

## EL PROCESO DE SALUD-ENFERMEDAD-CUIDADO Y LA LÓGICA EN EL TRABAJO DEL ENFERMERO EN UCI<sup>1</sup>

Leandro Barbosa de Pinho<sup>2</sup>  
Sílvia Maria Azevedo dos Santos<sup>3</sup>

*Este estudio pretende conocer la lógica de producción en salud en la UCI basado en lo que es expresado - defendido por el enfermero dentro de su práctica profesional, la cual es reconocida por los familiares que acompañan a los pacientes internados. Se trata de una investigación cualitativa con orientación dialéctica, realizada con 7 enfermeros y 5 familiares de una UCI de adultos dentro de un hospital universitario de Santa Catarina. El referencial teórico-filosófico escogido se basó en lecturas marxistas y gramscianas. Los resultados demuestran que la lógica de producción en salud en UCI se encuentra incluida dentro de una red compleja, la cual se da dentro de un ritmo dialéctico basado en autonomía, dependencia y co-responsabilidad para con el cuidado. Comprendemos que la realidad refleja la necesidad de repensar sobre el saber y las prácticas profesionales promoviendo la constante reformulación y transformación de los cuidados intensivos dentro del contexto asistencial.*

**DESCRIPTORES:** enfermería; empatía; proceso salud-enfermedad; trabajo

## THE HEALTH-ILLNESS CARE PROCESS AND THE LOGIC OF THE NURSE'S WORK IN THE ICU

*The present study aims to learn the health production logic in the ICU based on the discourse defended by nurses and on the professional practice that is recognized by the relatives accompanying the hospitalized patients. This is a qualitative and dialectic investigation performed with seven nurses and five relatives in an ICU for adults of a teaching hospital in Santa Catarina. The theoretical-philosophical referential was based on Marxist and Gramscians readings. The results show that the logic of the health production in the ICU is inserted in a dialectic rhythm of autonomy, dependence and co-responsibility for the care. We understand that this reality can demonstrate the need to rethink the knowledge and practices to promote the constant reformularization and transformation of the assistant context of intensive care.*

**DESCRIPTORS:** nursing; empathy; health-disease process; work

## O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA-CUIDADO E A LÓGICA DO TRABALHO DO ENFERMEIRO NA UTI

*O presente estudo pretende conhecer a lógica da produção de saúde na UTI com base no discurso defendido pelo enfermeiro e na prática profissional que efetivamente é reconhecida pelos familiares acompanhantes dos pacientes internados. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, de orientação dialéctica, realizada com 7 enfermeiros e 5 familiares em uma UTI de adultos de um hospital universitário de Santa Catarina. O referencial teórico-filosófico baseou-se em leituras marxistas e gramscianas. Os resultados mostram que a lógica da produção de saúde na UTI está inserida em uma complexa teia que se move em um ritmo dialéctico de autonomia, dependência e co-responsabilização para o cuidado. Entendemos que essa realidade possa demonstrar a necessidade de repensar saberes e práticas profissionais para promover a constante reformulação e transformação do contexto assistencial de cuidados intensivos.*

**DESCRITORES:** enfermagem; empatia; processo saúde-doença; trabalho

<sup>1</sup> Extraído de la Disertación de Maestría; <sup>2</sup> Enfermero, Magister en Enfermería, Estudiante de Doctorado en Enfermería Psiquiátrica de la Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, de la Universidad de São Paulo, Centro Colaborador da OMS para el desarrollo de investigación en enfermería, e-mail: lbpinho@uol.com.br;

<sup>3</sup> Enfermera, Profesor Doctor del Departamento de Enfermería, del Centro de Ciencias de la Salud, de la Universidad Federal de Santa Catarina, silvia@nfr.ufsc.br

## INTRODUCCIÓN

El proceso de salud - enfermedad, a lo largo de la historia tiene una serie de preguntas interesantes que nos hacen pensar sobre nuestras expresiones y nuestra práctica profesional. Siempre que visualizamos la promoción de la salud, pensamos también en la enfermedad, siendo estos conceptos interdependientes, los cuales en un ritmo dialéctico, tienden a aproximarnos o alejarnos en el trabajo.

Situaciones de salud/enfermedad fueron construidas y reconstruidas en cada época de acuerdo con intereses de la sociedad. Los cambios político - económicos, la reorientación de la finalidad del trabajo, la división de las clases sociales y la creciente proliferación de enfermedades epidémicas fueron factores que reformularon los conceptos con respecto a las condiciones de salud y de enfermedad reorientando al mismo tiempo, las formas de intervención<sup>(1-2)</sup>.

La enfermería acompañó la evolución histórica - estructural de la salud - enfermedad en el mundo, inclusive antes de su profesionalización en el siglo XIX, colocándose en una posición dentro de una línea humanística, de vanguardia, Teniendo una buena contribución de las áreas correlacionadas a las ciencias humanas, como la filosofía, la antropología, la psicología y la sociología. La enfermería continuó en esta línea de formación, como una forma de ser independiente del saber médico técnico frente a sus acciones de cuidado<sup>(3)</sup>.

En este sentido, pensar en la actualidad en las concepciones de salud - enfermedad - cuidado, es comprender que las estrategias para garantizar las condiciones de salud son un proceso complejo, en el cual se mezclan las realidades del contexto social, las necesidades del equipo, del paciente, entre otros. Por lo tanto, son más que todo, un conjunto de expresiones, de práctica, de filosofía, de organización del trabajo y de personas con necesidades e individualidades.

El presente estudio pretende conocer la lógica de producción de la salud en la UCI, con base en las expresiones dadas por los enfermeros en la práctica profesional que efectivamente es reconocida por los familiares acompañantes. Ella está basada en la tesis de que el cuidado de enfermería puede ser contradictorio, reflejándose en determinados momentos del contexto asistencial, de lo expresado y de la práctica profesional del enfermero. Pensamos

que la realidad presentada permite una reflexión y constante transformación del *setting* de cuidados intensivos.

## TRAYECTO METODOLÓGICO

Se trata de una investigación cualitativa, de orientación dialéctica, realizada en la unidad de terapia intensiva - UTI del Hospital Universitario de la Universidad Federal de Santa Catarina. Para lo cual se envió los documentos, junto con el proyecto, para el Comité de Ética en Investigación de la institución, y recibimos el parecer favorable para el desarrollo del estudio.

La recolección de datos fue realizada por medio de la observación participantes y de las entrevistas semi- estructuradas. Para este estudio fueron seleccionados fragmentos de las entrevistas semi - estructuradas aplicadas a los enfermeros y a los familiares acompañantes seleccionados.

En total participaron del estudio 07 (siete) enfermeros de los 08 (ocho) que trabajaban en la UCI, de acuerdo con criterios anteriormente definidos, como el tipo de vínculo con el empleador, tiempo de trabajo en la unidad y su disposición en participar del estudio.

Con relación a los familiares acompañantes, estos fueron seleccionados durante las observaciones de campo en la etapa de recolección de datos. En total, fueron entrevistados 05 (cinco) familiares, de acuerdo con los criterios de proximidad física o afectiva con el paciente, su disposición en participar de la investigación y condiciones de comunicación y comprensión para colaborar en el estudio.

Para el análisis de los datos, construimos una guía específica para enfermeros y otro para los familiares acompañantes. Para el análisis de estos datos, realizamos lecturas y relecturas de los textos productos de las entrevistas, hasta llegar a las categorías que mas indicaban las expresiones de los informantes. En la etapa siguiente, ya iniciamos realizando inferencias e interpretaciones construyendo dos ejes de discusión, siendo, en este estudio, trabajado el aspecto de la lógica de la producción de la salud y de cuidados en la UCI.

Fue también considerado el anonimato de los sujetos investigados, así como respetada la decisión de desistencia, de acuerdo con el Término de Consentimiento Libre y Aclarado, Resolución 196/96

del Ministerio de Salud y el Código de Ética de los Profesionales de Enfermería. Para lo cual, los enfermeros fueron identificados con la letra "E" seguido de su orden de entrevista (por ejemplo, E2). Los familiares fueron identificados con la letra "F".

#### Referencia Teórica - Filosófica

Consideramos que la construcción de enfermería, como práctica social, sobrepasa las relaciones entre los sujetos, en relación a la promoción del cuidado integral, relacional e inter-subjetivo. Observamos esa construcción como un conjunto de características complejas, que intercalan las subjetividades, la política, la historia y la vida social. En este sentido, hacemos uso de algunas contribuciones de Kart Max y Antonio Gramsci sobre las condiciones materiales de la existencia y sobre el trabajo, para fundamentar las discusiones sobre el saber y las prácticas de salud - enfermedad - cuidado y la lógica de la producción de salud que se lleva en la UCI.

La historia comprende una sucesión de generaciones, cada una de ellas explorando los bienes materiales, capitales, las fuerzas productivas de las generaciones que anteceden y la naturaleza en la cual todo se encuentra. Se trata de una sucesión de expresiones y de prácticas transmitidas en un ritmo dialéctico: en la medida en que son radicalmente transformados, en una sucesión, modificando las antiguas circunstancias, tornándose radicalmente diferentes<sup>(4)</sup>.

En el caso que visualicemos al hombre como un producto de la historia, podríamos decir que la historia es también una producción del hombre, ambos dentro de un proceso dialéctico de reconocimiento y transformación. El hombre es un ser en proceso, mas precisamente el proceso de sus propias decisiones y actitudes<sup>(5)</sup>. En este sentido, entendemos que el hombre, al dominar la naturaleza, construyendo su vida social, se produce a si mismo, re-visita su existencia, su conciencia, humanizándose. Las relaciones que este hombre establece con los medios de producción construyen la materia y las relaciones humanas en base al movimiento de la vida y de lo colectivo. El trabajo se construye en el principio básico a través del cual el hombre produce/reproduce su historia, siendo copartícipe del mundo y de las relaciones que experimenta: "En suma, se debe concebir al hombre como una serie de relaciones

activas (un proceso), en el cual, si la individualidad tiene gran importancia, entonces es aún el único elemento a ser considerado... Además: estas relaciones no son mecánicas. Son activas y concientes, es decir, corresponden a un grado mayor o menor de comprensión que el hombre, como individuo tenga de ellas. Por lo que es posible decir que cada uno transforma y modifica todo el conjunto de relaciones del cual él es el punto central"<sup>(5)</sup>.

Observamos que el proceso salud - enfermedad - cuidado que conduce a un conocimiento teórico - práctico sobre la lógica de la producción de salud en la UCI puede convertirse en un mecanismo para la producción de vida en el interior de las relaciones sociales que las constituyen. El trabajo, en este sentido, corresponde a la condición básica y fundamental de toda la vida humana, capaz de modificar la naturaleza y a sí mismo frente a ella<sup>(6)</sup>. Así, la expresión y la práctica profesional que se desarrollan dentro del *setting* de cuidados intensivos son parte de una realidad llena de contradicciones, influenciándolas y siendo influenciadas por ellas.

## RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Comprendemos que el trabajo de enfermería contempla las condiciones de las personas, del propio ambiente de trabajo, de sus obligaciones, así como, de las necesidades en un determinado momento histórico. Creemos que el trabajo profesional, que asume estas características, las reúne en una esfera de esfuerzo representado por la producción de la subjetividad de los individuos en las condiciones ofrecidas por el contexto objetivo. La producción de vida material reside en la producción de los medios que permitan satisfacer las necesidades del individuo aliadas a las condiciones ofrecidas por la naturaleza: "La producción de vida... lo cual surge como una relación dupla: por un lado como una relación natural y, por otro, como una relación social - social en el sentido de acción conjugada por varios individuos, no importando en que condiciones, de que forma y con que objetivo"<sup>(4)</sup>.

Observamos que el saber y la práctica social de enfermería en lo que se refiere a la producción de salud en la UCI se fundamenta en su propia constitución, a partir de su formación como un grupo de personas, que se inter-relacionan para implementar y gerenciar la actividad laboral en la

promoción del cuidado. Los enfermeros creen, en sus expresiones, que la referida promoción del cuidado se da al interior de la constitución de un equipo multiprofesional en la UCI. Las entrevistas abajo demuestran esta constatación:

*Creo que el trabajo en equipo, creo que esto da diferencia en el trabajo de grupo, porque es mas coherente, un objetivo mas común, el grupo se inter-relaciona mejor, creo que es una facilidad grande [...] yo tuve oportunidad de conocer todos los turnos de trabajo, conociendo a cada funcionario, las dificultades, todas las realidades. Creo que no todos presentan la misma característica. Hay algunos que trabajan en grupo y otros que trabajan en equipo. Creo que el trabajo en equipo es una forma de ayudar al otro, no es verdad? Entonces nosotros no trabajamos con cuidado integral, es muy dividido, todos tienen que ayudar. (E3).*

*...el equipo médico también, la mayor parte de gente tiene facilidades, una buena relación, son pocos con los cuales tenemos dificultades, pero con la gran mayoría interactuamos bien, creo que existe mucha confianza. Los líderes, los jefes consultan mucho a enfermería [...] no son muy engreídos (E4)*

Las transformaciones de la sociedad moderna han influido en la salud por ser esta parte, tanto en lo que se refiere a su objetivo de estudio - el proceso salud - enfermedad - cuidado - como al ser instrumental teórico - práctico que permite la organización de los procesos de trabajo y de servicios. El sector salud necesita corresponder a una multiplicidad de demandas, que carecen de una visión diferenciada que proporcione una condición de vida mas saludable. Dentro de una perspectiva de asistencia integral, es importante que exista un diálogo interdisciplinario, buscando entender las relaciones entre los sujetos y de ellos con el medio en el cual viven<sup>(7)</sup>.

La UCI es un ambiente cerrado, que presenta un número reducido de camas y atiende una parte de la población que requiere cuidados intensivos de salud. La UCI representa un espacio físico limitado, restringido por la gravedad de los casos y que exige una atención constante y continua. Así, el equipo multiprofesional se encuentra limitado a la relación diaria, siendo necesario la existencia de una política de buenas relaciones interpersonales dentro del equipo para de esta forma, promover una convivencia tranquila y una promoción mejor del cuidado<sup>(8)</sup>.

Los acompañantes y los pacientes atendidos parecen percibir que el movimiento de las personas en la unidad es parte de la estrategia para no

particularizar la atención, esto en términos por áreas de especialización. La gran mayoría hace referencia a la diversidad de profesionales que componen el equipo de salud, que interactúan con el objetivo de promover el mejor cuidado posible dentro del contexto asistencial. La entrevista a seguir sintetiza esta realidad:

*... me llamó la atención que existe una diversidad muy grande aquí dentro: el técnico, el auxiliar, el enfermero, el médico, el fisioterapeuta, el personal de psicología quienes preguntaban si queríamos una compañía, o alguna cosa, pues ellos podrían ayudar. Creo que ellos intentan acercarse de diversas formas no solo a través de la parte física de la persona... (F1)*

Observamos en la entrevista F1 que la conformación de un equipo de salud en la UCI es una estrategia de intervención no solamente centrada en el saber médico, con una propuesta de cuidar al otro para promover la complementación de las acciones de salud. Según F1 la visión multi-focal del cuidado en la UCI parece no reproducir una práctica reducida que es frecuente en las unidades de terapia intensiva y que disocia cuerpo, mente y relaciones sociales. La intención sería considerar el ser por entero, desde su constitución biológica, hasta su subjetividad, su sufrimiento, sus expectativas y, principalmente, sus vínculos interpersonales.

La multi- profesionalidad en el cuidado es parte del proceso de apropiación del objeto de trabajo, centrado en distintas prácticas, sin embargo con un objetivo en común dentro de la esfera integral de la asistencia en los servicios de salud. Las prácticas multiprofesionales son indicadas como una estrategia privilegiada de perfeccionamiento del cuidado y de la calidad de la atención. Aún las prácticas centradas en la actividad multiprofesional también tienen un componente limitante, cuando se refieren a la propia reproducción y organización de los servicios de salud, además de las acciones de cuidado centradas en la atención biomédica y fragmentada<sup>(9)</sup>.

Con respecto a la organización del trabajo en el Brasil, se considera que esta tiene una relación directa con las transformaciones sociales implícitas y explícitas dentro del contexto de la producción. La herencia fordista-taylorista\* de productividad cargan hasta hoy, un componente estructural que se manifiesta en el control de las formas de producción y de la fuerza operaria, que se refleja en la presencia/ ausencia de rutina en las actividades y precarias

\* La herencia taylorista-fordista representa un patrón de producción en la era capitalista, desarrollado en el siglo pasado y que era centrado en la producción en masa, en la producción concentrada y vertical, así como en la ejecución de las actividades con control de tiempo y de movimientos<sup>(10)</sup>.

condiciones laborales. En este sentido, los conceptos de "eficiencia" y "control" son las reglas de influencia sobre la producción, cuando esta pasa a ser centrada en la repetición de tareas y no en la introducción de discusiones que generen cambios organizacionales efectivos en un contexto productivo<sup>(10)</sup>.

El taylorismo y el fordismo generaron una lógica de proceso productivo centrado en la actividad por partes, es decir, fragmentada en términos de existencia de polos concentrados y verticales. El fordismo aún contribuye para una separación entre la gerencia, concepción, control y ejecución, construyendo una cultura y un modo de vivir específico, basado en la reproducción del trabajo y en la racionalidad de la producción. Con relación a la producción de salud, se comprende que esta realidad aún fundamenta el trabajo diario de los profesionales, los cuales deberían entenderlo como una complejidad, en la cual no podría ignorar la formación y la división social/ técnica del trabajo, ni sintetizar las actividades a sus partes y fragmentos<sup>(11)</sup>.

Los enfermeros entienden que las relaciones establecidas entre los equipos, la institución y el ambiente de la UCI son importantes para buscar continuamente "eficiencia" en el trabajo por medio de la garantía del personal para desempeñar sus funciones de forma satisfactoria. Esto también presupone que ellas sean comprometidas con la realidad y que esto les permita ser autónomas en el momento de tomar decisiones:

*El rol de la jefatura, yo intento estar siempre manteniendo la unidad con cantidad satisfactoria de materiales y de personal, teniendo en cuenta la cobertura de turnos, de certificados, materiales buenos, por que el HU trabaja con materiales buenos [...] El rol de la asistencia, es estar promoviendo la calidad impulsando al personal a trabajar, manteniendo una buena relación con ellos, porque la UCI es una unidad cerrada y los conflictos tienen que ser resueltos [...] porque sino esto sería como una bola de nieve (E3)*

*...no hay ninguna restricción en tu trabajo, de orden ni médica, ni de la jefatura de enfermería, de nada. Yo me siento muy libre, esto es muy bueno, una autonomía enorme que yo tengo... tu no dependes de nadie. La evaluación es tuya, eres tú quien decides, si tienes que hacer una curación o no. Lo haces de acuerdo con la rutina pre-establecida, pero fuera de esto, eres tú quien decides (E7)*

La autonomía del enfermero para decidir sobre los cuidados a ser implementados tiene influencia importante para la continuidad y la gerencia de las actividades en la UCI. Las relaciones que se

establecen entre los profesionales, en este sector, y la flexibilidad de la actividad en la prescripción de enfermería parece potenciar las condiciones de promoción/ recuperación de la salud de las personas. Cabe a los enfermeros, mantener el interés del equipo centrado en la actividad cooperativa, con la intención de co-responsabilizar la eficacia del cuidado.

Sin embargo, no siempre esto es verdad, principalmente cuando lo que esta en juego son las relaciones entre las personas y la política institucional como un todo, además del (des) interés que puede estar implícito o explícito en la actitud de los profesionales. Se puede ver, en ciertos casos, algunos profesionales que interactúan muy bien con sus colegas, ayudándolos en las actividades con los pacientes. En otros, es todo lo contrario, siendo percibido por algunos familiares acompañantes:

*Creo que ellos son muy integrados, no hay "grupitos", y existen otros que se empeñan mas. Nosotros vemos a algunos que siempre están viendo al paciente, siempre haciendo alguna cosa, y otros no, siempre están llamando para tomar café [...] No se si es porque yo solo estoy una hora, no se si es por causa de su horario, pero pienso que hay algunos que interactúan mas y son mas dedicados [...]. Sabemos que da stress estar ahí, que quieren dar una salida, una vuelta, pero no se ve bien. Porque lo hacen en el horario de visita? Y cuando el familiar tiene dudas, quieren saber del paciente, si esta bien tratado?. Creo que ellos no son negligentes parece mas imagen de empleado público (F5)*

Los trabajadores del hospital son contratados mediante concurso público para llenar las vacantes. Normalmente los llamamientos a concursos son de dos en dos años y las pruebas incluyen aspectos de conocimientos específicos y prácticos. Luego de ser aprobados y después de asumir el cargo, son admitidos en el servicio público por el Régimen Jurídico Único de los Servidores Federales (RJU - Lei 8112/1990) y regidos por este sistema. El RJU viene siendo constantemente modificado por medio de la edición de Medidas Provisionales (MP), siendo la MP 1595-14/1997 una de las que trajo cambios significativos, con relación a los items de denominación y constitución de los concursos públicos. Por medio de este sistema, el empleado pasa a acumular ventajas personales, así como obligaciones diferentes en su ambiente de trabajo.

El RJU admite al empleado en el servicio público, garantizándole una estabilidad en su empleo que es poco vista en el sector privado, posteriormente a este mismo empleado ser aprobado en la evaluación del stage en prueba (normalmente dos años). Luego

de esta etapa, él es llevado a su cargo de origen para lo cual fue contratado, manteniendo el empleo y salario vitalicios. Según el RJU, el servidor estable podrá perder el cargo mediante sentencia judicial final o por proceso administrativo disciplinario, en el cual se le asegura amplia defensa<sup>(12)</sup>.

Es con relación a este hecho en especial, que se concentra una de las mayores quejas de los enfermeros y que tiene consecuencias directas en la lógica de la producción de salud / cuidado en la UCI. El RJU es claro con respecto a las penalidades, pero ellas no siempre son cumplidas, y, cuando son cumplidas son muy burocráticas, llevando años para ser efectivamente reconocidas:

*En términos de equipo, claro nosotros tenemos faltas, pruebas, en general, y estas faltas se relacionan directamente con la calidad del cuidado y con la calidad de la satisfacción del cliente. Porque a partir del momento en que falta alguien, el resto del equipo tiene que organizarse para trabajar, principalmente cuando esta falta es una justificación no aceptable con la opinión del personal, entonces el nivel de insatisfacción aumenta. De ahí comienzan las intrigas, las discusiones (E6)*

*... las dificultades en el servicio público, por ejemplo, el empleado falta, no existe una punición adecuada para esto, no es eficaz. Yo tengo dificultades de adaptarme al hospital. Que cólera, el hombre no vino a trabajar y da una disculpa. Aquí esto sucede frecuentemente y me deja bastante molesta, perjudica la asistencia. Esto es complicado, Leandro, el empleado falta, falta, hay descuento, pero no siempre hay un seguimiento, en el stage provisional aún se tiene como, pero si es personal efectivo ya no hay como. (E4)*

*...las dificultades que tenemos aquí son del trabajo. La mayor dificultad es que vemos descontento en el personal, en relación a los sueldos, un tiempo sin aumento. Es difícil administrar con personas descontentas (E7)*

El sector público tiene una larga tradición en reformas administrativas desencadenadas generalmente, del inicio de una nueva gestión política, como una posibilidad de proveer una adecuación en la máquina pública frente a los planes del gobierno. Las referidas reformas parecen marcar un proceso de moldeamiento sucesivo del Estado, lo cual fue implementado en la Era Vargas, en los años 30, y continuamente en el periodo de la dictadura militar, para realinear las estructuras administrativas en el ejercicio del poder centralizador y organizador de los intereses de la sociedad. Así mismo el aparato administrativo, como es el Departamento de Administración del Servicio Público y los planes de carrera, fueron creando importantes instrumentos de

viabilidad de las políticas sociales del seguro social, seguro del trabajador, políticas económicas, fiscales entre otras<sup>(13)</sup>.

A partir de la crisis económica internacional, en la década de los 70, hubo la intención de reestructurar la economía, tornándola mundialmente difundida e introduciéndola dentro del proceso de globalización. Esta a su vez, generó efectos en el transcurso de este periodo estimulando la competición entre los mercados, dentro de un proceso ascendente de acumulación de capital. En esta etapa, el Brasil, más que enfrentar una dificultad coyuntural, tuvo que enfrentar, los obstáculos de la urbanización y la industrialización, además de intentar revertir la fragilidad de su economía por las crisis mundiales. Al mismo tiempo, el país, en déficit creciente, acabó siendo incapaz de realizar inversiones necesarias para su crecimiento, dentro de la definición de las políticas públicas, como con relación al funcionamiento de la máquina administrativa, volviéndose un rehén de los órganos de fomento internacionales<sup>(14)</sup>.

El proceso de reestructuración del aparato público siguió, en los años 90, una expansión para la inserción del país en el mercado externo, como una nueva forma de reorientar las esferas públicas y adaptarlas a las tendencias internacionales de una nueva economía política. Toda esta realidad vino acompañada, en la práctica, de un profundo proceso de privatización, aliado a una flexibilidad en las relaciones de trabajo no siempre conducidos con buen juicio. La autonomía financiera - administrativa alcanzada por la gestión podría romper con la estabilidad brindada por el RJU, haciendo posible la contratación y los despidos en beneficio de una mayor eficiencia. Pero fue en el gobierno Collor que la falta de crédito en la función pública estuvo en su ápice, lo que neutralizó a los propios profesionales en busca de sus derechos y desvalorizando las reivindicaciones en busca de mejores salarios y condiciones de trabajo<sup>(13)</sup>.

Con relación al hospital y a las políticas de salud, el hospital tiene convenio con el SUS y los empleados viven diariamente con la precariedad de las condiciones de trabajo, además de algunos aspectos del propio trabajo, que son muy burocráticas y que no siempre reflejan la agilidad que prevalece aparentemente en el sector privado. A pesar de este sector trabajar en una realidad asistencial en donde todo es proporcionado para evitar o perjudicar la

calidad de los cuidados intensivos, las dificultades en la gerencia del cuidado de enfermería aparentan tener una estrecha vinculación con las políticas estatales de burocracia en el sector público, así como con las políticas sociales que no siempre consideran las inquietudes de los trabajadores.

El proceso de reestructuración del Estado y sus implicaciones en la salud, tuvieron como marco teórico, la constitución del Sistema Único de Salud. Promulgado en la Constitución de 1988, el SUS pasó por constantes reformas, en lo que se refiere al financiamiento de los servicios y la descentralización de la gestión. La ideología que buscó integrar el Estado y la sociedad civil por la conquista de un control ejercido por medio de la movilización de todos, no sería fuente de combate a las desigualdades, una vez que las restricciones presupuestales para la intervención pública y la oferta de los servicios destinaron una parte del financiamiento para las políticas dirigidas a los segmentos más pobres de la sociedad como el programa de Agentes Comunitarios de Salud y el Programa de Salud de la Familia<sup>(15)</sup>.

La actividad de la función pública es primordial para el funcionamiento del Estado y para la redefinición de las políticas públicas, para cualquier finalidad. Dentro de la realidad en la promoción de salud de los servicios asistenciales se entiende que la praxis del enfermero está incluida en un *locus* social complejo, mediado por la estructura estatal, por las condiciones de trabajo, por la política económica, inclusive por las relaciones de poder que se establecen entre los propios profesionales. Con todo, la posible "desmotivación" de los profesionales de la UCI en el hospital parece establecer una relación estrecha vinculada a los orígenes de la función pública federal y de su constante falta de crédito por los próximos gobiernos.

Además, acreditamos que este contexto de "falta de crédito" en el trabajo del empleado público viene acompañado *pari passu* de las crecientes condiciones de insalubridad en el trabajo, que se muestran en la escasa inversión administrativa, así como en las prácticas de reajuste salarial que poco contemplan, los intereses de los trabajadores, así como de la inestabilidad en la política económica brasilera que interfieren en estos intereses. Dentro del contexto del trabajo en la UCI del hospital, un ejemplo de esta preocupante realidad se concentra en la lucha por la adopción de jornadas de 30 horas, como se expone a seguir:

*... yo exijo las 30 horas porque, a pesar que no sea oficial, otras áreas lo hacen dentro de la UCI y quienes luchan por las 30 horas no lo ha conseguido. Yo exijo, porque otras áreas no son tan exigentes como es enfermería dentro de una institución hospitalaria, hacer 30 horas [...] creo que es mala voluntad de la gerencia y esta es demasiado rígida en este aspecto. Porque ya existe un decreto, desde que nosotros consigamos organizarnos. Así es la vida, eso es política, y por otro lado vemos otros empleados que lo consiguieron, sin que ni siquiera estén involucrados directamente con el enfermo [...] esta injusticia me incomoda mucho (E3)*

El estado sería el aparato controlador de los modos de producción del hombre, además de estar constituido de un aparato jurídico - ético - económico que se manifiesta en la vida material, en las relaciones interpersonales, en la política y en la economía, inclusive cohibiendo manifestaciones por medio de los mecanismos de coerción social. Por otro lado, el hombre, por más que se encuentre sofocado por las condiciones reglamentarias promovidas por el Estado, nunca debe dejar de luchar. El siempre debe ver al mundo de forma relativa, su historia, buscando en ella la filosofía de la vida, para que pueda encontrar su individualidad, su conciencia ética - moral y su concepción del mundo<sup>(5)</sup>.

Entendemos que, por más que se piense en una función pública desacreditada, además de estar desmotivado por las constantes imposiciones del gobierno federal sobre la política de inversiones, de un plan de carrera que no contempla la valorización profesional, parece existir en la expresión de E3, un sentimiento de movilización que se traduce en la búsqueda constante de sus derechos y de sus ventajas. La expresión de E3 parece ser una tendencia contra - ideológica a la política de conformismo con la cual la enfermería, a lo largo de su historia, aprendió a convivir - y a aceptar luchando poco, en pro de la transformación de la realidad. Tal sentimiento de lucha de E3 es importante como un mecanismo de enfrentar la inercia y como una alternativa para rescatar una nueva relación hegemónica dentro de una práctica política involucrándose con las condiciones de dignidad del valor en el trabajo, dentro de la esfera pública.

En este sentido, el equipo multiprofesional, puede ser un medio de emancipación de los sujetos que lo conforman y un instrumento de revitalización del proceso de trabajo, precisa adoptar una línea

de frente capaz de reconocer el camino de construcción de las prácticas de salud y del cuidado. A pesar de la intención positiva de crear un ambiente para cumplir el objetivo de cuidar, no basta apenas pensar en las actividades fragmentadas de la UCI como un todo de las acciones en salud. Es importante que haya movilización continua y colectiva de todos los profesionales, pues en el proceso de salud - enfermedad - cuidado, como se puede percibir, también esta involucrada la política, la organización institucional y las relaciones interprofesionales. La transformación del cuidado recorre un camino de dialéctica intrigante, intermediada muchas veces por un camino difícil, pero se debe luchar siempre por esa transformación, resaltando el derecho a la dignidad de la vida, a las condiciones laborales adecuadas, a los derechos políticos, así como al valor del Ser humano, tanto del cuidador, como el Ser cuidado, dentro de esta complejidad.

## CONSIDERACIONES FINALES

Como se puede percibir, el trabajo y la lógica de la producción de salud en la UCI se encuentran enredados en una compleja tela donde se dan las relaciones humanas, profesionales, institucionales y políticas, que directa o indirectamente, influyen en el cuidado brindado por el equipo de salud a los pacientes y familiares acompañantes que viven el proceso salud-enfermedad en la UCI.

Comprendemos que las relaciones establecidas entre los trabajadores y la institución organizacional parece influir, en mayor o menor grado, en la localización de la atención, así como en el conocimiento del profesional sobre lo que es salud y enfermedad en la UCI. Creemos que el descubrir esta realidad es interesante pues nos permite promover una constante reflexión y transformación del contexto asistencial en cuidados intensivos por parte del equipo de salud y de los familiares y acompañantes.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. García JC. Medicina e sociedade: correntes de pensamento no campo da saúde. In: Nunes ED. Pensamento social em saúde na América Latina. São Paulo: Cortez; 1989. p.68-99.
2. Silva AG Júnior. Modelos tecnoassistenciais em saúde: o debate no campo da saúde coletiva. São Paulo: Hucitec; 1998.
3. Kohlrausch E. O modelo assistencial clínico e algumas possibilidades de fazer diferente. Rev Gaúch Enfermagem 1999 junho; 20(especial): 70-85.
4. Marx K, Engels F. A ideologia alemã. São Paulo: Martins Fontes; 1989.
5. Gramsci A. Concepção dialética da história. 10ª ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 1995.
6. Engels F. Sobre o papel do trabalho na transformação do macaco em homem [série online] 1952 [acesso em 2005 julho 17]. Disponível em: <http://www.jarh.org>.
7. Rocha SMM, Almeida MCP. O processo de trabalho da enfermagem em saúde coletiva e a interdisciplinaridade. Rev Latino-am Enfermagem 2000 novembro-dezembro; 8(6):96-101.
8. Araújo AD, Santos JO, Pereira LV. Trabalho no centro de terapia intensiva: perspectivas da equipe de enfermagem. REME - Rev Mineira Enfermagem 2005 janeiro; 9(1):20-8.
9. Silva NEK, Oliveira LA, Figueiredo WS, Landroni MAS, Waldman CCS, Ayres JRCM. Limites do trabalho multiprofissional: estudo de caso dos centros de referência para DST/AIDS. Rev Saúde Pública 2002 agosto; 36(supl 4):108-16.
10. Salerno MS. Da rotinização à flexibilização: ensaio sobre o pensamento crítico brasileiro de organização do trabalho. Gestão & Produção 2004 janeiro; 11(1):21-32.

11. Abramides MBC, Cabral MSR. Regime de acumulação flexível e saúde do trabalhador. São Paulo em Perspectiva 2003 janeiro; 17(1):3-10.
12. Ministério da Casa Civil [homepage na Internet]. Brasília: Ministério da Casa Civil; [Acesso em 2005 setembro 25]. Lei 8112/90. Dispõe sobre o regime jurídico dos servidores públicos civis da União, das autarquias e das fundações públicas federais. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L8112cons.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8112cons.htm).
13. Pierantoni CR. As reformas do Estado, da saúde e recursos humanos: limites e possibilidades. Ci Saúde Coletiva 2001 julho; 06(02): 341-60.
14. Bulhões MGP. Plano nacional de qualificação do trabalhador - PLANFOR: acertos, limites e desafios vistos no extremo sul. São Paulo em Perspectiva 2004 outubro; 18(4):39-49.
15. Barreto Júnior IF, Silva ZP. Reforma do sistema de saúde e as novas atribuições do gestor estadual. São Paulo em Perspectiva 2004 julho; 18(3):47-56.