, repercutindo nos saberes agregados à profissão e aos profissionais assistenciais que permaneceram em atividade no hospital.

A separação das atividades profissionais diante da IDA promove um processo árduo de fragmentação da uniformidade perante os conhecimentos (saberes) e as práticas (fazeres) ao desestimular a reaproximação dos profissionais pelo entendimento de divergência das finalidades e posições, desqualificar as atividades de ensino e saúde (BECCARIA; TREVIZAN; JANUCCI, 2006).

Esta estagnação dos profissionais da assistência, citada por parte dos entrevistados, caracteriza-se antagonicamente ao significado de “abraçar a causa” ou “vestir a camiseta”, já referidos anteriormente na pesquisa, quiçá considerada pela familiarização com os enfermeiros docentes e o mecanismo fraternal prontamente rompido com tal separação. Dessa forma, a busca por informações, por conhecimentos, por documentação e fontes confiáveis, bibliográficas e reproduzidas em demais hospitais nacionais, que anteriormente tonificaram o praticar da enfermagem e qualificaram os serviços prestados pelos profissionais da saúde, emerge como uma fragilidade na trajetória dos enfermeiros assistenciais.

Os entrevistados salientam que o afastamento dos profissionais docentes e o rompimento dos laços estabelecidos com os enfermeiros assistenciais tornaram o processo IDA um empecilho pelo surgimento de situações cotidianas de disputa de poder, em virtude do vínculo que foi cortado, dos distintos ambientes de trabalho, da diferença salarial, da postura profissional de cada grupo profissional, pelo foco que a academia adotou sobre a pesquisa e alterou a formação dos acadêmicos. Desse modo, o afastamento proporcionou a desarticulação dos fins dos processos de trabalho de ambos, propiciando a construção de uma “barreira” entre a academia e o hospital, tanto no ensino para a formação de profissionais, quanto na prestação prática de serviços de saúde, como descrito na fala a seguir:

O HU deveria ser incluído nas atividades acadêmicas e a academia deveria estar mais próxima do HU. As relações deveriam ser mais ligadas, mas vemos que existe uma barreira. Praticamente é só uma porta que divide os dois locais, mas as barreiras são muito grandes. O HU, por ser um Hospital Universitário, tinha que estar mais próximo da academia (Enf10).

Essa dicotomia entre ensino e assistência é acentuada pelos profissionais de ambos os lados ao tentarem exercer controle uns sobre o modo e a qualidade dos serviços prestados pelos outros, ou seja, a academia subestimando os aspectos referentes aos profissionais do hospital e suas práticas assistenciais de enfermagem e os profissionais da assistência apreendendo a maneira como os profissionais docentes atuam e estão direcionando o ensino acadêmico.

Conforme as falas, com o surgimento de tais problemas, separações e conflitos entre enfermeiros docentes e os enfermeiros assistenciais, a academia direcionou seu foco e atividades para os acadêmicos e minimizou a assistência prestada no HU, enquanto que os profissionais assistenciais se envolveram somente com a parte hospitalar e desconsideraram a questão do ensino.

A participação inerte dos enfermeiros docentes nas rotinas assistenciais e o precário ensino dirigido para as atividades práticas no ambiente hospitalar proporcionam desavenças entre enfermeiros docentes e enfermeiros assistenciais perante a postura de cada grupo profissional referente ao assunto (BECCARIA; TREVIZAN, 2006).

De acordo com as falas, a academia tenta apoderar-se de uma superioridade perante o hospital de ensino ao introduzir novas técnicas de trabalho sem acolher sugestões dos enfermeiros assistenciais, incumbir funções não pertinentes a estes trabalhadores, julgar e apontar aspectos positivos e negativos no desenvolvimento do trabalho, tomar decisões e delegá-las aos enfermeiros assistenciais, de maneira verticalizada.

É muito fácil vir aqui, apontar o erro e sair falando, mas vir e tentar ajudar a minimizar o erro, tentar ver se conseguimos fazer de outra maneira, apontar soluções, ninguém vem para fazer. É muito fácil ver e criticar. [...]

Muitas decisões não são tomadas junto conosco, são delegadas de cima para baixo. O que a academia determina tem que ser e ponto. As coisas deveriam ser discutidas muito em conjunto (Enf8).

Os professores mais antigos desaprenderam. Querem nos usar quando vêm para o campo (Enf1).

A ausência de aproximação dos enfermeiros docentes com os enfermeiros assistenciais minimiza os processos interativos e participativos nas atividades práticas nos serviços de saúde, revelando-se com a insuficiência de opiniões, procedimentos, comportamentos, experiências e anseios, frustrando ambos profissionais ao não atingirem suas expectativas pela carência de mobilização para o desempenho das tarefas a fim de planejar transformações nos serviços de enfermagem (BECCARIA; TREVIZAN, 2006; BECCARIA; TREVIZAN; JANUCCI, 2006).

Os docentes, conforme os depoimentos, estão mais próximos e envolvidos com as atividades de pesquisa, na graduação e pós-graduação, do que com o ensino da enfermagem em si, desvalorizando a prática assistencial, tornando-se teóricos não afeitos com a rotina do HU e modificando o perfil dos enfermeiros formados nessa instituição.

Às vezes, fico me questionando com relação à área acadêmica e dá uma certa tristeza de ver a oportunidade que estão privando os acadêmicos com essa formação de agora. As pessoas já saem da faculdade pensando em especialização, mestrado, doutorado e docência. Não se tem mais essa trajetória, de cuidar do ser humano da forma como tínhamos na nossa formação acadêmica. Acho que isso vale para o currículo de uma pessoa, mas profissionalmente deve ter esse outro lado que as pessoas não estão enxergando (Enf4).

A academia está muito fraca por estar dirigida completamente a pesquisa, esquecendo que aqui temos doentes. Hoje, os enfermeiros não querem mais saber de doentes. Raramente eles vêm para cá. É uma área rica, cheia de coisas para fazer, mas, mesmo assim, não vem ninguém. Acho isso horrível (Enf1).

O pouco comprometimento dos enfermeiros docentes com a assistência direta aos usuários dos serviços de saúde lhes direciona para as demais

atividades que são exigidas cotidianamente, como as atribuições específicas de ensino, pesquisa e extensão, muitas vezes no próprio hospital, mas de maneira desarticulada dos serviços prestados pelos enfermeiros assistenciais (BECCARIA; TREVIZAN; JANUCCI, 2006).

Para Shimizu (1999), a estrutura da instituição de ensino e os serviços de saúde distanciam os profissionais envolvidos na IDA, devido ao grupo reduzido de enfermeiros docentes e sua sobrecarga de trabalho com as atividades de ensino, pesquisa e extensão, de graduação e pós-graduação, bem como as atividades cotidianas de trabalho dos enfermeiros assistenciais. Dessa forma, o autor compreende que existe a indigência de restituir as instituições de ensino e de saúde com aumento do plantel de profissionais (SHIMIZU, 1999).

De acordo com as falas, os docentes, bem como os futuros profissionais, muitas vezes não direcionam suas atenções à prestação direta de serviços aos doentes, descaracterizando o processo de trabalho assistencial da enfermagem, enquanto organização do trabalho da profissão. Ao adotarem tais características, proporcionam a desqualificação e afastamento do princípio histórico de construção da trajetória da enfermagem enquanto profissão.

No que tange a qualidade da formação de futuros profissionais, as falas acendem que os profissionais assistenciais, enquanto funcionários de uma entidade pública de educação, constantemente se preocupam com a formação dos alunos da instituição. Alegam que para o ensino da enfermagem ser de qualidade a assistência tem que ser de qualidade e que para a assistência ser de qualidade tem que estar ligada ao ensino.

Não sou enfermeira igual às enfermeiras da instituição X, que são estritamente assistenciais. Aqui é uma entidade de ensino e eu estava preocupada com a formação. [...] Acredito que poderia existir uma troca imensa da experiência nossa da prática com o que não temos da academia (Enf6).

As atividades integradas aos serviços de saúde devem propiciar aos acadêmicos os processos de IDA para a identificação subjetiva de suas potencialidades e fragilidades, além de viabilizar as experiências concretizadas

na realidade hospitalar ao conhecer os locais, rotinas diárias, procedimentos e afeiçoar-se (WERNECK *et al.*, 2010). Para isso, a estimulação do pensamento crítico e reflexivo dos acadêmicos constitui um mecanismo pedagógico importante para as atividades práticas de saúde ao possibilitar a implementação de ações viáveis, com base no contexto vivido (MENDES *et al.*, 2000; REIBNITZ; PRADO, 2003; MELLEIRO; TRONCHIN; CIAMPONE, 2005).

No entendimento dos autores Caetano; Diniz; Soares (2009), o desenvolvimento intelectual progressivo dos acadêmicos estimula-os a aprender praticando, explorando seus conhecimentos, potencialidades e atitudes perante as atividades. Salientam ainda que

o aluno deve ser formado sob a ótica de integralidade. Ao unirmos a técnica à ciência, o saber fazer ao saber por quê, vamos encontrar na proposta de diretrizes curriculares para a área da saúde a clara expressão dessa visão. Por isso, a formação do aluno requer habilidades cognitivas, técnicas e afetivas. Alcançar todos esses aspectos exige mais do que a transmissão de conteúdos das denominadas matérias de ensino. Requer todo um conjunto de ações e procedimentos dos agentes do processo educativo-docentes e profissionais de saúde articulados entre si. Nesse sentido, podemos reafirmar a necessidade do envolvimento de todos – docentes e profissionais de saúde – na formulação da proposta educativa (CAETANO; DINIZ; SOARES, 2009, p.643).

Com o acompanhamento dos estágios práticos, os próprios acadêmicos são favorecidos ao aprender o dia-a-dia da profissão em ambiente hospitalar com os enfermeiros assistenciais, uma vez que os enfermeiros docentes, em sua maioria, estão muitos anos afastados da assistência direta aos pacientes. Os enfermeiros assistenciais também seriam beneficiados ao ampliar o aprendizado de ambos envolvidos pela necessidade de constante atualização para a prática do ensino, motivando-os para a aprendizagem e o desenvolvimento das práticas.

Ao expressarem suas preocupações com a formação dos alunos, os entrevistados destacam também a inquietação perante a dupla responsabilidade, imposta em alguns momentos pelos docentes, de acompanhar os alunos e estarem trabalhando com a assistência direta aos pacientes, não dispondo de um tempo exclusivo para dedicarem-se aos alunos.

Na compreensão dos enfermeiros assistenciais como facilitadores do processo de IDA, o significado atribuído a esta função entusiasma os profissionais envolvidos pela extrema representativa no ensino-aprendizagem. Entretanto, a participação ativa dos enfermeiros assistenciais no processo de IDA apresenta dificuldades referentes à disponibilidade de tempo para executá-la e a sobrecarga de tarefas (CAETANO; DINIZ; SOARES, 2009).

A necessidade de reaproximação entre ensino e assistência é referida pelos entrevistados ao salientar que a presença ativa dos alunos, professores e usuários no ambiente hospitalar proporciona uma maior visualização dos problemas existentes, bem como as lacunas que precisam ser melhoradas, refletindo na qualidade da formação de futuros profissionais e qualidade na prestação de serviços de saúde.

Devemos sentar juntos e ver o porquê que não fazemos, se temos condições, se é possível aplicar. Tínhamos que ter uma cumplicidade, uma troca de conhecimentos maior e melhor. Uma aproximação (Enf8).

O processo de IDA proporciona maior integração entre enfermeiros docentes e enfermeiros assistenciais, como um importante desafio que deve ser superado ao facilitar a participação de ambos no processo de ensino-aprendizado dos acadêmicos (BECCARIA; TREVIZAN; JANUCCI, 2006). Esta integração está intrinsecamente constituída e percebida na fala a seguir:

Precisamos de uma interação maior entre todos, equipe médica, equipe de enfermagem, equipe da faculdade. Nós precisamos dos docentes tanto quanto eles precisam de nós (Enf8).

Estratégias para a articulação entre instituições acadêmicas e assistenciais de enfermagem devem ser empregadas para o desenvolvimento de troca contínua de conhecimentos, de informações e experiências, como a realização de fóruns de discussões e projetos de educação continuada, colaborando na capacitação pedagógica, desenvolvimento de estudos científicos e capacitação profissional (MENDES *et al.*, 2000; BECCARIA; TREVIZAN; JANUCCI, 2006).

Todos os enfermeiros, docentes e assistenciais, fazem parte de um mesmo hospital e, dessa forma, a necessidade de interação torna-se evidente para promover a aproximação, a troca de conhecimentos, de saberes e fazeres, a reconstrução de laços e afinidades. Somente com essa cumplicidade, compartilhamento das decisões, mobilização para as ações, projetos e pesquisas os serviços prestados a população na instituição serão enriquecedores e qualificados.

5.2.2 O mundo vivido no trabalho do HU: (des)estruturas e (des)organizações físicas, materiais e humanas

As transformações estruturais e organizacionais disponibilizadas no HU e relativas aos recursos físicos, materiais e humanos, diante das potenciais necessidades e disponibilidade para execução das atividades no hospital, estão caracterizadas no “mundo vivido no trabalho do HU: (des)estruturas e (des)organizações físicas, materiais e humanas”, como fragilidades para o desempenho profissional neste ambiente.

De maneira análoga aos fatores fortalecedores que caracterizaram alguns traços identitários da enfermagem e foram determinantes para a construção e organização do HU, como já evidenciado em subcategoria anterior, desde o primórdio do hospital o mundo vivido no trabalho esteve atrelado a alguns aspectos fragilizadores desta construção, perante os recursos físicos e materiais ofertados aos profissionais e à população.

No início do hospital, de acordo com alguns depoimentos, mesmo no período em que utilizavam as estruturas da ACSCRG e anteriormente à construção do prédio próprio do HU, a consciência dos profissionais de que mudanças seriam imprescindíveis, em consequência da necessidade de qualificação do atendimento prestado, tornaram indispensáveis as transformações estruturais e organizacionais disponibilizadas naquele momento. Entretanto, a presente apatia em relação às condições problemáticas de trabalho vivenciadas cotidianamente pelos profissionais, e consequente inadequado atendimento prestado, distinguiram os pontos fragilizadores desse processo.

Dentre as instabilidades referidas, os entrevistados destacam que as principais fragilidades nesse período condiziam com a precariedade e a escassez dos recursos humanos, materiais e tecnológicos utilizados.

Com relação ao dimensionamento de pessoal para a enfermagem, enfatizam que a ausência de profissionais no hospital era rotineira, principalmente nos períodos noturnos e nos finais de semana, sobrecarregando e responsabilizando um único enfermeiro pela supervisão de várias unidades concomitantemente, muitas vezes em locais que demandavam de conhecimentos extremamente específicos, sem contar com o apoio de outros enfermeiros e com longas jornadas de trabalho:

Recordo que em um plantão de doze horas, no domingo, eu era supervisora e sozinha atendia três unidades. Por muito tempo permanecemos correndo dentro das unidades (Enf3).

A constante deficiência existente no número de funcionários esteve atrelada ao quadro de pessoal da instituição nos primórdios do HU, associada aos parâmetros de normalidade da época. A sobrecarga de atividades adicionada a um único profissional e ao longo período dos plantões das supervisoras caracterizavam as atividades, pela complexidade dos setores, como inadequadas e insatisfatórias para a prática do processo de trabalho da enfermagem.

A partir das exigências do Conselho Regional de Enfermagem (COREN), os gestores dos hospitais locais ampliaram o número de profissionais nos setores e a dificuldade foi apaziguada. Com a resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), a partir da Resolução 293/2004, de 21 de setembro 2004, fixou e estabeleceu parâmetros para o dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem nas unidades assistenciais das instituições de saúde e assemelhados (COFEN, 2004).

A necessidade de utilização de critérios e parâmetros que determinem o dimensionamento de pessoal da enfermagem para os setores dos distintos locais de práticas dos processos de trabalho da enfermagem deve ser ponderada pela garantia de segurança dos profissionais envolvidos e dos usuários do sistema de saúde. Com a utilização do método de cálculo de

pessoal e a obtenção dos parâmetros exigidos, as atividades de planejamento, programação e priorização das ações de saúde serão desenvolvidas, proporcionando maior qualidade na assistência prestada (ANTUNES; COSTA, 2003).

No que tange às fragilidades da estrutura física no início do HU, os depoentes mencionam que a deficiência de espaço proporcionava uma miscelânea de pacientes clínicos e pacientes cirúrgicos nas unidades de internação, acomodação das crianças na pediatria separadas de seus pais e em leitos coletivos. Nesse contexto, sobressaía também a ausência de instalações, procedimentos e equipamentos básicos para o preparo e esterilização de materiais, como descrito nas falas:

Os materiais eram lavados dentro da unidade, não eram autoclavados, iam para o glutaraldeído e enxaguados com água. [...] Preparávamos a nutrição parenteral em uma mesa dentro da rouparia. Tinha estufa, depósito de material, tudo (Enf3).

Ao realizar uma pesquisa neste mesmo hospital, intitulada “Elementos da cultura de um hospital universitário: repercussões no comportamento organizacional”, de maneira semelhante aos depoimentos dos entrevistados na atual pesquisa, Ávila (2006, p.56) revela que

quando o hospital iniciou suas atividades, apesar de “novo”, oferecia condições precárias de trabalho, sendo a “lógica do improviso” a determinante de muitos dos processos de trabalho desenvolvidos, na época. A referência feita à precariedade das condições que eram disponibilizadas para a realização do trabalho remete a pensar-se na dificuldade, aparentemente diária, de alcance de resultados satisfatórios na produção de saúde. Dificuldade esta não entendida, pelos entrevistados, como definidora da impossibilidade de exercer suas atividades de maneira satisfatória, para os padrões da época, mas como “naturalmente” expressa e devendo ser amenizada, através da utilização de outras capacidades do universo intelectual do ser humano como a sua criatividade e capacidade de improviso.

As necessidades momentâneas perante as carências estruturais referidas demandaram dos profissionais a habilidade de improvisar e contornar situações cotidianas do trabalho que, ao invés de proporcionar incertezas e desqualificar o seu fazer, promoveram a satisfação dos trabalhadores, pelo

desenvolvimento do sentimento de utilidade, de responsabilidade e de participação na concretização dos processos de trabalho, como um desafio para o alcance dos objetivos (ÁVILA, 2006), corroborando com os anseios já descritos anteriormente na subcategoria referente à construção e organização do hospital.

As contemporâneas fragilidades físicas e estruturais referidas estão profundamente demonstradas pela desorganização nos processos de compras, licitações e controle de materiais, pelas mudanças estruturais infundáveis e pelas discontinuidades no HU. Com relação às dificuldades que envolvem as compras, licitações e controle de materiais, os entrevistados afirmam que a falta de especificação dos materiais e equipamentos do hospital, principalmente no momento de estarem licitando os mesmos, acentuam os processos fragilizadores para obtenção de produtos.

A marca que compram é muito ruim, não tem condições de ficar puncionando prematuros, crianças de 600 a 800 gramas, com aquele butterfly que é um horror (Enf5).

A relação estabelecida entre os custos e benefícios na aquisição de materiais e equipamentos para área da saúde, muitas vezes, constitui-se de maneira diferenciada pela péssima qualidade dos materiais, que proporcionam riscos à integridade física dos usuários dos serviços do hospital e possibilitam temeridades e insegurança aos profissionais, inviabilizando as práticas cotidianas e proporcionando a geração de desperdícios (VAGHETTI, *et al.*, 2011a).

A má qualidade dos materiais adquiridos pelas organizações públicas de saúde pode estar condicionada às premissas e diretrizes estabelecidas pela legislação para licitações públicas. Validados pela Lei 8666, de 21 de junho de 1993, que institui normas para licitações e contratos da Administração Pública e dá outras providências; pela Lei 8883, de 8 de junho de 1994, que regulamenta o art. 37, inciso XXI, da Constituição Federal, institui normas para licitações e dá outras providências; e pela Lei 9648, de 27 de maio de 1998, que altera os dispositivos das Leis nº 3890-A, de 25 de abril de 1961, nº 8666, de 21 de junho de 1993, nº 8987, de 13 de fevereiro de 1995, nº 9074, de 7 de julho de 1995, nº 9427, de 26 de dezembro de 1996, os processos de aquisição

de materiais estão regulamentados por meio de normas para licitações e contratos da administração pública (BRASIL, 1993; BRASIL, 1994; BRASIL, 1998a).

A legislação para licitações públicas determina a eficiência dos profissionais responsáveis na tomada de decisões por tais tarefas com a busca apropriada para a destinação dos recursos financeiros ao visar à obtenção do acréscimo ao maior dos resultados das organizações de saúde, pela relação de custo e de benefício bem como pelo mínimo valor unitário do serviço oferecido, e necessita acatar os limites da própria legislação (PAULUS JUNIOR, 2005).

Ao determinar tais atribuições, a qualidade das mercadorias adquiridas nos processos de aquisição de materiais para utilização em ambiente hospitalar pode não ser assegurada na busca pelos custos e benefícios que conduzem tais ações, muitas vezes, ao priorizar os custos e desconsiderar os benefícios, apresentando materiais com qualidade inferior a ambicionada (VAGHETTI, *et al.*, 2011a). As aquisições de itens de baixa qualidade dificultam a prática profissional, aumentam os desperdícios e proporcionam riscos aos profissionais e usuários dos serviços do hospital:

Entrava muita coisa que não era boa na hora de estarmos licitando. Via toda a dificuldade pela falta de especificação do nosso material no hospital (Enf2).

A necessidade da existência de profissionais capacitados para a aquisição de materiais, com conhecimentos amplos perante os aspectos técnicos e práticos do ambiente hospitalar específico, está regularizada pelo comprometimento destes com a qualificada seleção das mercadorias solicitadas e destinadas a utilização dos usuários dos serviços, manipulados pelos profissionais da saúde, exigindo uma visão crítica e treinamento apropriado para a captação de ofertas de produtos designados à saúde (PAULUS JUNIOR, 2005; INFANTE; SANTOS, 2007).

Os indispensáveis e significativos avanços para a organização e o provimento de materiais hospitalares tentam promover o intercâmbio e a simultaneidade das organizações públicas, dos processos de aquisição de materiais e dos profissionais que integram uma cadeia de padronização das

atividades e dos produtos, adotando o modelo de compras coletivas com grande quantidade de encomendas para conseguir preços inferiores e maior qualidade, como nos casos de pregões eletrônicos (INFANTE; SANTOS, 2007; VAGHETTI, *et al.*, 2011a). O processo de aquisição destes produtos deve seguir tendências disciplinares e modernas de iniciativas que propiciam a qualidade dos produtos particularizados pela incorporação da informatização de sistemas de mercadorias (PAULUS JUNIOR, 2005).

Outro aspecto fragilizador no mundo vivido no trabalho do HU e referido pelos entrevistados diz respeito às constantes obras para reestruturação das áreas físicas das unidades, que provocam descontentamento dos profissionais pelas práticas de “abrir e fechar buracos” em um mesmo espaço, conduzindo a um sentimento de falta de planejamento arquitetônico para a execução das atividades.

A área física só complica a nossa vida, nossa conduta frente tudo. Nos irrita muito ter ar condicionado e depois não ter, ora inventam de colocar esses canos por fora e depois precisam fazer um furo e botar o cano por dentro. Tira os bebês daqui e bota os bebês para lá. A FURG tem uma característica que adoram abrir e fechar porta, abrir e fechar buraco. Tudo que é modificação tem que se fazer na planta, mas não sei se isso passa pela cabeça deles. Se acham que devem abrir uma porta, eles fecham aqui e abrem ali. Se querem colocar um móvel e está atrapalhando a porta, mudam a porta de lugar. Vai ficando essa coisa da área física que nunca está pronta (Enf4).

Com tais “reorganizações” estruturais, os profissionais da enfermagem deparam-se com modificações provisórias e ergonomicamente inadaptadas, movimentação de leitos e usuários, constituição temporária de novas rotinas e práticas, elevada sujidade para ambiente hospitalar e trânsito de trabalhadores, materiais e equipamentos da construção civil, prejudicando o processo de trabalho dos profissionais da saúde e a prestação de atividades de saúde.

A inquietação e incômodo dos profissionais com as constantes deficiências dos serviços de apoio, mais precisamente a manutenção, associadas às modificações estruturais da instituição influenciam o funcionamento do hospital de maneira negativa ao expor os profissionais e

usuários dos serviços prestados nesses ambientes hospitalares aos riscos de uma construção civil e sujeira acumulada (GALLO, 2005).

Os profissionais entrevistados salientam que a ausência de participação dos profissionais da saúde - enfermeiros, médicos, técnicos e auxiliares de enfermagem - no planejamento das áreas físicas prejudica todo o processo de organização e estruturação hospitalar, muitas vezes ao desconsiderar o conhecimento dos trabalhadores envolvidos no próprio setor do hospital, desrespeitar os padrões exigidos pelos órgãos de fiscalização, proporcionar a desqualificação destes ambientes pelos transtornos acarretados pela necessidade de reformulação da unidade.

A possibilidade de criar espaços para a participação dos profissionais na resolução de problemas, considerando conhecimento individual, modos de pensar e agir, é necessária para interagir com todos os membros dos grupos envolvidos, em busca de benefícios que originem qualidade de trabalho e melhorias recíprocas entre os profissionais. Nesta perspectiva, a Gestão do Trabalho no Sistema Único de Saúde (SUS) trata das relações de trabalho a partir de uma concepção na qual a participação do trabalhador é fundamental para a efetividade e eficiência dos princípios norteadores do SUS, uma vez que

O trabalhador é percebido como sujeito e agente transformador de seu ambiente e não apenas um mero recurso humano realizador de tarefas previamente estabelecidas pela administração local. Nessa abordagem, o trabalho é visto como um processo de trocas, de criatividade, co-participação e co-responsabilização, de enriquecimento e comprometimento mútuos (BRASIL, 2012).

A participação dos profissionais da saúde no planejamento das áreas físicas está evidenciada no estudo de Gallo (2005, p.148), realizado no mesmo HU da FURG, como manifestação de inquietação e empenho coletivo ao evidenciar a necessidade de participação destes grupos profissionais nos projetos de melhoramento e aproveitamento das infraestruturas do hospital, visando potencializar os espaços e propiciar a agilidade dos serviços de construção. Salienta que a morosidade para o desempenho de tais tarefas “gera nos funcionários um descrédito em relação à direção, pois aguardam há muito tempo a mudança para uma área física adequada”.

Amparada nas concepções de Dubar, Santos (2010) salienta que para a determinação de traços característicos na construção social da identidade profissional e satisfação individual é necessária a participação dos membros envolvidos nas projeções e exemplos construtivos para a satisfação pessoal e do grupo profissional. Afirma que

a cultura profissional assenta num código interno criado através da interação social entre todos os atores do campo profissional, permitindo-lhes desenvolver uma identidade própria do seu grupo profissional. A este nível, o reconhecimento social é elaborado na ação e na comunicação profissional e estas são especificadas pelos contextos de intervenção, pelos atores significantes e pelos objetos da prática profissional. Isto significa, portanto, que uma parte importante da identidade profissional se constrói pela experiência, isto é, no exercício concreto da prática profissional em interação permanente com outros profissionais e forjada na diversidade de 'acordos' e 'desacordos' entre a identidade virtual (proposta ou imposta pelo outro) e a identidade real, interiorizada pelo indivíduo (SANTOS, 2010, p.132).

Os entrevistados, ao comentarem sobre a cultura da organização e sua repercussão nos valores, princípios e normas da instituição, referem-se à ruptura perante o desempenho profissional e às discontinuidades organizacionais dos serviços no HU, caracterizadas pelas influências exercidas na instituição. De acordo com Dubar (1998) e Dubar (2005), a construção da identidade profissional, estabelecida por processos constituídos nos moldes de ruptura, apresenta significados ao interromper com as expectativas coletivas em presença das conjunturas vivenciadas no trabalho, frustrando os membros envolvidos por gerar discordância entre o esperado e o que verdadeiramente acontecerá, caracterizando as discontinuidades dos serviços.

A partir desta contextualização, os entrevistados referem que os serviços públicos, como as instituições hospitalares das universidades, lidam com interferências políticas e partidárias que podem interromper o fluxo do trabalho anteriormente desenvolvido na instituição, a partir de outras concepções partidárias, em uma nova abrangência externa à instituição, sofrendo a descontinuidade das reestruturações e atividades organizacionais, desgastando os serviços e as relações das pessoas que estão nestes serviços:

Um grande problema da enfermagem dentro do HU é a falta de continuidade das coisas. Nós não nos valorizamos e acabamos perdendo tudo. Politicamente as coisas vieram e foram sendo engolidas. Nos desestimulamos (Enf6).

Bravo (2006), ao conjecturar sobre a situação política partidária e a sua interferência na área da saúde, afirma que as atividades governamentais demonstram incertezas organizacionais e mínimas perspectivas positivas ao ressaltarem ações em programas focalizados, desconsiderando a universalidade do sistema e a participação dos envolvidos. Nesta conjuntura, a pactuação partidária, os conflitos políticos e econômicos atrelados à cultura da organização, incorporados aos valores e às noções dos órgãos governamentais, dos seus gestores, dos profissionais da saúde e da própria população, diferenciam e proporcionam os processos constantes de descontinuidades dos serviços públicos desenvolvidos na área da saúde pela determinação de uma representação política e o vaivém de interesses pessoais.

Refletindo a partir das apreciações de Dubar (1998), Dubar (2005) e Dubar; Tripier (2010), a busca por finalidades próprias frente aos comportamentos profissionais corroboram com a deficiência de comprometimentos destas para com a instituição, rompendo com os valores e códigos de seriedade, harmonia e fidelidade à instituição, até então conferidos. A maneira como os profissionais se organizam em seu processo de trabalho é compreendido nas verbalizações dos entrevistados como mais um fator simbólico transformador e fragilizador.

A ocorrência de mudanças organizacionais internas no hospital, em diversas situações, também proporcionou o afastamento da gestão da instituição ou de determinados grupos de profissionais dos objetivos predeterminados para a otimização dos processos de trabalho, caracterizado pela descontinuidade:

Tínhamos que periodicamente ter reuniões para gerenciar a unidade. Não nos falamos, não nos vemos, não pensamos, não conversamos juntas (Enf10).

A percepção dos profissionais diante das suas responsabilidades nos processos de trabalho no HU corrobora com o alcance de possíveis estratégias que procurem distintas maneiras de organização interna das instituições públicas de saúde, fortalecidas pela mobilização de seus profissionais para viabilizar as práticas coletivas por meio da cooperação e minimizar o mito da inutilidade, descontinuidade ou ineficiência dos serviços públicos brasileiros, satisfazendo os princípios e diretrizes do SUS (VAGHETTI, 2008; VAGHETTI, 2011c).

A identificação dos profissionais com a instituição hospitalar faz com que estes se tornem realizados e satisfeitos ao valorizarem a si mesmos e a própria organização, comprometerem-se com as causas e dedicarem-se na busca pela reciprocidade dos benefícios agregados. No entanto, de maneira contrária, os conflitos produzem os processos de significação assinalados pelas rupturas e descontinuidades nos serviços públicos de saúde do país.

Ao mencionarem as desordens geradas pelos processos de descontinuidades nas atividades organizacionais do hospital, os entrevistados correlacionam tais conflitos a dificuldades cotidianas assinaladas nas condutas dos profissionais pela ausência de comprometimento e a perda do vínculo com o HU, ao romper com os objetivos e valores da instituição, anteriormente imbricados nas atitudes dos membros. Nesse sentido, Vaghetti *et al.* (2009) salientam que, ao romper com os objetivos e desconsiderar os valores da instituição, os profissionais desenvolvem um sentimento de independência perante seus processos de trabalho, as instituições de saúde, as políticas que norteiam os serviços e os códigos de ética profissionais.

Ao desenvolver as atividades conforme seus interesses e afinidades pessoais, por identificar que estão acima das metas coletivas, os servidores públicos podem proporcionar a remodelação dos significados atribuídos aos costumes e crenças da própria organização de saúde, sendo incorporados por outros profissionais do mesmo grupo profissional e espaço de trabalho pela sua concordância e acessibilidade (VAGHETTI *et al.*, 2009). Nesta perspectiva, um ponto direcionador é a percepção por parte dos profissionais da saúde de tais atitudes como sendo normais ou naturais, sem a visualização de estranhamento dessas situações. Tais acontecimentos podem advir devido a

atitudes habituais e cotidianas diante dos fatos, ou de certo modo, do comodismo, no qual não há intenção de modificá-los, podendo identificá-las como maneiras ética e moralmente inaceitáveis (LUNARDI, 2004).

A ausência de continuidade, as mudanças das atitudes e do empenho empregado nas atividades laborais cotidianas dos profissionais da saúde, ao longo de todo o período de estruturação do hospital, está impregnada de significados comportamentais que podem tender a fragilidades profissionais, como caracterizado na fala a seguir:

Sabemos que muitos colegas trabalhavam de um jeito quando eram FAHERG e depois que passaram no concurso, e viraram FURG, trabalhavam de outra maneira, em função da estabilidade. “Mostraram as garras” por se tornarem funcionários públicos (Enf8).

O regime de contratação pela FAHERG, categoria conduzida pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), para o funcionalismo público pela FURG, modalidade conduzida pelo Regime Jurídico Único (RJU), é descrito por Batista *et al.* (2005) como uma característica motivadora para os profissionais concursados, proporcionada pela própria estabilidade profissional diante da necessidade de segurança em relação às condições de trabalho abonadas e suas próprias exigências.

Entretanto, as mudanças ao enfrentar o mesmo cotidiano de trabalho e a maneira diferenciada de lidar com os seus compromissos laborais distinguem as transformações comportamentais dos servidores públicos, evidenciadas pela negligência, desinteresse e falta de comprometimento. Tais afirmações podem ser ainda evidenciadas no estudo de Ávila (2006) ao afirmar que a

estabilidade proporcionada ao servidor público somada à fragilidade da hierarquia de valores da instituição parecem ter viabilizado que elementos disfuncionais do comportamento (como a falta de comprometimento e o descaso) se instalassem e ganhassem força, trazendo consequências, principalmente, à eficácia dos serviços (ÁVILA, 2006, p. 81).

A comodidade proporcionada pela estabilidade dos servidores públicos repercute no desempenho profissional e na intensidade como estes encaram as atividades, conduzindo-os para o alcance de metas próprias. Desse modo, fragiliza os vínculos estabelecidos no serviço de saúde ao distanciarem-se dos

objetivos propostos pela instituição e gera descontentamento e insatisfação de alguns profissionais por sentirem-se sobrecarregados ao assumir as atividades abandonadas (GALLO, 2005; ÁVILA, 2006).

Dubar (2005, p.258) ao explorar alguns estudos e diferenciar aspectos referentes ao distanciamento profissional e a estabilidade no emprego, exalta que a característica comum entre todos os indivíduos está na ocorrência de que os mesmos “não tem nenhuma esperança de evolução profissional, nenhuma perspectiva profissional a não ser continuar no seu emprego e sobreviver na empresa”. Diferenciando-se da realidade proporcionada pelo regime de contratação, a estabilidade no HU e os riscos às desaprovações, o autor afirma que a identificação com a instituição e a necessidade de reconhecimento constantemente são contempladas para a conservação da estabilidade consolidada (DUBAR, 2005).

As deficiências perante o empenho nas atividades estão relacionadas à possibilidade do profissional assumir atitudes conforme seu próprio interesse, e também pautadas pela forma de vinculação contratual com a instituição enquanto servidor público brasileiro, deliberando a não realização dos serviços instituídos pelo hospital a estabilidade destes profissionais:

O que se passou com a imagem de estabilidade da FURG é que se pode “pintar e bordar”, de que na FURG ninguém vai para rua por qualquer coisa. Tem que fazer, incomodar muito, para ser demitido (Enf1).

A estabilidade profissional, garantida legalmente aos servidores públicos brasileiros, está firmada pela Lei 8112, de 11 de dezembro de 1990, conhecida popularmente como “Lei dos Servidores Públicos Federais”, que dispõe sobre o regime jurídico dos servidores públicos civis da União, das autarquias e das fundações públicas federais. De acordo com esta Lei, na seção V, e a Emenda Constitucional 19, de 04 de junho de 1998, o servidor certificado em virtude de concurso público e nomeado para o efetivo exercício da profissão será estabilizado no serviço público após três anos, por meio de avaliação do seu desempenho no período probatório. Salientam que o mesmo perderá o cargo em virtude de sentença judicial transitada em julgado, de processo administrativo disciplinar ou procedimento de avaliação periódica de

desempenho, sempre lhe assegurando ampla defesa (BRASIL, 1990; BRASIL, 1998b).

Os profissionais descontentes e descomprometidos com a sua profissão, suas atividades e a instituição sentem-se protegidos pela legislação imposta às organizações de saúde e ao regime de vinculação, enquanto servidor público, revestidos por um sentimento intangível de superioridade ao usufruírem os privilégios da estabilidade e estarem isentos de punição pelo descumprimento das obrigações. Tal dominação pode incitar os profissionais a permanecerem estagnados nesta realidade, continuando improdutivos e impunes diante das insuficiências profissionais (GALLO, 2005).

As atividades gerenciais com a finalidade fiscalizadora e repressora de condutas que infringem as normas e princípios nos serviços públicos de saúde estão permeadas de entraves que prejudicam e banalizam as atitudes transgressoras dos profissionais, diante da impunidade, da flexibilidade, do descontrole e da hesitação das medidas punitivas viáveis (GUIMARÃES *et al.*, 2011). De acordo com Ávila (2006, p.81), a legislação vigente para os servidores públicos federais do hospital harmoniza benefícios e “direitos” que “sobressaem descabidamente, quando colocados lado a lado dos deveres e das responsabilidades contidas na mesma legislação”.

A inexistência, imobilidade ou inaplicabilidade de medidas punitivas ou corretivas contra os transgressores dos serviços de saúde acendem nos profissionais que desempenham suas atividades de maneira ética e comprometida com o sistema, a instituição hospitalar, a profissão e a população um sentimento de descrédito e insatisfação por contrariar tais princípios (GALLO, 2005). Amparados pela legislação vigente, os servidores públicos, plenamente efetivados pelos seus direitos fundamentais e assegurados pela ampla defesa, podem recorrer para manterem-se nos seus cargos sempre que sofrerem qualquer tipo de advertência ou penalização disciplinar, exigindo a existência de circunstâncias extremas para as desaprovações.

Se fosse feita a cobrança de maneira eficaz no estágio probatório, sendo mais criteriosa, talvez algumas pessoas não tivessem passado (Enf8).

Conforme a legislação e alguns depoimentos, o período considerado como estágio probatório, enquanto processo selecionador de futuros servidores públicos, deve exigir dos profissionais o comprometimento com a instituição ao empenharem-se em prol dos objetivos e cumprir com os princípios preestabelecidos, necessitando assim de uma cobrança maior e mais criteriosa para a aprovação dos mesmos, não valorizando apenas os aspectos alusivos aos saberes práticos da profissão.

O profissional desenvolveu uma competência técnica bastante especializada, mas no decorrer deste desenvolvimento uma barreira comprimiu os locais de trabalho, fazendo com que as interações das pessoas diminuíssem consideravelmente (REHFELDT, 2003). No que tange a estabilidade no emprego e os saberes práticos da profissão, Dubar (2005) alega que, contrariamente aos processos de mutação e evolução profissional, a valorização da estabilidade por parte de alguns profissionais está permeada de significados que priorizam os saberes práticos como mecanismos compensatórios das suas “trajetórias estagnantes”.

Assim, “surge o mito de que a destreza manual e o conhecimento da técnica dos profissionais que atuam em ambiente tecnológico são insuperáveis e faz deles, profissionais mais valorizados e procurados, o que lhes confere maior respeito profissional” (CUNHA, 2007, p.25). As interações estabelecidas entre o profissional e instituição e entre os próprios profissionais envolvidos no processo de trabalho no ambiente hospitalar tornam-se superficiais e pouco significativas ao desconsiderar os laços significativos de socialização dos locais coletivos e supervalorizar o desempenho técnico.

Para Guimarães *et al.* (2011), a simples admissão nos serviços de saúde por meio de concurso público não suportam a avaliação dos comprometimentos dos profissionais antes de serem contratados, exaltando a necessidade de limites e impedimentos que evitem a impunidade nos serviços públicos durante o período probatório, precisando encontrar-se embasada em medidas administrativas ágeis para a resolução do problema com o acompanhamento completo e contínuo dos mesmos.

A percepção dos próprios servidores públicos de saúde, ao ingressarem no sistema, também deve estar pautada na compreensão de que sua

incumbência diante da profissão, órgãos governamentais e sociedade são maiores que a condição de estabilidade profissional e financeira (GUIMARÃES *et al.*, 2011). À medida que adéqua abonação ao emprego e a profissão pelas fortalezas proporcionadas, a estabilidade pode acender nos profissionais as significações de fragilidades organizacionais pelo descompromisso com as atividades cotidianas do seu processo de trabalho.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na inferência da pesquisa desenvolvida sobre a temática, buscou-se identificar como se mostra a construção identitária da enfermagem neste hospital. Dessa forma, o mundo vivido no trabalho do HU constituiu-se a partir dos dados coletados e da discussão realizada, evidenciando traços identitários da enfermagem deste hospital como fortalecedores e fragilizadores, percebidos pelo pesquisador e expostos pelos entrevistados.

Revelam que a identidade profissional do enfermeiro é construída continuamente no tempo e no espaço do cotidiano do ambiente hospitalar do indivíduo, como um processo dinâmico e transitório expresso ao longo da trajetória profissional de cada membro do grupo profissional, alicerçada por alguns traços explorados nesta pesquisa.

A incerteza perante a definição na construção da identidade profissional da enfermagem do HU torna-se evidente pela incompletude, pela complexidade dos aspectos das trajetórias profissionais dos enfermeiros que moldam tais significações e pelo imbricamento das características identitárias objetivas e subjetivas determinantes, permeadas por valores, crenças e símbolos atribuídos aos distintos caracteres das instituições de saúde e da categoria profissional. Dessa forma, reforço a reflexão de que os resultados apresentados não definem completamente a concepção da identidade da enfermagem do HU nos espaços e tempos individuais, mas engrandece e destaca a função social referida no início do estudo.

A fundamentação teórica e a abrangência da temática associados às opções metodológicas do estudo permitiram o processo de investigação e o embasamento dos conhecimentos sobre os traços identitários da enfermagem do HU pelas trajetórias profissionais de enfermeiros, ao proporcionar, por meio da história oral temática, o diálogo aberto entre entrevistador e os entrevistados no processo de rememoração de determinados períodos e locais, evidenciados na oralidade dos sujeitos.

Saliento tal agregação como expressiva para a pesquisa pelos referimentos de alguns entrevistados sobre o significado atribuído ao resgate histórico do HU, da enfermagem no hospital e a divulgação da enfermagem

como profissão determinante na construção do mesmo, bem como a maneira como foi preparado o material para a entrevista, o encaminhamento dos processos previstos na história oral temática e as possibilidades dialógicas da metodologia, fortalecendo o material coletado pelo aprofundamento e sentimento de confiabilidade ao verbalizarem as suas trajetórias profissionais.

A partir da categorização das fortalezas encontradas nas trajetórias profissionais dos enfermeiros, verificaram-se traços positivos e significativos para a construção da identidade profissional da enfermagem do HU com a construção e organização do hospital. Os pontos históricos foram marcantes para o processo de construção do hospital ao compreender as modificações organizacionais e estruturais a partir da criação da FAHERG, com a contratação dos primeiros enfermeiros, a transferência inicial para a área física do novo hospital e o primeiro processo seletivo com a realização de concurso público.

O sentimento de atribuição dos profissionais diante da construção e organização do hospital é evidenciado nos depoimentos pelo significado agregado à colaboração, a solidariedade e ao comprometimento destes para a concretização do HU, moldando a configuração identitária da instituição de acordo com os valores, crenças, símbolos e rituais estabelecidos nas relações laborais e organizacionais dos diversos ambientes do hospital. A importância perante a sociedade com a criação do hospital é percebida pelas necessidades de saúde daquele período, ao proporcionar a ampliação e qualificação dos serviços de saúde na região.

O processo de estruturação da UTI Neonatal é destacado na subcategoria pelas proeminentes menções dos entrevistados referentes à construção e organização da unidade. Entretanto, a incidência de depoimentos pode estar caracterizada pelo significativo número de entrevistados que atuam neste setor por um longo período de tempo. Apesar disto, os significados simbólicos caracterizados pela participação, mobilização e perseverança dos profissionais da UTI Neonatal, bem como a responsabilidade pela complexidade dos serviços desenvolvidos, lhes induzem a buscar atualização constante por meio da realização dos cursos, capacitações e visitas, o que

garante a estes o reconhecimento pela instituição, demais grupos profissionais dos outros setores e da população local.

No que diz respeito ao REHUF e a EBSEH, a incerteza perante os futuros rumos da instituição provocam nos profissionais sentimentos controversos, como otimismo e esperança, por visualizarem a necessidade de mudanças na atual realidade do hospital, e ansiedade e repúdio, pela precariedade de informações e insegurança diante das mudanças ocasionadas pela prestação dos serviços pela empresa. O sentimento de pertença é evidenciado pela busca por informações pertinentes e pela conservação do comprometimento dos profissionais, visualizando neste processo uma oportunidade de valorização pessoal, profissional e institucional, projetando a enfermagem no futuro do HU como uma profissão participativa e engajada com a instituição.

Com relação à auto-organização e a interação da equipe de enfermagem no HU constata-se que os vínculos criados a partir dos processos de socialização contribuem para o fortalecimento e construção da identidade profissional no espaço e tempo do hospital, proporcionando laços de afinidades e familiarização que afloram sentimentos e valores positivos, como companheirismo, reciprocidade, comprometimento, mobilização e participação em prol dos objetivos comuns.

Associado a existência de tais características, o grupo profissional engajou-se em defesa e aprovação da aquisição da jornada de 30 horas de trabalho em assistência de enfermagem e 6 horas em atividades diversas de trabalho para a enfermagem do HU, na busca por benefícios para a profissão e dos profissionais inseridos neste contexto. Por meio do fortalecimento dos seus ideais e interesse comum, com a redução da jornada de trabalho, os profissionais proporcionaram o reconhecimento dos seus membros pela instituição, demais grupos profissionais e população ao construir significados que combinam com suas percepções e fortificam o comprometimento coletivamente.

O processo de integração entre os enfermeiros docentes e os enfermeiros assistenciais na enfermagem da instituição esteve regulado por aproximações e afastamentos ao longo da construção e organização do HU. As

repercussões positivas dos momentos de IDA da articulação entre o setor da instituição de educação e o serviço de saúde, vivenciadas nos primórdios do hospital, foram extremamente marcantes e definidoras para a estruturação do HU, estabelecendo intensos vínculos e dependências com os profissionais ao compartilhar as trocas de saberes e fazeres do cotidiano do trabalho, atributos significativos para o desenvolvimento pessoal e coletivo e a construção identitária dos enfermeiros docentes e assistências.

Com o distanciamento entre os enfermeiros docentes e os enfermeiros assistenciais e o rompimento dos laços pré-estabelecidos, os profissionais de ambos os setores adaptaram-se a ausência do vínculo e direcionaram suas metas para caminhos distintos, criando impedimentos e conflitos que refletem uns no trabalho dos outros, acentuando a dicotomia entre ensino e assistência pela disputa de poder. Entretanto, os profissionais docentes e assistenciais desconsideraram o foco principal da instituição universitária, a formação de futuros profissionais da saúde, tanto os docentes ao aproximarem o ensino para as atividades de pesquisa e afastá-lo da prática hospitalar, quanto os assistenciais por dedicarem-se exclusivamente à prestação da assistência sem buscar a qualificação e o aprendizado pelo contato com os acadêmicos.

Diante destas considerações, a indispensável reaproximação dos enfermeiros docentes e dos enfermeiros assistenciais manifesta-se nas lacunas refletidas na formação e na prestação de serviços de saúde, decretando o atrelamento e a promoção de trocas de saberes e fazeres por meio do envolvimento e criação de atributos que conciliem e unifiquem os objetivos destes profissionais com ações socializáveis e enriquecedoras.

No que diz respeito às (des)estruturas e (des)organizações físicas, materiais e humanas, tanto no período de utilização da estrutura física da ACSCRG quanto no início do hospital, a necessidade de mudanças significativas esteve presente pela instabilidade fragilizadora, precariedade e insuficiência dos recursos utilizados nos processos de trabalho dos profissionais da saúde. Mesmo exaltado como aspecto negativo para a estruturação e organização das práticas do processo de trabalho da enfermagem, na atualidade do mundo vivido no trabalho do HU, o

dimensionamento de pessoal não representou um problema perante os depoimentos dos entrevistados.

No que tange às contemporâneas fragilidades físicas e estruturais do HU, destacam-se as desorganizações nos processos de compras, licitações e controle de materiais, as mudanças estruturais referentes às obras para reestruturação das áreas físicas e as rupturas e descontinuidades organizacionais dos serviços no HU. Todas as particularidades permanecem fortemente caracterizadas pelo insuficiente planejamento das atividades e ausência de participação dos profissionais da saúde nos processos decisórios, prejudicando o processo de trabalho dos profissionais e a prestação de atividades de saúde ao estarem impregnados de significados comportamentais que convergem às fragilidades profissionais.

Neste entendimento, a livre escolha perante as posturas e iniciativas para as atividades laborais, individualizadas pela carência de empenho e comprometimento, vincula-se a estabilidade profissional proporcionada aos profissionais. A falta de comprometimento e consciência de alguns profissionais estabilizados, perante a sua profissão e fazer, desqualificam as atividades desenvolvidas e depreciam a representação social dos serviços públicos, constantemente identificado pela estagnação dos seus profissionais.

Salienta-se a indignância de mudanças organizacionais e administrativas referentes às contratações destes profissionais, bem como iniciativas interativas que estimulem e promovam atitudes éticas e comprometidas com o hospital, os profissionais envolvidos e os usuários dos serviços, evidenciando a função social deste para com a população e a importância da participação dos mesmos na tomada de decisões para a qualificação dos processos coletivos.

Mesmo que existam lacunas no processo de desenvolvimento da pesquisa, evidencia-se a constante busca pelo avigoramento do conjunto dos enfermeiros do HU por meio do reconhecimento dos aspectos fortalecedores e fragilizadores desse processo, destacado nos traços identitários da enfermagem do hospital a partir dos aspectos subjetivos e objetivos das trajetórias destes profissionais. A necessidade de futuras investigações emerge da consciência de que novas vertentes e perspectivas devem ser aprofundadas para desvelar os processos significativos dos traços identitários dos

profissionais, bem como a construção identitária com as instituições hospitalares.

A pesquisa pode ainda transportar os conhecimentos como fonte informativa para a Direção do HU, bem como demais instituições hospitalares, visando à implementação de modificações que renovem alguns aspectos estruturais e organizacionais que tendem aos traços negativos caracterizados no cotidiano dos profissionais e, assim, explorem os traços positivos.

Para harmonizar o mundo vivido no trabalho do HU devem-se explorar os aspectos fortalecedores, motivando e aproximando-os à realidade dos profissionais, e converter os fragilizadores em ações coletivas que modifiquem e tonifiquem o grupo diante da organização, potencializando características desafiadoras favoráveis e otimizando as iniciativas que identificam os profissionais com a instituição e a profissão.

REFERÊNCIAS

ANGELIN, P.E. Profissionalismo e profissão: teorias sociológicas e o processo de profissionalização no Brasil. *Revista Espaço de Diálogo e Desconexão, Araraquara*, v. 3, n. 1, julho/dezembro 2010.

ANTUNES, A.V.; COSTA, M.N. Dimensionamento de pessoal de enfermagem em um hospital universitário. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, v. 11, n. 6, p.832-839, 2003.

ASSAD, L.G.; VIANA, L.O. Formas de aprender na dimensão prática da atuação do enfermeiro assistencial. *Rev. bras. enferm.*, v. 58, n. 5, p. 586-591, 2005.

ASSOCIAÇÃO DE CARIDADE SANTA CASA DO RIO GRANDE. Nossa história. Disponível em: <http://www.santacasarg.com.br/historia.php>. Acesso em: 28 de julho de 2012.

ÁVILA, G.G. Fontes. Elementos da cultura de um hospital universitário: repercussões no comportamento organizacional. 100 folhas. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-graduação em Enfermagem. Fundação Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande, 2006.

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa, Portugal: Edições 70, 1979.

BAPTISTA, S.S.; BARREIRA, I.A. *A luta da enfermagem por um espaço na universidade*. Rio de Janeiro (RJ): Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1997.

_____. Enfermagem de nível superior no Brasil e vida associativa. *Rev. Bras. de Enferm.*, v. 59, especial, p. 411-416, 2006.

BARREIRA, I.A. *A enfermeira Ana Néri no país do futuro: a aventura de luta contra a tuberculose*. 1992. Tese de doutorado - Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ. Rio de Janeiro.

_____. Memória e história para uma nova visão da enfermagem no Brasil. *Rev. latino-am. enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 7, n. 3, p. 87-93, julho 1999.

BARREIRA, I.A.; SAUTHIER, J.; BAPTISTA, S.S. O movimento associativo das enfermeiras diplomadas brasileiras na 1ª metade do século 20. *Rev. Bras. Enferm.*, v. 53, n. 4, p. 157-73, abril-junho, 2001.

BARREIRA, I.A. *et al.* Primeira república: a implantação da enfermagem laica e seus desdobramentos (1889-1930). In: PADILHA, M.I.; BORENSTEIN, M.S.; SANTOS, I. (Orgs). *Enfermagem: história de uma profissão*. São Caetano do Sul (SP): Difusão Editora, 2011.

BATISTA, A.A.V. *et al.* Fatores de motivação e insatisfação no trabalho do enfermeiro. *Rev. Esc. Enferm. USP*, v. 39, n. 1, p.85-91, 2005.

BECCARIA, L.M.; TREVIZAN, M. A. Ações do processo de integração docente-assistencial entre um curso de graduação em enfermagem e um hospital de ensino. *Arq. Ciência e Saúde*, v. 13, n. 2, p.87-94, abril/junho 2006.

BECCARIA, L.M.; TREVIZAN, M.A.; JANUCCI, M.J. Integração docente-assistencial entre um curso de enfermagem e um hospital de ensino: concepção do processo sob a ótica de docentes, alunos e enfermeiros. *Arq. Ciência e Saúde*, v. 13, n. 3, julho/setembro 2006.

BERNARDINO, E.; FELLI, V.E.A. Saberes e poderes necessários à reconstrução da enfermagem frente a mudanças gerenciais num hospital de ensino. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, v. 16, n. 6, p. 1032-1037, 2008.

BOCK, L.F. *et al.* A organização da enfermagem e da saúde no contexto da idade contemporânea (1930-1960). In: PADILHA, M.I.; BORENSTEIN, M.S.; SANTOS, I. (Orgs). *Enfermagem: história de uma profissão*. São Caetano do Sul (SP): Difusão Editora, 2011.

BOULARD, I.B.; LANZA, M.B.F. Identidade das pessoas e das organizações. *Revista Administração e Diálogo*, v. 9, n. 1, p.1-18, 2007.

BRAGA, A.T.; MELLEIRO, M.M. Percepção da equipe de enfermagem acerca de um serviço de educação continuada de um Hospital Universitário. *Rev Esc Enferm USP*. v. 43, Esp. 2, p.1216-20, 2009.

BRASIL, SENADO FEDERAL. Lei 5.905/73, de 12 de julho de 1973: Dispõe sobre a criação dos Conselhos Federal e Regionais de Enfermagem e dá outras providências. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília (DF), 13 julho 1973.

_____, Ministério da Educação e Cultura. Secretaria de Ensino Superior. Programa de Integração Docente-Assistencial (IDA). Brasília (DF): MEC-SESU-CCS; [Caderno de Ciências da Saúde, 3];1981.

_____, SENADO FEDERAL. Lei 7.498, de 25 de junho de 1986: Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília (DF), 30 junho 1986.

_____. *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Contém as emendas constitucionais posteriores. Brasília (DF): Senado, 5 de outubro 1988.

_____, SENADO FEDERAL. Lei nº 8112, de 11 de dezembro de 1990: Dispõe sobre o regime jurídico dos servidores públicos civis da União, das

autarquias e das fundações públicas federais. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília (DF), 11 de dezembro de 1990.

_____, SENADO FEDERAL. Lei nº 8666, de 21 de junho de 1993: Regulamenta o art. 37, inciso XXI, da Constituição Federal, institui normas para licitações e contratos da Administração Pública e dá outras providências. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília (DF), 21 de junho de 1993.

_____, SENADO FEDERAL. Lei nº 8883, de 8 de junho de 1994: Altera dispositivos da Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993, que regulamenta o art. 37, inciso XXI, da Constituição Federal, institui normas para licitações e dá outras providências. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília (DF), 8 de junho de 1994.

_____, SENADO FEDERAL. Decreto nº 1590, de 10 de agosto de 1995: Dispõe sobre a jornada de trabalho dos servidores da Administração Pública Federal direta, das autarquias e das fundações públicas federais, e dá outras providências. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília (DF), 10 de agosto de 1995.

_____. Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996: Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília (DF), 20 de dezembro de 1996a.

_____, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS: Dispõe sobre as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União*, Brasília, 10 de outubro de 1996b.

_____, SENADO FEDERAL. Lei nº 9648, de 27 de maio de 1998: Altera dispositivos das Leis nº 3890-A, de 25 de abril de 1961, nº 8666, de 21 de junho de 1993, nº 8987, de 13 de fevereiro de 1995, nº 9074, de 7 de julho de 1995, nº 9427, de 26 de dezembro de 1996. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília (DF), 27 de maio de 1998a.

_____, SENADO FEDERAL. Emenda constitucional nº 19, de 4 de junho de 1998: Modifica o regime e dispõe sobre princípios e normas da Administração Pública, servidores e agentes políticos, controle de despesas e finanças públicas e custeio de atividades a cargo do Distrito Federal, e dá outras providências. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília (DF), 4 de junho de 1998b.

_____, CÂMARA DOS DEPUTADOS. Projeto de Lei nº 2295, de 11 de janeiro de 2000: Dispõe sobre a jornada de trabalho dos Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem. Disponível em: <http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=17915>

_____, SENADO FEDERAL. Decreto nº 4836, de 9 de setembro de 2003: Altera a redação do art. 3º do Decreto nº 1.590, de 10 de agosto de

1995, que dispõe sobre a jornada de trabalho dos servidores da Administração Pública Federal direta, das autarquias e das fundações públicas federais. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília (DF), 9 de setembro de 2003.

_____, SENADO FEDERAL. Decreto nº 7082, de 27 de janeiro de 2010: Institui o Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais- REHUF, dispõe sobre o financiamento compartilhado dos hospitais universitários federais entre as áreas da educação e da saúde e disciplina o regime da pactuação global com esses hospitais. . *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília (DF), 27 de janeiro de 2010.

_____, MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. *Fundação Universidade Federal do Rio Grande – Hospital Universitário Prof. Miguel Riet Corrêa Jr.* Disponível em: portal.mec.gov.br/sesu/arquivos/pdf/hmigu.pdf. Acesso em: 20 de junho de 2011.

_____, MINISTÉRIO DA SAÚDE. *A Gestão do Trabalho no SUS.* Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=1013. Acesso em 02 junho de 2012.

BRAVO, M.I.S. Política de Saúde no Brasil. In: MOTA, A. E; BRAVO, M.I. de S.; UCHÔA, R.; *et al.*, (orgs). *Serviço Social e Saúde. Formação e trabalho profissional.* São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, ABEPSS. Cortez, 2006.

BRITO, M.J.M. *et al.* Os estágios identitários de uma enfermeira- gerente: uma abordagem piagetiana. *Texto Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 15, n. 2, p. 212-221, 2006.

_____. Traços identitários da enfermeira-gerente em hospitais privados de Belo Horizonte, Brasil. *Saúde sociedade*, v.17, n. 2, p. 45-57, 2008.

CAETANO, J.A.; DINIZ, R.C.M.; SOARES, E. Integração docente-assistencial sob a ótica dos profissionais de saúde. *Cogitare Enfermagem*, v.14, n.4, p.638-44, outubro/dezembro 2009.

CARMO, M.; ANDRADE, E.I.G; MOTA, J.A.C. Hospital universitário e gestão do sistema de saúde – uma trajetória positiva de integração. *REME – Rev. Min. Enf.*; v.11, n.4, p.387-394, outubro/dezembro 2007.

CARVALHO, A.C. *Associação Brasileira de Enfermagem, 1926-1977: documentário.* Brasília: ABEn Nacional, 2006.

COFEN. *Conselho Federal de Enfermagem. Resolução nº 293, de 21 de setembro de 2004:* Fixa e estabelece parâmetros para dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem nas instituições de saúde e assemelhados. Rio de Janeiro (RJ), 21 de setembro de 2004.

COFEN. *Conselho Federal de Enfermagem. 30 horas semanais*. Disponível em: <http://site.portalcofen.gov.br/node/4134>. Acesso em: 31 de julho de 2011.

COSTA, A.V.F. Políticas de formação docente: possibilidades em nível médio e Superior, em busca de uma identidade profissional. *VI Seminário da Redestrado - Regulação Educacional e Trabalho Docente - Eixo Temático I - Políticas educativas na América Latina: conseqüências sobre a formação e o trabalho docente*, 2006.

CUNHA, P.J. As relações interpessoais nas ações de cuidar em ambiente tecnológico hospitalar. 2007. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2007.

DENZIN, N.K.; LINCOLN, Y.S. (Orgs). *O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens*. Porto Alegre: Artmed, 2006.

DUBAR, C. Trajetórias sociais e formas identitárias: alguns esclarecimentos conceituais e metodológicos. *Educ. Soc.* [online], v.19, n.62, p. 13-30, 1998.

_____. A sociologia do trabalho frente à qualificação e à competência. *Educ. Soc.* [online], v.19, n.64, p. 87-103, 1999.

_____. *A socialização: construção das identidades sociais e profissionais*. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

DUBAR, C.; TRIPIER, P. *Sociologie des professions*. 2ª ed. Paris, Armand Colin, 2010.

ESCOLA DE ENFERMAGEM. Universidade Federal do Rio Grande.

Um pouco da nossa história ... Disponível em:

http://www.eenf.furg.br/index.php?option=com_content&view=article&id=56&Itemid=36. Acesso em: 29 de julho de 2012.

FAHERG. *Fundação de Apoio ao Hospital de Ensino do Rio Grande*. Disponível em: http://www.faherg.org.br/site/?n_link=introducao. Acesso em: 20 de junho de 2011.

FELLI, V.E.A.; TRONCHIN, D.M.R. A qualidade de vida no trabalho e a saúde do trabalhador de enfermagem. In: KURCGANT, P. (Coord.); TRONCHIN, D.M.R. et. al. *Gerenciamento em Enfermagem*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. p. 89 – 107.

FERREIRA, N.S.A. As pesquisas denominadas 'estado da arte'. In: *Revista Educação e Sociedade*, nº 79. Campinas: CEDES, 2002.

GALLO, C.M.C. Desvelando fatores que afetam a satisfação e insatisfação no trabalho de uma equipe de enfermagem. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande, 2005.

GEOVANINI, T. et al. *História da enfermagem: versões e interpretações*. Rio de Janeiro: Livraria e Editora Revinter Ltda; 2009.

GUIMARÃES, A.T. et al. Gerenciamento do pessoal de enfermagem com estabilidade no emprego: percepção de enfermeiros. *Rev. Bras. Enferm.*, Brasília, v.64, n.5, p.905-11, setembro/outubro 2011.

GUTIÉRREZ, M.G.R. Acompanhamento e avaliação da pós-graduação no Brasil: retrospectiva histórica da representação da enfermagem. *Rev. Bras. De Enferm.*, v. 54, n. 2, p. 161-72, 2001.

HU/FURG. *Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Jr.* História. Disponível em: http://www.hu.furg.br/index.php?option=com_content&view=article&id=1&Itemid=2. Acesso em: 20 de junho de 2011.

INFANTE, M.; SANTOS, M.A.B. A organização do abastecimento do hospital público a partir da cadeia produtiva: uma abordagem logística para a área de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.12, n.4, p.945-954, 2007.

KLETEMBERG, D.F. et al. O fascínio da ciência na área da saúde (1960-1990). In: PADILHA, M.I.; BORENSTEIN, M.S.; SANTOS, I. (Orgs). *Enfermagem: história de uma profissão*. São Caetano do Sul (SP): Difusão Editora, 2011.

LUNARDI, V.L. et al. O cuidado de si como condição para o cuidado dos outros na prática de saúde. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v.12, n.6, p.933-939, novembro/dezembro de 2004.

LUNARDI FILHO, W.D.; LUNARDI, V.L.; SPRICIGO, J. O trabalho da enfermagem e a produção da subjetividade de seus trabalhadores. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v.9, n.2, p.91-96, março 2001.

MACHADO, H.V. A Identidade e o Contexto Organizacional: Perspectivas de Análise. *RAC*, Edição Especial, p. 51-73, 2003.

MAHEIRIE, K. Constituição do sujeito, subjetividade e identidade. *Interações*, v. 7, n. 13, p. 31-44, janeiro-junho 2002.

MALISKA, I.C.A. et al. A organização da enfermagem e da saúde no contexto da idade contemporânea: a revolução tecnológica (1990-2008). In: PADILHA, M.I.; BORENSTEIN, M.S.; SANTOS, I. (Orgs). *Enfermagem: história de uma profissão*. São Caetano do Sul (SP): Difusão Editora, 2011.

MARTINS, C. et al. Perfil do enfermeiro e necessidades de desenvolvimento de Competência profissional. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, v. 15, n. 3, p.472-8, julho/setembro 2006.

MATTA, G.C.; LIMA, J.C.F. Introdução. In: MATTA, G.C.; LIMA, J.C.F. (Orgs). *Estado, Sociedade e Formação Profissional em Saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS*. Rio de Janeiro: Fiocruz/EPSJV, 2008.

MEIHY, J.C.S.B.; HOLANDA, F. História Oral: como fazer, como pensar. 2ª ed. São Paulo: Contexto, 2010.

MEIRELLES, A.L.B. Ciências da Saúde. In: ALVES, F.N. (Org). *Fundação Universidade Federal do Rio Grande: 35 anos a serviço da comunidade*. Rio Grande: Editora da FURG, 2004.

MELLEIRO, M.M.; TRONCHIN, D.M.R.; CIAMPONE, M.H.T. O planejamento estratégico situacional no ensino do gerenciamento em enfermagem. *Acta Paulista de Enfermagem*, v.18, n.2, p.165-71, 2005.

MENDES, I.A.C. *et al.* Contribuição das disciplinas da organização de aprendizagem ao processo de parceria docente-assistencial na enfermagem. *Rev. Latino-americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v.8, n.2, p.47-52, abril 2000.

NASCIMENTO, E.F.; GOMES, R. Marcas identitárias masculinas e a saúde de homens jovens. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 7, p. 1556-1564, julho 2008.

NEPOMUCENO, M.D.B. *Identidade em movimento A militância migrante no movimento dos trabalhadores rurais sem terra: potencialidades [trans]formativas do encontro intercultural*. 2010. Dissertação (Mestre em Ciências da Educação) - Universidade de Lisboa. Portugal.

NETO, G. Z. *Socialização e educação profissional : um estudo do Proeja - Cefetes*. 2009. Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade Federal do Espírito Santo. Vitória.

NETTO, L.F.S.A.; RAMOS, F.R.S. Considerações sobre o processo de construção da identidade do enfermeiro no cotidiano de trabalho. *Rev. Latino-am. Enfermagem*, v. 12, n. 1, p. 50-7, janeiro/fevereiro 2004.

NEVES, L.A. Memória, história e sujeito: substratos da identidade. *História Oral*, n. 3, p.109-16, 2000.

OGUISSO, T. *Trajatória histórica e legal da enfermagem*. 2ª ed. Barueri: Manole, 2007.

OLINISKI, S.R. A relação entre o cuidado de si dos profissionais de saúde e seu ambiente de trabalho: um enfoque nas interações humanas. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2006.

OLSCHOWSKY, A. Integração docente assistencial: um estudo de caso. Ribeirão Preto. 179p. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 1995.

PADILHA, M.I.C.S.; VAGHETTI, H.; BRODERSEN, G. Gênero e enfermagem: uma análise reflexiva. *Revista de Enfermagem UERJ*, v. 14, n. 2, p. 292-300, maio 2006.

PAIM, L. Formação de enfermeiros no Brasil na década de 70. *Rev Bras de Enferm.*, v. 54, n. 2, p 185-96, 2001.

PAIXÃO, W. História da Enfermagem. 5ª ed. Rio de Janeiro: Julio C. Reis Livro, 1979.

PASCHOA, S.; ZANEI, S.S.V.; WHITAKER, I.Y. Qualidade de vida dos trabalhadores de enfermagem de unidades de terapia intensiva. *Acta Paulista de Enfermagem*, v.20, n.3, julho/setembro de 2007.

PAULUS JUNIOR, A. Gerenciamento de recursos materiais em unidades de saúde. *Revista Espaço para a Saúde*, Londrina, v.7, n.1, p.30-45, dezembro 2005.

PIRES, D. *et al.* Jornada de 30 horas semanais: condição necessária para assistência de enfermagem segura e de qualidade. *Revista Enfermagem em Foco*, v.1, n.3, p.114-118, 2010.

PONTE, J.P.; OLIVEIRA, H. *Remar contra a maré: a construção do conhecimento e da identidade profissional na formação inicial*. 2002. Departamento de Educação e Centro de Investigação em Educação. Faculdade de Ciências da Universidade de Lisboa. Portugal.

PONTE, J. P.; OLIVEIRA, H.; VARANDAS, J. M. O contributo das tecnologias de informação e comunicação para o desenvolvimento do conhecimento e da identidade profissional. In D. Fiorentini (Ed.). *Formação de professores de Matemática: Explorando novos caminhos com outros olhares*. Campinas: Mercado de Letras, 2003.

PORTO, F.R.; SANTOS, T.C.F. A enfermeira Brasileira na mira do clique fotográfico (1919-1925). In: Porto, F.R.; Amorim, W.M. (Orgs). *História da enfermagem brasileira: lutas, ritos e emblemas*. Rio de Janeiro (RJ): Águia Dourada, 2007.

REIBNITZ, K.S.; PRADO, M.L. Criatividade e relação pedagógica: em busca de caminhos para a formação do profissional crítico criativo. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília (DF), v.56, n.4, p.439-442, julho/agosto 2003.

SANTOS, M.T.T.; *et al.* Revisão da prática assistencial em uma unidade de saúde: experiência desenvolvida em um projeto de integração docente-assistencial. *Rev. Latino-americana de Enfermagem* - Ribeirão Preto, v.3, n.2, p.5-17, julho 1995.

SANTOS, T.C.F.; BARREIRA, I.A. *O poder simbólico da enfermagem norte-americana no ensino da enfermagem na capital do Brasil: 1928-1938*. Rio de

Janeiro (RJ): Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2002.

SANTOS, S.R. Cultura nas instituições de saúde e suas relações com a identidade individual. *Cogitare Enferm*, v.12, n. 2, p.229-35, abril/junho, 2007.

SANTOS, C. A Construção Social do Conceito de Identidade Profissional. *Interações*, Coimbra, v. 1, n. 8, p.123-44, novembro 2010.

SCUCATO, R. *As significações sobre autonomia e cuidado de si vivenciadas pelo enfermeiro no cotidiano de ações e interações*. 2004. 100f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2004.

SECAF, V.; KURCGANT, P. A cultura organizacional segundo a percepção de chefes de serviços de enfermagem de hospitais de diferentes grupos étnicos. *Rev. Esc. Enferm. USP*, v. 35, n. 3, p. 282-6, 2001.

SHIMIZU, H.E. A percepção de docentes do curso de graduação em enfermagem e obstetrícia de uma universidade pública federal sobre a integração docente assistencial. *Rev. Latino-americana de enfermagem*, Ribeirão Preto, v.7, n.5, p.51-57, dezembro 1999.

SILVA, E.P.; HELOANI, J.R. O desgaste da realidade sócio-institucional, identidade e estresse no trabalho de guardas municipais. In: CARVALHO, T.H.P.F. *et al.* (Orgs.). *Qualidade de vida e fadiga institucional*. Campinas: IPES, 2006.

SIQUEIRA, H.C.H. *et al.* Hospital Universitário – um sonho... uma conquista... uma realidade. *VITTALLE: Revista de Ciências Médicas e Biológicas: Universidade Federal do Rio Grande*, v. 12, p. 37-46, 2000a.

SIQUEIRA, H.C.H. Curso de Enfermagem: um curso... uma história... muitas vidas. *VITTALLE: Revista de Ciências Médicas e Biológicas: Universidade Federal do Rio Grande*, v. 12, p. 9-18, 2000b.

VAGHETTI, H.H. *As perspectivas de um retrato da cultura organizacional de hospitais públicos brasileiros: uma tradução, uma bricolagem*. 2008 (tese) – Florianópolis (SC): UFSC/PEN, 2008.

VAGHETTI, H.H. *et al.* Trabalho como subsistência nos hospitais públicos brasileiros. *Rev. Bras. Enferm.*, Brasília, v.62, n.6, p.906-11, novembro/dezembro 2009.

VAGHETTI, H.H. *et al.* Desperdício de materiais assistenciais na percepção de trabalhadores de enfermagem de um hospital universitário. *Rev. enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, v.19, n.3, p.369-74, julho/setembro 2011a.

VAGHETTI, H.H. *et al.* Significados das hierarquias no trabalho em hospitais públicos brasileiros a partir de estudos empíricos. *Acta Paulista Enfermagem*, v.24, n.1, p.87-93, 2011b.

VAGHETTI, H.H. A transversalidade das burocracias nos hospitais públicos brasileiros. *Salud(i)Ciencia (Impresa)*, v.18, p.1-3, 2011c.

WERNECK, M.A.F. *et al.* Nem tudo é estágio: contribuições para o debate. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.15, n.1, p.221-231, 2010.

ZUZA, D.C.; SILVA, M.A.P.D. Estudo sobre a identidade do enfermeiro em uma Instituição hospitalar cooperativista. *Reme – Rev. Min. Enf.*, v. 11, n. 4, p.420-424, outubro/dezembro 2007.

APÊNDICE A
ROTEIRO NORTEADOR DA ENTREVISTA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE - FURG
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM

Dados do entrevistado:

Nome:

Pseudônimo:

- O ontem no HU:

- Fragilidades para si
- Fragilidades para a enfermagem
- Fortalezas para si
- Fortalezas para a enfermagem
- Saberes e práticas para si
- Saberes e práticas coletivas
- Conquistas e retrocessos para si
- Conquistas e retrocessos da profissão no HU
- Estereótipos do passado para si
- Estereótipos do passado no HU
- Participação em atividades formais e informais coletivas
- Representação social de si frente ao grupo de enfermeiros
- Representação social de si frente à administração e chefias

- O hoje no HU:

- Fragilidades para si
- Fragilidades para a enfermagem
- Fortalezas para si
- Fortalezas para a enfermagem
- Saberes e práticas para si
- Saberes e práticas coletivas
- Conquistas e retrocessos para si
- Conquistas e retrocessos da profissão no HU
- Estereótipos do presente para si
- Estereótipos do presente no HU
- Participação em atividades formais e informais coletivas
- Representação social de si frente ao grupo de enfermeiros
- Representação social de si frente à administração e chefias

APÊNDICE B
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE - FURG
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM

TRAÇOS IDENTITÁRIOS DA ENFERMAGEM DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
DR. MIGUEL RIET CORRÊA JR. NAS TRAJETÓRIAS
PROFISSIONAIS DE ENFERMEIROS

Prezado(a) Senhor(a)

Estamos realizando uma pesquisa que tem como objetivo desvelar traços identitários da enfermagem no Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Correa Jr.

Para atingir o objetivo gostaríamos de convidá-lo(a) a participar de uma entrevista em que o senhor(a) poderá expor sua apreciação sobre temas como identidade, profissão, trajetória profissional, história da enfermagem e identidade profissional da enfermagem no HU. Esta entrevista será gravada e após iremos realizar os processos de transcrição, textualização, transcrição e conferência, trazendo-la para que o senhor(a) possa ler e verificar se está de acordo com aquilo que falou.

Caso você aceite participar, nos comprometemos a dirimir todas as dúvidas que possam ocorrer no decorrer do processo, bem como a trazer a sua entrevista escrita para que você possa homologá-la. Da mesma maneira, lhe asseguramos que sua identidade será preservada em todos os momentos e, em especial, quando utilizarmos sua entrevista, ocasião em que seu nome será substituído por um pseudônimo.

Se você se sentir constrangido com nossos questionamentos poderá abandonar a pesquisa sem nenhum prejuízo e, ainda, se este estudo lhe provocar algum desconforto de ordem emocional poderemos encaminhar-lhe à Coordenação de Enfermagem e à Pró-Reitoria de Gestão de Pessoas, que o(a) conduzirão ao Serviço de Psicologia.

Esta pesquisa não lhe acarretará nenhum prejuízo e nenhum ganho econômico, mas poderá auxiliar a pensarmos sobre enfermagem no HU, resgatarmos um pouco da história da enfermagem neste contexto e refletirmos sobre como está se constituindo os traços da identidade da profissão no hospital.

Atenciosamente,

Prof^a Dr^a Helena Heidtmann Vagheti
Orientadora

Enf^o Bruno Smidt Gabbi
Mestrando

Eu, _____ declaro que fui informado (a) de forma clara e detalhada, livre de qualquer forma de constrangimento ou coerção, sobre o projeto "**Traços identitários da enfermagem do Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Jr. nas trajetórias profissionais de enfermeiros**". Da mesma forma, fui esclarecido (a) que a pesquisa possui como objetivo desvelar traços identitários da enfermagem no HU.

Obtive igualmente as informações sobre: minha participação nesta pesquisa é completamente voluntária e a decisão em não participar ou retirar-me em qualquer momento não implicará em prejuízos; minha identidade não será revelada em nenhum momento da pesquisa; o pesquisador compromete-se a seguir a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, sobre pesquisas em seres humanos; é obrigatório que o pesquisador responda todas as minhas dúvidas acerca do desenvolvimento da pesquisa; minha participação é isenta de despesas; minha rubrica representa o aceite em participar voluntariamente do estudo.

Ciente e de acordo com o que foi exposto, anteriormente, estou de acordo em participar desta pesquisa, assinando este consentimento em duas vias, ficando com a posse de uma delas.

Nome do participante: _____

Assinatura do participante: _____

APÊNDICE C

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE ESCOLA DE ENFERMAGEM

Rio Grande, 26 de agosto de 2011.

Ilmo. Sr.
Cláudio Paz de Lima
Pró-Reitor de Gestão e Desenvolvimento de Pessoas

Prezado Senhor,

Helena Heidtmann Vaghetti, docente da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande, e Bruno Smidt Gabbi, mestrando do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande, vimos por meio deste, solicitar seu consentimento para realizar a pesquisa intitulada: “**Traços identitários da enfermagem do Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Jr. nas trajetórias profissionais de enfermeiros**”, nesta instituição.

A investigação será operacionalizada no Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Jr., por meio de uma entrevista com enfermeiros que ocorrerá entre os meses de setembro e dezembro e que abordará o tema trajetória profissional da enfermagem no HU.

O objetivo do estudo consiste em desvelar traços identitários da enfermagem no Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Jr. Os preceitos éticos da Resolução 196/96 que regem a pesquisa com seres humanos serão seguidos.

Na certeza de contar com seu apoio, desde já agradecemos e colocamo-nos à disposição para possíveis esclarecimentos.

Cordialmente,

Profa. Dra Helena Heidtmann Vaghetti
Orientadora

Bruno Smidt Gabbi
Mestrando

De acordo:

Cláudio Paz de Lima
Pró-Reitor de Gestão e Desenvolvimento de Pessoas

APÊNDICE D
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

Rio Grande, 26 de agosto de 2011.

Ilma. Sr^a
Elaine Miranda Pinheiro
Coordenadora de Enfermagem do Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Jr.

Prezado Senhora,

Helena Heidtmann Vaghetti, docente da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande, e Bruno Smidt Gabbi, mestrando do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande, vimos por meio deste, solicitar seu consentimento para realizar a pesquisa intitulada: “**Traços identitários da enfermagem do Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Jr. nas trajetórias profissionais de enfermeiros**”, nesta instituição.

A investigação será operacionalizada no Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Jr., por meio de uma entrevista com enfermeiros que ocorrerá entre os meses de setembro e dezembro e que abordará o tema trajetória profissional da enfermagem no HU.

O objetivo do estudo consiste em desvelar traços identitários da enfermagem no Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Jr. Os preceitos éticos da Resolução 196/96 que regem a pesquisa com seres humanos serão seguidos.

Na certeza de contar com seu apoio, desde já agradecemos e colocamo-nos à disposição para possíveis esclarecimentos.

Cordialmente,

Profa. Dra Helena Heidtmann Vaghetti
Orientadora

Bruno Smidt Gabbi
Mestrando

De acordo:

Elaine Miranda Pinheiro
Coordenadora de Enfermagem do
Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Jr.

APÊNDICE E
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

Rio Grande, 26 de agosto de 2011.

Ilmo. Sr.
Tomás Dalcin
Diretor do Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Jr.

Prezado Senhor,

Helena Heidtmann Vaghetti, docente da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande, e Bruno Smidt Gabbi, mestrando do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande, vimos por meio deste, solicitar seu consentimento para realizar a pesquisa intitulada: “**Traços identitários da enfermagem do Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Jr. nas trajetórias profissionais de enfermeiros**”, nesta instituição.

A investigação será operacionalizada no Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Jr., por meio de uma entrevista com enfermeiros que ocorrerá entre os meses de setembro e dezembro e que abordará o tema trajetória profissional da enfermagem no HU.

O objetivo do estudo consiste em desvelar traços identitários da enfermagem no Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Jr. Os preceitos éticos da Resolução 196/96 que regem a pesquisa com seres humanos serão seguidos.

Na certeza de contar com seu apoio, desde já agradecemos e colocamo-nos à disposição para possíveis esclarecimentos.

Cordialmente,

Profa. Dra Helena Heidtmann Vaghetti
Orientadora

Bruno Smidt Gabbi
Mestrando

De acordo:

Tomás Dalcin
Diretor do Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Jr.

ANEXO 1



CEPAS

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA NA ÁREA DA SAÚDE
Universidade Federal do Rio Grande / FURG
www.cepas.furg.br

PARECER Nº 157/ 2011

CEPAS 75/2011

TÍTULO DO PROJETO: “Traços identitários da Enfermagem do Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Jr., nas trajetórias profissionais de enfermeiros”.

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Bruno Smidt Gabbi

PARECER DO CEPAS:

O Comitê, considerando tratar-se de um trabalho relevante, o que justifica seu desenvolvimento, emitiu o parecer de **APROVADO** para o projeto “Traços identitários da Enfermagem do Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Jr., nas trajetórias profissionais de enfermeiros”.

Está em vigor, desde 15 de novembro de 2010, a Deliberação da CONEP que compromete o pesquisador responsável, após a aprovação do projeto, a obter a autorização da instituição co-participante e anexá-la ao protocolo do projeto no CEPAS. Pelo exposto, o pesquisador responsável deverá verificar se seu projeto esta obedecendo a referida deliberação da CONEP.

Segundo normas da CONEP, deve ser enviado relatório de acompanhamento ao Comitê de Ética em Pesquisa, conforme modelo disponível na página <http://www.cepas.furg.br>.

Data de envio do relatório: 01/03/2012.

Rio Grande, RS, 22 de setembro de 2011.

Eli Sinnott Silva

Profª. MSc. Eli Sinnott Silva

Coordenadora do CEPAS/FURG

Mendes Ribeiro Filho discute problemas de

São José do Norte



Principal é o solucionamento do problema no mais curto espaço de tempo possível. Uma das alternativas é a colocação de torres no mar atravessando o canal da Barra ou o canal por onde as barcas fazem o percurso. Além do custo, uma dificuldade a ser enfrentada é o não prejuízo do tráfego de navios, que exigiria torres muito altas. Outra solução apontada é a colocação de um cabo submarino, ou mesmo a condução da energia elétrica por torres vindas de Porto Alegre por toda a costa

leste do Estado.

Outra questão importante abordada por Mendes Ribeiro Filho é o problema do transporte das lanchas, que se encontram com uma série de dificuldades. O primeiro passo para saná-las, na opinião do deputado, é tirar o sistema de transporte entre as cidades da órbita da SUNAMAN - Superintendência Nacional da Marinha Mercante - e passá-la para o Estado, que depois de um estudo de viabilidade, pode, inclusive, estatizar o transporte.

Petrobrás pleiteia novo reajuste para combustíveis

Os estudos comparativos para um novo reajuste nos preços dos combustíveis já foram encaminhados pela presidência da Petrobrás ao ministro das Minas e Energia, Aureliano Chaves. Desta vez, a estatal pleiteia o índice de 20 por cento, acrescido da incorporação dos percentuais relativos ao depósito compulsório, o que significaria, para o consumidor, um repasse de 12 a 15 por cento nos preços da gasolina, álcool e diesel.

O argumento da Petrobrás para mais um reajuste continua sendo o enorme déficit do seu caixa, o que está prejudicando os investimentos de ordem tecnológica e num futuro próximo poderá repercutir negativamente na exploração e produção de petróleo, conforme advertiu o diretor

Industrial da empresa, Armando Guedes Coelho. Ele disse, também que qualquer medida que o Governo adote em favor da estatal causará um choque econômico na população, tal como tem acontecido com o reajuste de preços de vários produtos.

Além do déficit em sua caixa, outra justificativa da empresa para a reivindicação de aumento dos preços dos combustíveis é o fato de outono estar se iniciando nos Estados Unidos, maior importador de gasolina do Brasil, o que acarretará uma queda no consumo do produto. Assim, a exportação de cerca de 120 mil barris diários de gasolina será reduzida a um percentual significativo com a Petrobrás sofrendo mais um impacto de redução em sua receita.

Sobem os preços

O Governo Federal suspendeu as exportações de alumínio porque as indústrias estavam cobrando preços bem acima dos permitidos pelo Conselho Interministerial de Preços. A informação é do secretário adjunto de Preços Industriais, Daniel de Oliveira, ao divulgar o novo aumento de 20% para o produto.

«Vamos conversar com os representantes do setor para que voltem a praticar os preços permitidos pelo CIP, e assim acredito que o mercado interno terá uma diminuição nesses pre-

ços», esclareceu Daniel. O preço do alumínio no exterior está quase 80% acima do preço do CIP, mas as indústrias estão cobrando 50% acima dos preços autorizados.

Os outros aumentos anunciados pelo CIP ficam por conta dos pneus com aumento médio de 7,2% e os eletrodomésticos que subiram 9,6%. Os pneus de avião subiram 4,21% o menor percentual, enquanto que o maior autorizado para os pneus rodoviários 9,36%. Para os pneus de automóveis o aumento foi de 8%.

FAHERG FUNDAÇÃO DE APOIO AO HOSPITAL DE ENSINO DO RIO GRANDE (entidade privada sem fins lucrativos) SELEÇÃO DE PESSOAL N° 01/87

A Fundação de Apoio ao Hospital de Ensino do Rio Grande (FAHERG), estará selecionando pessoal para os cargos de:

- I - Médicos, Enfermeiros, Odontólogos, Psicólogo, Assistente Social e Arquivista.
- II - Atendente de Enfermagem, Auxiliares de Enfermagem, Técnico em Contabilidade, Serviços Gerais e Serviços Administrativos.

Os candidatos deverão anexar ao seu requerimento de inscrição fotocópia da seguinte documentação, sendo vedada a inscrição condicional.

REQUISITOS REFERENTES AO ÍTEM (I)

A) Médicos: comprovante de Residência Médica e ou Título de Especialização na área; B) Enfermeiros, Psicólogo, Odontólogo, Assistente Social e Arquivista: diploma de Nível Superior correspondente.

REQUISITOS REFERENTES AO ÍTEM (II)

A) Auxiliares de Enfermagem: comprovante de conclusão do Curso de Auxiliar de Enfermagem; B) Atendentes de Enfermagem: comprovante de conclusão de 1º grau e Curso de Atendente de Enfermagem (ficam dispensados desse Item, os atendentes que prestam serviço no Hospital de Ensino «Dr. Miguel Riet Corrêa Jr.»); C) Técnico em Contabilidade: comprovante de conclusão de Curso Técnico de Contabilidade ou Ciências Contábeis; D) Serviços Administrativos: comprovante de conclusão do 2º grau e certificado de Curso de Datilografia; E) Serviço Administrativo (auxiliar): comprovante de conclusão de 1º grau e certificado do Curso de Datilografia; F) Serviços Gerais: comprovante de conclusão da 4ª série do 1º grau.

REQUISITOS REFERENTES AOS ÍTENS (I) E (II)

A) Documento de Identidade; B) Curriculum Vitae; C) 2 fotos 3x4; D) Pagamento da taxa de inscrição de Cz\$ 500,00 (quinhentos cruzados) para os candidatos a cargos do Item (I) e Cz\$ 100,00 (cem cruzados) para os do Item (II); E) Idade mínima de 18 (dezoito) anos; F) Quitação com serviço militar para candidatos do sexo masculino.

NORMAS PARA O CONCURSO

As normas que orientarão a seleção serão entregues aos candidatos no momento da inscrição.

LOCAL DAS INSCRIÇÕES

Saguão das novas instalações do HOSPITAL DE ENSINO DR. MIGUEL RIET CORRÊA JR., com entrada pela rua Paranaguá esq. com Av. Vasco Vieira da Fonseca.

DATAS DAS INSCRIÇÕES

— Para cargos de: Médicos, Enfermeiro, Psicólogo, Assistente Social, Odontólogo e Arquivista. DIAS: 13, 14 e 15.10.87, das 8 às 12 e das 14 às 18h.
— Para os demais cargos: DIAS: 19, 20, 21, 22 e 23.10.87, das 8 às 12 e das 14 às 18h.

As datas de realização das provas serão comunicadas por ocasião da inscrição.

Rio Grande, 25 de setembro de 1987.

Profª. Maria Antonietta Lavoratti
Diretor-presidente

Prof. Antônio Cardoso Sparvoli
Diretor-secretário

Prof. João Marinônio Carneiro Lages
Diretor-tesoureiro

a jovem ceiral

da da nova estação
ovens.

a segunda promoção
presa este ano na
e desfiles e além de
ar os lançamentos,
sentes poderão dan-
som de uma discote-
tratada para o envel-

ANEXO 3

FUNDAÇÃO DE APOIO AO HOSPITAL DE ENSINO DO RIO GRANDE
FAHERG

A T A

Aos vinte dias do mês de outubro de hum mil novecentos e oitenta e sete, às 14.00 horas, na sala 13, deste Hospital de Ensino reuniram-se as Professoras :Marlene Teda Pelzer e Zulma Guimarães Netto, para avaliação e homologação dos documentos de Enfermeiros, que se inscreveram para a Seleção pública, conforme Edital nº 001/87. Todos os currículos tiveram homologação favorável.

Nada mais havendo para constar, a presente Ata foi lavrada, lida e aprovada pelos presentes .

Ciente:

Profª Marlene Teda Pelzer

Marlene Teda Pelzer

Profª Zulma Guimarães Netto

Zulma Netto

ANEXO 4



SERVICÓ PÚBLICO FEDERAL
HOSPITAL DE ENSINO

Rio Grande, 09 de dezembro de 1987.

Senhor Diretor

Estamos encaminhando a V.Sª a relação dos
candidatos classificados na seleção para a FAHERG, de acordo com
as listas enviadas pelas Bancas Examinadora até a presente data.

Psicólogos:

- 1º lugar: Maria Gládis de Barros Coelho X
- 2º lugar: Cristina Dias Diaz
- 3º lugar: Joseane Maria de Oliveira Salomão
- 4º lugar: Angela Lângaro
- 5º lugar: Rosemary de Azevedo Neves

Infermeiros:

- > F 1º lugar: Eliana Pinho 16-05-88 X 01.3.88
- ✓ 2º lugar: Beani Macrudo 13.02.88 13.2.88
- ✓ + 3º lugar: Marise Xavier GONCALVES 18.05.88
- ✓ + 4º lugar: Mara Gomes
- * + 5º lugar: Maria Helena Fernandes ^{Maria} 01.11.88
- + 6º lugar: Maria Eleine ^{POSADO} Pinheiro
- F 7º lugar: Rosângela Wayns X
- + 8º lugar: Rejane Peir
- * + 9º lugar: Sári Silva
- * + 10º lugar: Maristela ^{Coelho} Brandão
- * + 11º lugar: Nalú Kerber

* Auxiliar de Enfermagem: MYRIAM COELHO DIAS 19-12-88.

- 1º lugar: Eglá Dias de Oliveira 20.12.87
- 2º lugar: Flávio Emerson da Silva 20.12.87 22.1.88
- + 3º lugar: Nerita Casagrande *not accurate*
- + 4º lugar: Zaira Maria Prestes Beatriz *casado*
- F 5º lugar: Carmem Vera Nascimento dos Santos *not accurate*
- F 6º lugar: Maria Alaide de Oliveira Rosa Peijó " "
- + 7º lugar: João Sílvio de Oliveira 14.1.88 LII

Antonio Cardoso Sparvoli
DIRETOR-SECRETÁRIO