

ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA: SUA INSERÇÃO NO SISTEMA DE SAÚDE

*Cilene Aparecida Costardi Ide**
*Angela Maria Geraldo Pierin**
*Eliane Corrêa Chaves**
*Kátia Grillo Padilha**

IDE, C.A.C.; PIERIN, A.M.G.; CHAVES, E.C.; PADILHA, K.G. Enfermagem médico-cirúrgica: sua inserção no sistema de saúde. *Rev. Esc. Enf. USP*, São Paulo, 22(1):75-83, abr. 1988.

As autoras analisam a concepção e a estruturação de Enfermagem Médico-Cirúrgica frente ao contexto assistencial e social, além de abordarem a distribuição dos recursos humanos e institucionais no Sistema de Saúde.

UNITERMOS: *Enfermagem médico-cirúrgica. Sistema de saúde. Recursos humanos em enfermagem.*

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

O primeiro ponto da análise acerca do papel da Enfermagem Médico-Cirúrgica (EMC) no contexto de saúde implica no reconhecimento do caráter contínuo da relação saúde-doença, ambas representando fases de um mesmo processo, bem como a possibilidade de realinhamento nessas categorizações, pela ação social intencional, tanto validando quanto modificando seu perfil.

Implica, também, em reconhecer a interdependência dessa situação com o sistema sócio-econômico-político vigente. A partir desta afirmação evidencia-se, não somente a dimensão de responsabilidade individual frente a esse processo como também, o papel do Estado na efetivação de uma política de realinhamento social, incluindo a assistência à saúde.

Outro aspecto a ser analisado relaciona-se à possibilidade de utilização tanto da saúde quanto da doença pela ordem econômica. Nesse sentido, seres humanos teoricamente sadios, mas já carregando as conseqüências de todas as privações inerentes aos desprivilegiados, são compatíveis com o desempenho de alguns níveis de atividades laborativas. A medida que adoecem ou envelhecem precocemente, são facilmente substituídos numa sociedade, como a nossa, constituída predominantemente por jovens. Aos marginalizados, ou seja, aos que tiverem suas condições de saúde e vida deterioradas nesse processo, pouco resta a não

* Enfermeira. Professor Assistente do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola de Enfermagem da USP — disciplina *Enfermagem Médico-Cirúrgica*.

ser reconhecer sua condição de doente, lutar pela ampliação da proteção trabalhista incipiente, receber auxílio governamental que sequer cobre necessidades básicas de sobrevivência e carregar o estigma de um ser incapaz. De qualquer forma, ambos são igualmente úteis ao sistema e igualmente descartados a partir de interesse de classe.

Uma vez caracterizados alguns dos aspectos inerentes ao tema saúde e sua interdependência com a estrutura vigente, cabe-nos conceituar a nossa percepção acerca do papel dos profissionais envolvidos nesse sistema e das reais possibilidades de atuação.

Na tentativa de descodificar esse panorama, tentamos identificar fatores intervenientes na prática da Enfermagem Médico-Cirúrgica. Entre os dificultadores podemos considerar: o caráter pouco reflexivo acerca das próprias condições e possibilidades dessa prática; a inclusão dos enfermeiros numa categoria aparentemente privilegiada pela função gerencial que exerce; a aparente segurança e bem estar decorrentes dos títulos e cargos a eles atribuídos configurando mecanismos de persuasão úteis à manutenção do sistema; a perpetuação de um clima de conflitos de interesses particulares de cada profissão da saúde perdendo-se, mais uma vez, a visão do todo. Os órgãos formadores de recursos humanos e os utilizadores desses profissionais também contribuem para a manutenção dessa situação na medida em que, tanto perpetuam um processo educativo não reflexivo, apenas reprodutor de conteúdos cuja eficiência é questionável, como reforçam a própria estratificação a nível institucional, cristalizando expectativas, normas, posições e papéis.

Em contrapartida, a força decorrente do desenvolvimento de uma consciência crítica concomitante a um compromisso de classe seriam fatores que possibilitariam o repensar e o redefinir de posições desses profissionais.

Decorre dessa constatação a percepção de que, se de um lado o engajamento profissional aliado à competência técnica são fatores relevantes no aprimoramento da assistência, de outro lado, ambos possuem poder relativo frente a uma conjuntura que tem nas características de reprodução social vigente a sua essência.

É perceptível, também, que esse realinhamento de prioridades sociais e a garantia da saúde como dever do Estado, estendido a todos igualmente, não se fará como concessão e sim como conquista da população, que inclui em seu bojo os profissionais da saúde.

Localizadas as características, relações e limitações do sistema e dos profissionais de saúde ao direcionar a própria prática, cabe-nos, agora, inserir EMC nesse contexto, conforme o referido a seguir.

EMC: COMPETÊNCIA E REALIDADE

A clássica definição de enfermagem de Virginia Hederson preconiza que a função específica do enfermeiro é "assistir o indivíduo, doente ou

sadio, na execução de atividades que contribuam para a sua saúde, ou sua recuperação (ou para a morte tranquila), atividades estas que ele mesmo faria sem ajuda, se tivesse a força, desejo ou conhecimentos necessários, assistindo-o de tal sorte, que ele possa adquirir sua independência o mais rápido possível”.

Aceitando essa definição num âmbito teórico é plausível, ainda, a análise da realidade como subsídio para sua avaliação ou para levantamento de questões.

Fica evidente que, para essa autora, Enfermagem implica no compromisso com a assistência. Contudo, a vivência diária bem como inúmeros depoimentos evidenciam não ser esse o nosso desempenho. Inúmeras atividades paralelas tais como a aceitação de funções burocrático-administrativas, a manutenção das condições do ambiente hospitalar e da adequação dos recursos materiais, a aceitação de atividades médico-delegadas, entre outras, caracterizam um desvio de competência e do compromisso primordial da profissão.

Relevantes são os estudos que caracterizam a prática da assistência de enfermagem, independente da sua complexidade, como atribuições de auxiliares e atendentes, concomitante à absorção do enfermeiro por outras atividades que podem ser defendidos porém nunca consideradas como assistenciais diretas. Neste sentido, pode-se considerar a prescrição dos cuidados, atividade de nossa exclusiva competência, como mais uma forma de estratificação na medida em que possibilita uma instância de planejamento e outra de execução, constituindo num processo meramente intelectual do enfermeiro, distante da sua execução. (ALMEIDA — 1981, 1984; REZENDE, 1984; SILVA, 1984).

Assim sendo, evidencia-se a dicotomia entre o que se preconiza como ideal de prática do enfermeiro e a efetividade da sua realidade.

Outro componente a merecer discussão relaciona-se à abrangência da assistência proposta nessa definição e corroborada por ADAMI (1976) que, analisando os níveis de assistência à saúde, considera que a atenção à saúde é o conjunto de ações preventivas, curativas e restauradoras, prestadas ao indivíduo, isoladamente ou em grupo, por pessoal profissional, técnico ou auxiliar, intra e extra institucionalmente.

O âmbito de promoção, controle e reabilitação da saúde contido nessas definições, como práticas efetivas, também são passíveis de questionamentos. A partir de uma primeira categorização, seres pagantes —, não pagantes, com ou sem direitos, que já atua com o mecanismo seletivo, restará aos passíveis de serem absorvidos, primeiramente, lutar e esperar pelo acesso ao sistema de saúde e posteriormente, receber uma assistência economicamente onerosa além de compartimentalizada, auto-limitada, não resolutiva e, quase sempre, invasiva, prestada nas diferentes instituições da rede assistencial.

Nesse sentido, considera-se que o perfil de prática da EMC, no âmbito dos enfermeiros responsáveis pela assistência hospitalar, caracte-

riza-se predominantemente por ações voltadas à esfera gerencial, distante do cuidado direto, delegado ao pessoal auxiliar, num contexto desarticulado enquanto prática de saúde e que se perpetua, inclusive pelo papel desempenhado por esses profissionais. Essa realidade é respaldada pela estratificação da prática de enfermagem que se corporifica na composição da força-de-trabalho, e na distribuição da rede de atendimento, constituindo uma dimensão a ser analisada a partir de gráficos e tabelas expostos a seguir.

CARACTERIZAÇÃO DOS RECURSOS DISPONÍVEIS NO SISTEMA DE SAÚDE

Recursos humanos

A distribuição do pessoal de enfermagem se expressa nas tabelas e gráficos expostos a seguir.

TABELA 1

PESSOAL DE ENFERMAGEM POR TIPO DE ESTABELECIMENTO ONDE
TRABALHA, SEGUNDO CATEGORIA - BRASIL 1983.

Especifi- cação	Saúde			Ensino				N.C.	Cln. Indep.	Total Geral		
	Hosp.	P.Hosp.	Total	G	T	A	Total			Nº	%	
Enfermeiro	14644	6173	20817	2774	886	612	4272	724	76	25889	8,5	
Técnico	16246	3677	19923	0	0	0	0	0	12	19935	6,6	
Auxiliar	48478	15770	64248	0	0	0	0	0	41	64289	21,1	
Atendente	134880	59274	194154	0	0	0	0	0	20	194174	63,8	
Total	Nº	214248	84894	299142	2772	886	612	4772	724	149	304287	100,0
	%	70,4	27,9	98,3	0,9	0,3	0,2	1,4	0,2	0,05		100,0

Fonte: COFEn e ABEn, 1985.

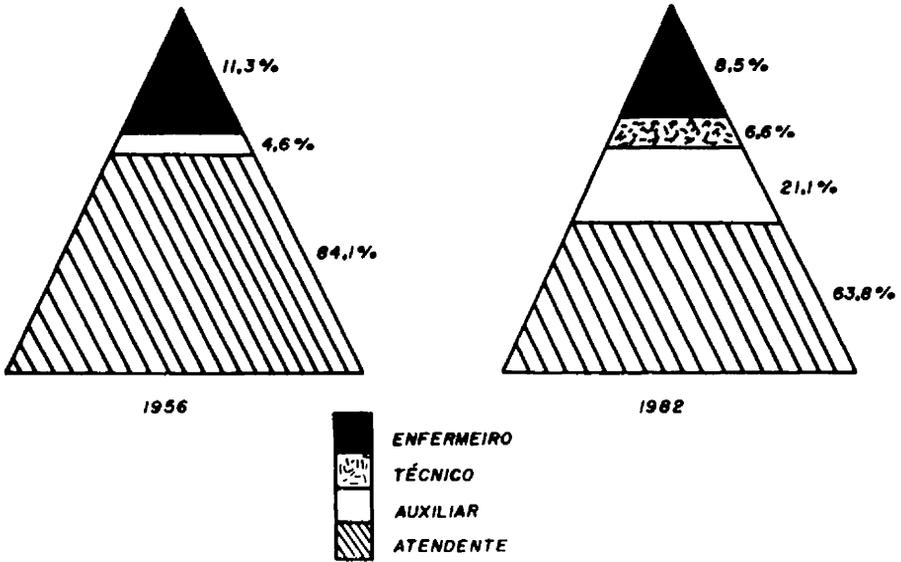
TABELA 2

PESSOAL DE ENFERMAGEM POR CATEGORIAS - BRASIL 1956* E 1983.

Períodos	Enfermeiros	Pessoal Auxiliar			Total
		Técnicos	Auxiliares	Atendentes	
1956	4831	—	1982	36118	42931
1983	25889	19935	64289	194174	304287

GRÁFICO 1

PESSOAL DE ENFERMAGEM POR CATEGORIAS - BRASIL 1956 E 1982.



Fonte: COFEn e ABEn, 1985.

Recursos institucionais

A caracterização da rede hospitalar bem como a distribuição dos elementos da equipe de enfermagem evidenciam-se na tabela e no gráfico apresentados a seguir.

TABELA 3

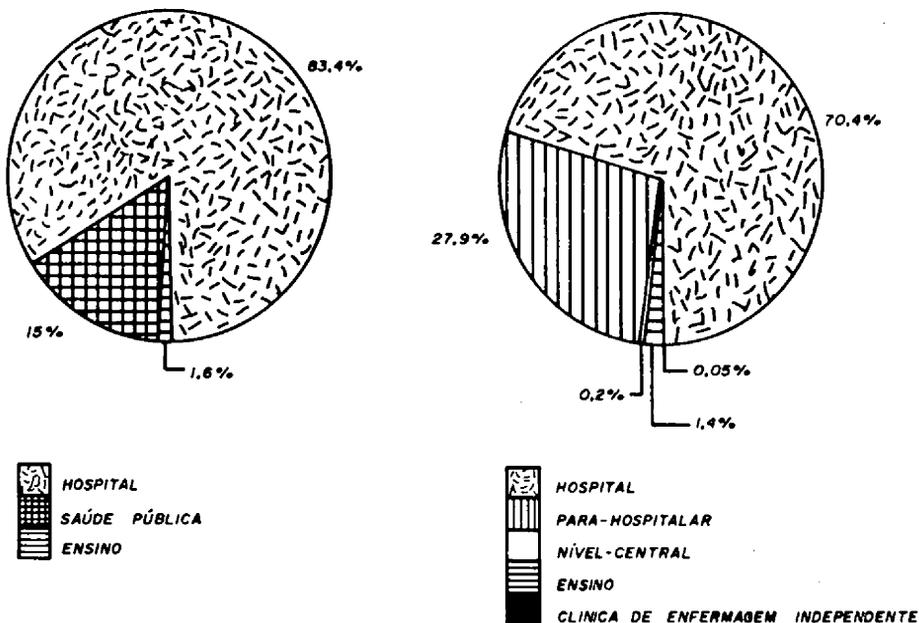
HOSPITAIS E LETOS PÚBLICOS E PRIVADOS, POR REGIÃO - BRASIL 1983.

Especifi- cação	Regiões							Brasil	
	1	2	3	4	5	6	7	%	Nº
Hospitais									
Públicos	22,9	5,3	5,6	7,7	26,0	51,5	6,5	12,3	620
Privados	77,7	94,7	94,4	92,3	74,0	48,5	93,5	87,7	4440
Total	100,0	5060							
Leitos									
Públicos	41,4	12,7	14,8	14,2	25,3	80,6	16,1	19,6	87290
Privados	58,6	87,3	85,2	85,8	74,7	19,4	83,9	80,4	359072
Total	100,0	446362							

Fonte: COFEn e ABEn, 1985.

GRÁFICO 2

PESSOAL DE ENFERMAGEM SEGUNDO TIPO DE ESTABELECIMENTOS BRASIL, 1956 E 1983.



- O "Levantamento" de 1956-1958 agrupou em "Saúde Pública" todos os que trabalhavam nos órgãos federais (inclusive SESP e suas unidades executoras) e nos órgãos estaduais (inclusive os centros de saúde ou unidades sanitárias das capitais e das cidades maiores do interior do País).

Fonte: COFEn e ABEn, 1985.

Esses dados evidenciam a hegemonia tanto da assistência curativa, exercida nos estabelecimentos hospitalares, com predomínio da iniciativa privada na distribuição dos leitos, como da primazia numérica de atendentes e auxiliares sobre os enfermeiros, ambos retratando desvios estruturais que lesam a população na medida em que promovem uma assistência incompleta e exercida, no caso da enfermagem, por elementos menos preparados. Retratam, também, mais uma vez, a convivência de um sistema que parece lucrar com o privilégio da doença e no descompromisso com a qualidade da assistência prestada.

PERCEPÇÃO DESSA REALIDADE

A consciência dessa problemática por parte dos enfermeiros, se não se estende a todos, pelo menos já se evidencia inclusive nos pronunciamentos retratados no levantamento realizado pelo COFEn e ABEn, conforme o descrito a seguir.

TABELA 4

OPINIÃO DOS ENFERMEIROS SOBRE OS PROBLEMAS E O GRAU EM QUE ESTES AFETAM O EXERCÍCIO DA ENFERMAGEM - BRASIL 1983.

Especificação	Sem Infor- mação	Afeta		
		Muito	Pouco	Não
Inexistência de autonomia profissional	3.0	85.4	10.5	1.1
Falta de consciência de classe	3.2	63.9	24.3	8.6
Desequilíbrio de número entre enfermeiros e pessoal auxiliar	2.6	77.0	16.3	4.1
Inexistência de definição clara da identidade profissional do enfermeiro	3.5	66.9	23.8	5.8
Superposição de funções do pessoal de enfermagem	2.9	73.8	20.9	2.3
Não reconhecimento, na prática, da interdependência de funções do pessoal de saúde e da necessidade de trabalho sistemático em equipe	3.2	63.5	28.1	5.1
Conflito entre o papel tradicional da enfermagem e inovações necessárias para implantação de um modelo de prestação de serviços de saúde	3.1	63.2	26.4	7.3
Falta, por parte do enfermeiro, de visão reflexiva e analítica da problemática real de saúde do País	3.3	70.0	21.8	4.9
Inexistência de análise crítica das tendências de prestação de serviços de saúde e de tomada de posição consciente do enfermeiro	2.3	80.3	14.7	2.7
Falta de reconhecimento, de fato, dos serviços de enfermagem como atividade básica e essencial nas Instituições	2.3	84.1	11.7	2.0
Não participação regular da enfermagem nas deliberações e decisões dos organismos responsáveis pela política de saúde	3.4	54.1	34.7	7.8
Institucionalização rígida e formal do exercício da enfermagem	3.1	23.9	37.1	36.0
Concepção da enfermagem como uma atividade predominantemente feminina	1.9	78.1	17.3	2.6
Problema salarial	3.0	64.6	29.4	3.1
Escassez de pesquisas operacionais	4.6	65.0	23.6	6.8
Legislação para o exercício profissional inadequada para as contingências atuais	4.1	94.4	1.4	0.2
Total de Enfermeiros				25.813

Fonte: COFEn e ABEn, 1985.

Mais uma vez, retrata-se uma situação de "distorção e privilégios", problemas de relações trabalhistas e um alijamento do profissional, "dos níveis de deliberação e decisão", ou seja, uma nítida confirmação das distorções já referidas.

Esse processo de reflexão, apesar de ainda limitados, configura uma tomada de consciência indispensável à reformulação desse contexto.

Finalizando, caberia ainda analisar o papel da pesquisa em EMC como precursora de mudanças ou mantenedora dessa situação.

PESQUISA EM EMC

KOIZUMI et alii (1985), em simpósio sobre tendências da pesquisa em Enfermagem, enfatizam que “embora a pesquisa seja aceita como atividade legítima da profissão, o conhecimento da sua essência, ou a habilidade em realizá-la, não se constitui domínio comum dos enfermeiros”. Consideram, também, que “embora tenhamos observado aumento quantitativo, no Brasil, das pesquisas de EMC, a quantidade numérica é ainda incipiente. Aliado a este fato, verificados que nos dez anos analisados, respeitadas as limitações impostas nesse trabalho, há pouca evidência de evolução nas pesquisas realizadas. Elas continuam predominantemente descritivas sem continuidade e realizadas isoladamente”. Concluindo, consideram as autoras um desafio para a nossa profissão a identificação “dos mecanismos que poderiam ser utilizados para que o exercício da pesquisa e a procura de um corpo de conhecimentos específicos de enfermagem sejam alcançados”.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Inúmeros são os obstáculos, enorme é a desigualdade de direitos dos assistentes e dos que assistem, enorme também é a carência de saúde e os problemas inerentes à situações de milhões de brasileiros. Contudo, maior também é o desafio e o dever de todos, enquanto cidadãos e profissionais da saúde, na superação das desigualdades sociais que caracterizam nossa sociedade.

Em síntese, se a assistência atual acontece predominantemente e distorcidamente a nível hospitalar, num cunho puramente curativo, se nesse momento a ampliação desse perfil ainda é utopia numa sociedade doente e assistida primordialmente pelo setor privado, com objetivos, interesses e expectativas questionáveis, qualquer modificação nessa conotação viabilizando a implementação de um sistema de saúde integrado, hierarquizado, regionalizado, acessível a todos, com garantia qualitativa e quantitativa de desempenho técnico, terá nesse compromisso uma condição necessária porém não suficiente para tal modificação. No âmbito específico da enfermagem, esse compromisso pressupõe a superação das limitações ideológicas, dessa prática, redirecionando suas atividades, compromissos, tendências e rompendo, inclusive, com o caráter eletivo do seu desempenho circunscrito, ainda, aos leitos hospitalares, inserindo-se, agora, em todas as possibilidades cabíveis nessa nova proposta assistencial a ser implementada.

IDE, C.A.C.; PIERIN, A.M.G.; CHAVES, E.C.; PADILHA, K.G. The inclusion of Medical Surgical Nursing in the health system. *Rev. Esc. Enf. USP*, São Paulo, 22(1):75-83, Apr. 1988.

The authors analyse the conception of medical surgical based in a social and assistencial view besides to discuss the human and institutional recourses in the health system.

UNITERMS: *Medical surgical nursing. Health system.*

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. ADAMI, N.P. A enfermagem de saúde pública na assistência progressiva do paciente. *Enf. Novas Dimens.*, São Paulo, 2(1):17-23, mar./abr. 1976.
2. ALMEIDA, M.C.P. et alii. Contribuição ao estudo da prática de enfermagem — Brasil. Ribeirão Preto Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, da USP, 1981. 58 p. (mimeografado).
3. ALMEIDA, M.C.P. Estudo do saber de enfermagem e sua dimensão prática. Rio de Janeiro, 1984. 168 p. (Tese de doutoramento — Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP).
4. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM/ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM. **O exercício da enfermagem nas instituições de saúde do Brasil — 1982/1983: força de trabalho em enfermagem.** Rio de Janeiro, 1985. v. 1.
5. HENDERSON, V. The concept of nursing. *J. Adv. Nurs.*, Oxford, 3(2):113-130, Mar. 1978.
6. KOIZUMI, M.S. et alii. Pesquisa em enfermagem médico-cirúrgica. In: SEMINÁRIO NACIONAL DE PESQUISA EM ENFERMAGEM, 4º, São Paulo, 1985. *Anais...* São Paulo, Associação Brasileira de Enfermagem, 1985. p. 60-77.
7. REZENDE, A.L.M. A enfermagem como prática social historicamente condicionada — o enfermeiro como intelectual orgânico. Apresentado no CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 36, Belo Horizonte, 1984. 31p. (mimeografado).
8. SILVA, G.B. da A enfermagem profissional brasileira: análise crítica. São Paulo, 1984. 187 p. (Tese de doutoramento — Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da USP).

Recebido para publicação em 26-9-86.

Aprovado para publicação em 18-5-88.